

## Matrix Meetinstrumenten voor Angstsymptomen

Instrument	Eigenschappen	Psychometrische eigenschappen		Toepasbaarheid binnen de cardiologie
		Sensitiviteit/Specificiteit & afkapwaarden	Betrouwbaarheid & Validiteit	
<p><b>1.</b></p> <p><b>4-Dimensionele Klachtenlijst/ 4-Dimensional Symptom Questionnaire (4DKL/4DSQ)</b> (Terluin, 1996)<sup>1</sup></p>	<p>Meerdimensionale maat voor depressie, angst, <i>distress</i> en somatisatie (4 subschalen voor het meten van <i>distress</i>, depressie, angst en somatisatie)</p> <p>Meetpretentie: Het detecteren van depressieve- en angststoornissen die ernstig genoeg zijn om specifieke behandeling te overwegen</p> <p><b>50 items</b> betreffende de afgelopen week</p> <p>Afnameduur is: <b>5-10 minuten</b> (Terluin et al., 2006)</p>	<p>Distress: laag: 0-10 Matig verhoogd: 11-20 Sterk verhoogd: 21-32</p> <p>Depressie: laag: 0-2 Matig verhoogd: 3-5 Sterk verhoogd: 6-12</p> <p>Angst: laag: 0-7 Matig verhoogd: 8-12 Sterk verhoogd: 13-24</p> <p>Somatisatie: laag: 0-10 Matig verhoogd: 11-20 Sterk verhoogd: 21-32</p> <p>(<i>depressieve huisartspatiënten</i>; Terluin et al., 2008)</p>	<p>Criterium validiteit: psychiatrische &amp; klinische diagnose, alsmede vermoeden somatisatie door huisarts werd toegepast</p> <p>Interne consistentie subschalen: Distress: 0.90 Depressie: 0.89 Angst: 0.88 Somatisatie: 0.84</p> <p>SDC (smallest detectable change) - Distress: 7 punten Depressie: 4 punten Angst: 6 punten Somatisatie: 8 punten</p> <p>Constructvaliditeit: De subschalen blijken aanzienlijke inter-correlaties te hebben (<math>r = 0.35-0.71</math>). Toch bleek 30–40% van de variantie van elke schaal uniek te zijn voor die bepaalde schaal. (<i>primary care studies</i>; Terluin, 2006)</p>	<p>1. Wordt genoemd als geschikt meetinstrument voor angst in de richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis (2009)</p> <p>2. De 4DKL schijnt een valide zelfrapportage instrument te zijn om <i>distress</i>, depressie, angst en somatisatie in eerstelijnszorg patiënten te meten (Terluin et al., 2006)</p> <p>3. HADS en 4DKL maken even goed onderscheid tussen depressieve- en angststoornissen (Terluin et al., 2006)</p> <p>4. Beoordeeld door de COTAN: Uitgangspunten testconstructie en begripsvaliditeit: goed. Kwaliteit testmateriaal, betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit: voldoende. Kwaliteit handleiding en normen: onvoldoende (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie [eerste revisie], 2009)</p>

<p><b>2.</b></p> <p><b>Beck Anxiety Inventory (BAI)<sup>1</sup></b> (Beck, Brown, Epstein, &amp; Steer, 1988)<sup>3</sup></p>	<p>Unidimensionaal meetinstrument voor emotionele, fysiologische en cognitieve symptomen van angst</p> <p>Meetpretentie: meet de mate/ ernst van angst over afgelopen week</p> <p><b>21 items</b> met totale score van 63 (ontwikkeld uit pool van 86 items uit: the Anxiety Checklist, the Physician's Desk Reference Checklist, and the Situational Anxiety Checklist)</p> <p>Afnameduur: <b>5-10 minuten</b></p> <p>(Beck et al., 1988)</p>	<p>0 – 7= minimaal niveau angst 8 – 15= milde angst 16 – 25= matige angst 26 – 63= ernstige angst (Grant, 2010)</p> <p>Traditionele afkapwaarde is <b>≥ 10</b> in studies met hartpatiënten populatie (<i>ischaemische hartziekte patiënten</i>, Day et al., 2005; <i>AMI patiënten</i>, Huffman et al., 2006)</p>	<p>Hoge interne consistentie: .92</p> <p>Criterium standaard: SCID</p> <p>Discrimineert goed tussen angststoornissen en depressie: goede convergente en divergente validiteit</p> <p>(n= 1086; <i>psychiatrische patiënten</i>; Beck et al., 1988)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discrimineert van depressie</li> <li>2. Snelle en gemakkelijke afname</li> <li>3. Is beschikbaar op Pearson-nl.com</li> <li>4. Bevat overmaat van items die betrekking hebben op het meten van lichamelijke symptomen die bijv. aanwezig zijn bij een paniekaanval, meet dus vooral symptomen van paniek en dit is een te beperkte definitie van angst (De Beurs et al., 2001)</li> <li>5. Geen validatie studies hartpatiënten</li> </ol>
<p><b>3.</b></p> <p><b>Brief Symptom Inventory (BSI)</b> (Verkorte vorm van SCL-90; Derogatis, 1983)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (de Beurs &amp; Zitman, 2006)</p>	<p>Multidimensionaal instrument met 9 dimensies (9 dimensies: somatisatie, obsessief-compulsief, interpersoonlijke sensitiviteit, depressie, <b>angst</b>, vijandigheid, fobische angst, paranoïde ideatie &amp; psychotisme)</p>	<p>Gebruikte afkapwaarde voor angstschaal is gebaseerd op gemiddelde score van niet angstige populatie: 0.35 oftewel afkapwaarde <b>≥ 2</b> (0.35x6=2.1; Derogatis, 1983; <i>AMI patiënten</i>, Abu Ruz et al., 2010)</p>	<p>Interne consistentie in onderzoek naar hartpatiënten varieert van 0.85 tot 0.90 (<i>meta analyse cardiologie patiënten</i>; de Jong et al., 2006; <i>AMI patiënten</i>; Abu Ruz et al. 2010)</p> <p>Convergente validiteit: correleert hoog met MMPI (Derogatis, 1983)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factoriële validiteit is beter dan van de HADS (de Jong et al., 2006)</li> <li>2. Het instrument wordt effectief gebruikt als uitkomstmaat bij interventies (de Jong et al., 2006)</li> <li>3. De BSI angst subschaal kan snel worden afgenomen &amp; kan door verpleging worden afgenomen (Abu Ruz et al., 2010)</li> <li>4. Het is een kort, betrouwbaar &amp; valide meetinstrument voor angst bij AMI patiënten (Abu Ruz et al., 2010)</li> </ol>

	<p>Meetpretentie: meet verscheidenheid aan psychologische problemen (waaronder angst) over afgelopen week</p> <p>53 items (subschaal angst <b>6 items</b>)</p> <p>Afnameduur is <math>\pm</math> <b>1 minuut</b> voor de angst subschaal (Derogatis, 1983)</p>		<p>Alsook met angstschaal SCL-90: 0.95 (<i>meta analyse cardiologie patiënten</i>; de Jong et al., 2006) &amp;</p> <p>Alsook met STAI: 0.7 (<i>AMI patiënten</i>; Abu Ruz et al. 2010)</p> <p>Adequate <i>constructvaliditeit</i> (Abu Ruz et al., 2010)</p>	
<p><b>4.</b></p> <p><b>Generalised Anxiety Disorder-7 item scale (GAD-7)</b> (Spitzer, Kroenke, Williams &amp; Lowe, 2006)</p>	<p>Eendimensionaal meetinstrument</p> <p>Meetpretentie: het meten van angst met betrekking tot gegeneraliseerde angststoornis dmv. symptomen van de afgelopen 2 weken</p> <p>7 items (range 0–15)</p> <p>(Spitzer et al., 2006)</p>	<p><math>\geq 5</math>= mild  <math>\geq 10</math>=matig  <math>\geq 15</math>= ernstig</p> <p>Bij afkapwaarde van <math>\geq 10</math> is sensitiviteit: 89% en specificiteit: 82% met een positieve voorspellende waarde van 29%</p> <p>Criterium standaard: gestructureerd psychiatrisch interview gebaseerd op GAD deel van de SCID (<i>primary care</i>: Spitzer et al., 2006)</p> <p>Bij afkapwaarde van <math>\geq 10</math> indicatie voor diagnostiek alle angststoornissen en interventie (gebruikte geen criterium standaard; Lowe et al., 2008)</p>	<p>Interne consistentie: .92</p> <p>Convergente validiteit met de BAI: .72 &amp; met de angstschaal van de SCL-90: .74</p> <p>Goede criterion en discriminante validiteit</p> <p>Constructvaliditeit: ernst is goed vast te stellen (score is geassocieerd met functionele problemen en duur)</p> <p>Factor analyse bevestigd dat depressie en angst verschillende dimensies zijn</p> <p>(Spitzer et al., 2006)</p> <p>Tevens grote validatie studie algemene bevolking met normgegevens</p>	<p>1. Is ontwikkeld door Spitzer et al. om aanwezigheid GAD te screenen in primary care.</p> <p>2. De GAD-7 is een valide en efficiënt meetinstrument voor het screenen van GAD en het vaststellen van de ernst binnen klinische praktijk en onderzoek.</p> <p>3. De GAD-7 richt zich alleen op een angststoornis, patiënten kunnen ook andere angststoornis en hebben, echter GAD komt wel het meest voor in ambulante praktijk.</p> <p>4. Het geeft waarschijnlijke diagnoses die verder gediagnosticeerd moeten worden</p> <p>5. het is een kort meetinstrument dat volledig door de patiënt kan worden ingevuld</p> <p>(Spitzer et al., 2006)</p>

			<p>(n=5000; Lowe et al., 2008)</p> <p>- Deze vond ook eendimensionele structuur</p> <p>- Hoge interne consistentie: .89</p> <p>-Goede constructvaliditeit (echter geen DSM criterium standaard gebruikt)</p>	
<p><b>5.</b></p> <p><b>General Health Questionnaire</b> (GHQ-28; Goldberg &amp; Hillier, 1979) afkomstig van de GHQ-60 (Goldberg, 1972)</p> <p>Nederlandse versie beschikbaar<sup>1</sup></p>	<p>Multidimensionele vragenlijst met 4 dimensies (somatische klachten, <b>angst en slapeloosheid</b>, sociaal dysfunctioneren, ernstige depressie &amp; totaal score ernst mentale stoornis)</p> <p>Meetpretentie: meet verscheidenheid aan psychologische problemen (waaronder angst)</p> <p>28 items (subschaal angst heeft <b>7 items</b>)</p> <p>Afnameduur is <b>5 tot 10 minuten</b> (Goldberg &amp; Hillier, 1979)</p>	<p>(voor de totaal score)</p> <p>Bij een afkappunt van <math>\geq 5/6</math>, is de sensitiviteit 79.2% en specificiteit 79.6%</p> <p>Criterium standaard: ICD-10 AUC: 0.88 (<i>eerstelijns zorg</i>; Goldberg et al., 1997)</p> <p><i>Specifiek voor Nederland:</i></p> <p>Bij een afkappunt van <math>\geq 5/6</math>, is de sensitiviteit 84.9% en specificiteit 91.9%</p> <p>Criterium standaard: ICD-10 AUC: 0.93 (<i>eerstelijns zorg</i>; Goldberg et al., 1997)</p>	<p>Bevindingen van verschillende auteurs betreft convergente en divergente validiteit van de angst schaal zijn niet overtuigend (<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i> Koeter, 1992) &amp; Convergente en Divergente validiteit angst schaal is laag</p> <p>Criterium standaard: Present State Examination &amp; DSM III diagnose (<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i>; Koeter, 1992)</p> <p>Interne consistentie van de angst/slapeloosheid schaal: 0.81 (<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i>; Koeter, 1992)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angstschaal van de GHQ-28 is psychometrisch minder sterk dan de angstschaal van de SCL-90 (<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i>; Koeter, 1992)</li> <li>2. GHQ-28 is meer geschikt voor het meten van angst &amp; depressie dan de GHQ-12 (Schmitz et al., 1999)</li> <li>3. Koeter (1992) geeft aan dat het instrument niet ontwikkelt is om dimensies te meten, vandaar geen afkapwaarden mogelijk voor angst</li> <li>4. onderzoek naar psychometrische eigenschappen en/ of gebruik van GHQ is gering voor hart patiënten</li> </ol>

<p><b>6.</b></p> <p><b>Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS)</b></p> <p><b>oftewel</b></p> <p><b>Short Mood Scale</b> (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, &amp; Grayson, 1988)</p>	<p>Tweedimensionale twee-trapsscreening (angst &amp; depressie)</p> <p>Meetpretentie: meet mate van angst afgelopen maand</p> <p>18 items (angst <b>9 items</b>). <i>Begint met een reeks van 4 vragen over angst; bij <math>\geq 2</math> positieven verder naar 5 vervolgvragen</i></p> <p>Afnameduur angst schaal is <math>\pm</math> <b>8 minuten</b></p> <p>(Goldberg et al., 1988)</p>	<p>Voor de angstschaal bij een afkappunt van <math>\geq 5</math>, is de sensitiviteit: 82% en positieve predictieve waarde: 0.56</p> <p>Criterium standaard: diagnostisch interview (DSM III- criteria) <i>(eerstelijngzorgpatienten; Goldberg et al., 1988)</i></p> <p>Bij een afkappunt van <math>\geq 7/8</math> (<i>totaalscore beiden schalen</i>), is de sensitiviteit 86% en specificiteit 91%</p> <p>Criterium standaard: diagnostisch interview (DSM-IV criteria) <i>(oudere patiënten met ziekenhuisopname; Huber et al., 1999)</i></p> <p>Bij een afkappunt van <math>\geq 9/10</math> (<i>totaalscore beiden schalen</i>), is de sensitiviteit 92% en specificiteit 67%</p> <p>Criterium standaard: diagnostisch interview (DSM-IV criteria) AUC: 0.76 <i>(oudere patiënten met ziekenhuisopname; Huber et al., 1999)</i></p>	<p>Bij een angstscore van 5 of meer= 50 procent kans op een klinisch sign. probleem <i>(eerstelijngzorgpatienten; Goldberg et al., 1988)</i></p> <p>Interne consistentie: 0.70 voor de angstschaal <i>(oudere patiënten met ziekenhuisopname; Huber et al., 1999)</i></p>	<p>1. Wordt genoemd als geschikt meetinstrument voor angst in de richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis (2009)</p>
---	--	---	---	---

<p><b>7.</b></p> <p><b>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)</b> (Zigmond &amp; Snaith, 1983)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Spinhoven et al., 1997)</p>	<p>Tweedimensionaal (angst &amp; depressie)</p> <p>Meetpretentie: meet depressie en angst</p> <p>14 items<sup>8</sup> (subschaal angst <b>7 items</b>)</p> <p>Afnameduur is <b>3-4 minuten</b> voor de angst subschaal</p> <p>(Zigmond &amp; Snaith, 1983)</p>	<p><b>0-7= noncases</b> <b>8-10= doubtful cases</b> <b>11-21= definite cases</b> (Zigmond &amp; Snaith, 1983)</p> <p>Scores van 0 tot 21 voor iedere sub schaal (HADS-A &amp; HADS-D) met 0-3=normale range, 4-7=sub klinisch, 8-10= mild, 11-14= matig, 15-21= ernstig (Bambauer et al., 2005)</p> <p>17 studies rapporteren sensitiviteit &amp; specificiteit van 80% en hoger (Herrmann,1997)</p> <p>Optimale balans van sensitiviteit en specificiteit bij afkappunt <math>\geq 8</math> en hoger (80%). Deze is gelijk aan de GHQ (<i>algemene review; n=747; Bjellanda et al., 2002</i>)</p> <p>Bij een afkappunt voor de angst schaal van <math>\geq 8</math>, is de sensitiviteit: 88% en specificiteit: 64%</p> <p>Criterium standaard: Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview AUC: 0.90 <i>(non-cardiac chest pain patients; Kuijpers et al., 2003)</i></p> <p>Bij een afkappunt voor de angst schaal van <math>\geq 7</math>, is de sensitiviteit: 94% en specificiteit: 85% Criterium standaard: SCID-I AUC: 0.94</p>	<p>Voldoende interne consistentie (Zigmond &amp; Snaith, 1983)</p> <p>Interne consistentie voor HADS-A varieert van 0.68-0.93 (<i>algemene review; Bjellanda et al., 2002</i>)</p> <p>Herrmann (<i>klinische setting meta analyse; 1997</i>) rapporteert interne consistentie HADS-A variërend van 0.80 tot 0.93</p> <p>Interne consistentie HADS-A: 0.85 (<i>Bij patiënten met vermoeden van coronaire vaatziekte; Ulvik, 2008</i>) &amp; 0.83 (<i>MI patiënten; Strik et al., 2001</i>)</p> <p>Convergente validiteit: gemiddelde tot hoge correlatie met angstinstrumenten als de STAI (<i>meta analyse cardiologiepatiënten; de Jong et al., 2006</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Factoriële validiteit is twijfelachtig (7/9 studies vinden 3 of 4 factoren; de Jong et al., 2006) Echter meeste studies vinden 2 factoren (Bjellanda et al., 2002)</li> <li>2. Hoge acceptatie van patiënten binnen cardiologische zorg (95%; n=531), gemakkelijk af te nemen &amp; tijdsefficiënt: gebruikersvriendelijk (Herrmann,1997)</li> <li>3. Er is een lage validiteit van de HADS gevonden voor het meten van depressieve en angst symptomen bij patiënten met angina pectoris (Herrmann et al., 1993)</li> <li>4. De afkapwaarden van de HADS moeten voor hartpatiënten verlaagd worden t.o.v. psychiatrische populatie (Haworth et al., 2007)</li> <li>5. Het instrument wordt effectief gebruikt als uitkomstmaat bij interventies (de Jong et al., 2006)</li> <li>6. Beoordeeld door de COTAN: Kwaliteit testmateriaal, betrouwbaarheid: goed. Uitgangspunten testconstructie: voldoende. Begripsvaliditeit, criteriumvaliditeit, kwaliteit handleiding en normen: onvoldoende (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie [eerste revisie], 2009)</li> </ol>
---	--	---	--	--

		<p>(<i>CHF patiënten</i>; Haworth et al., 2007)</p> <p>Bij een afkappunt voor de angst schaal van (voor voorspelling MDD) <math>\geq 7</math>, is de sensitiviteit 81% en specificiteit 40%  Criterium standaard: PRIME-MD  AUC: 0.70</p> <p>(<i>MI/ Ischaemische hart ziekten patiënten</i>; Bambauer et al., 2005)</p> <p>Bij een afkappunt voor de angst schaal van <math>\geq 6</math>, is de sensitiviteit 96.9% en specificiteit 68.7%  Criterium standaard: SCID-I  PPV: 40%; NPV: 95.8%  AUC: 0.90</p> <p>(<i>MI patiënten</i>; Strik et al., 2001)</p>		
<p><b>8.</b></p> <p><b>Screening Tool for Psychologic Distress (STOP-D)</b>  (Young et al., 2007)</p>	<p>Multidimensionele vragenlijst ontwikkeld voor cardiologie patiënten met 5 dimensies (depressie, angst, stress, woede en sociale steun)</p> <p>Meetpretentie angst schaal: meet de mate van angst</p> <p>5 items<sup>9</sup> (subschaal angst <b>1 item</b>)</p> <p>Afnameduur is <math>\pm</math> <b>2 minuten</b>  (Young et al., 2007)</p>	<p>Voor de angstvraag is bij een afkappunt van <math>\geq 1</math>, de sensitiviteit 92% en specificiteit 45%</p> <p>Criterium standaard: State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)  AUC: 0.82</p> <p>(<i>hart transplantatie, hart revalidatie &amp; congenital hartpatiënten</i>; Young et al., 2007)</p>	<p>Correleert hoog met andere schalen en instrumenten voor depressie, angst, stress, woede en sociale steun (Young et al., 2007; Janeway, 2009)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Voordeel: slechts één instrument is voor alle risicofactoren betreft mortaliteit &amp; morbiditeit hartpatiënten</li> <li>2. Groot gebruikersgemak</li> <li>3. Instrument is gratis</li> <li>4. Hoeft niet gescoord te worden, ieder item heeft afkapwaarde</li> <li>5. Hoeft niet door specialist te worden geïnterpreteerd</li> <li>6. Afkapwaarde is zelf te bepalen naar behoefte specificiteit &amp; sensitiviteit (Young et al., 2007)</li> </ol>

<p><b>9.</b></p> <p><b>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</b> (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, &amp; Jacobs, 1983)</p> <p><b>oftwel Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV)</b> <i>Nederlandse vertaling</i> (van der Ploeg, Defares &amp; Spielberger, 1980)<sup>1</sup></p>	<p>Eendimensionale maat voor angst met 2 schalen: <i>State-</i> (toestandsangst) en <i>Trait-</i> (dispositieangst) angst</p> <p>Meetpretentie: meet algemene angst</p> <p><b>40 items</b> (20 items voor de schaal State &amp; 20 voor de schaal Trait)</p> <p>Afnameduur is <b>10-20 minuten</b></p>	<p>Meest gebruikte afkapwaarde hoge mate van angstsymptomen bij <i>MI patiënten</i>: <math>\geq 40</math> (Lane et al., 2001; Frasure-Smith, 1995)</p> <p>Low anxiety (20-39) medium anxiety (<b>40-59</b>) high anxiety (60-80) (Spielberger et al., 1983)</p>	<p>Interne consistentie <b>State</b>: 0.91 (n=52) &amp; (<i>algemene meta analyse</i>; Barnes et al., 2002).</p> <p>Interne consistentie <b>Trait</b>: 0.89 (n=51) &amp; (<i>algemene meta analyse</i>; Barnes et al., 2002).</p> <p>Interne consistentie in onderzoek naar hartpatiënten varieert van 0.93-0.94 (<i>meta analyse cardiologie patiënten</i>; de Jong et al., 2006)</p> <p>Bij <i>AMI patiënten</i> betrouwbaarheidscoëfficiënt :0.94 (An et al., 2004)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Factoriële validiteit is beter dan van de HADS (de Jong et al., 2006)</li> <li>3. Afnameduur is nadelig, duurt lang (10-20 minuten) (de Jong et al., 2006)</li> <li>4. Wordt het meest gebruikt door onderzoekers om angst te meten bij cardiologische patiënten (de Jong et al., 2006)</li> <li>5. wordt effectief gebruikt om het effect van interventie te meten (de Jong et al., 2006)</li> <li>6. Wordt genoemd als geschikt meetinstrument voor angst in de multidisciplinaire richtlijnen voor angststoornissen (2009)</li> <li>7. Valide meetinstrument (van der Ploeg et al., 1980)</li> </ol>
<p><b>10.</b></p> <p><b>Symptom Check List- 90-R</b> (SCL-90-R; Derogatis, 1977).</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Arrindell &amp; Ettema, 1986)<sup>1</sup></p>	<p>Multidimensionele vragenlijst met 9 dimensies (zie dimensies BSI hierboven)</p> <p>Meetpretentie: meet verscheidenheid aan psychologische problemen (waaronder angst). Is bedoeld om een beeld te krijgen van de breedte en ernst psychopathologie</p> <p>90 items (subschaal angst heeft <b>10 items</b>)</p> <p>Afnameduur is <math>\pm</math> <b>2 minuten</b></p>	<p>AUC angst schaal: 0.82 (<i>primary care</i>) &amp; 0.94 (<i>psychosomatische poliklinische patiënten &amp; gezonde personen</i>) Criterium standaard: ICD-10 &amp; DSM-III-R (Schmitz et al., 2000)</p> <p>Standaard afkapwaarde: <math>\geq 12</math> voor angst schaal (Arrindell et al., 2001; Strik et al., 2003)</p> <p>Echter volgens Shemesh et al. zijn er nog geen afkapwaarden voor MI patiënten (2004)</p>	<p>Interne consistentie: 0.87 (<i>psychosomatische poliklinisch &amp; primary care patiënten</i>) &amp; 0.75 (<i>gezonde personen</i>) (Schmitz et al., 2000)</p> <p>Interne consistentie voor de Nederlandse versie is hoog (0.90 en 0.91 voor fobische en angst schaal resp.) (<i>psychiatrische patiënten</i>; Koeter, 1992)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validiteit van het instrument is controversieel (Schmitz, 2000) echter angst subschaal heeft wel goede validiteit (Koeter, 1992)</li> <li>2. Resultaten factor structuur studies is inconsistent (Schmitz, 2000)</li> <li>3. Instrument wordt veel gebruikt voor 'distress' en het screenen van mentale stoornissen (Schmitz, 2000)</li> <li>4. De SCL-90 heeft potentie om voor PTSS te screenen (60% accuratie ahv. symptoom profiel gemaakt voor SCL-90 (Solomon et al., 1990)</li> <li>5. Bij vergelijking met angstschaal GHQ-28 heeft de angstsschaal van de SCL-90 de voorkeur (meer valide alternatief; Koeter, 1992)</li> </ol>



	(Derogatis, 1977)	Acceptabele ROC curves ( <i>psychiatrische poliklinische patiënten</i> ; Koeter, 1992)	<p>Factoriële validiteit resultaten van studies over de factor structuur is inconsistent (Schmitz, 2000)</p> <p>Acceptabele concurrente validiteit (<i>met DSM-III-R &amp; ICD-10</i>; Schmitz et al., 2000)</p> <p>Meerdere auteurs rapporteren goede convergente maar relatief Lage divergente validiteit (Koeter, 1992)</p>	<p>6. Voordeel dat SCL-90 (evenals GHQ-28) voor 3 doeleinden gebruikt kan worden: meten mate van ernst; als screening instrument (Koeter, 1992)</p> <p>7. Subschalen zijn bruikbaar als screening instrument (<i>primary care setting</i>; Schmitz et al., 1999).</p> <p>8. Vragen goed begrijpbaar voor patiënten (Schmitz et al., 1999)</p> <p>9. Meet verstoring normale functie niet levenslange traits (Schmitz et al., 1999)</p> <p>10. Wordt genoemd als geschikt meetinstrument voor angst in de richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis (2009)</p>
<sup>1</sup> Voorbeeldversie niet gevonden in de literatuur				

## Literatuur

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). SCL-90: handleiding bij een multi-dimensionele psychopathologie- indicator, Swets & Zeitlinger, Lisse
- Arrindell, W. A., & Buikhuisen, M. (1992). Dissimulation and the sex difference in self-assessed fears: A brief note. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 307-311.
- Bambauer, K. Z., Locke, S. E., Aupont, O., Mullan, M. G., & McLaughlin, T. J. (2005). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *General Hospital Psychiatry*, 27, 275– 284
- Barnes, L. L. B., Harp, D., & Jung, W. S. (2002). Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 603–618.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897
- Bjellanda, I., Dahlb, A. A., Haugc, T. T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69–77
- De Beurs, E. (2004). Brief Symptom Inventory. Handleiding, Leiden, the Netherlands.
- De Beurs, E., Van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34, 35-53
- De Beurs, E., & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141
- De Jong, M. J., & Hall, L. H. (2006). Measurement of Anxiety for Patients With Cardiac Disease. A Critical Review and Analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21( 5), 412-419
- Day, R. C., Freedland, K. E., & Carney, R. M. (2005). Effects of Anxiety and Depression on Heart Disease Attributions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(1), 24–29
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins Univeraty School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit
- Derogatis, L.R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol. Med.*, 13, 595–605
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol.*, 14, 388 –398.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London, Oxford University Press
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General health Questionnaire. *Psycholog. Med*, 24, 18-26.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1987). Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychol Med*, 17, 461–70
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897–899.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197
- Grant, M. M. (2010). Beck Anxiety Inventory. In *Encyclopedia of Child Behavior and Development*, Goldstein, S., Naglieri, J.A., Eds.: New York: Springer
- Haworth, J. E., Moniz-Cook, E., Clark, A. L., Wang, M., & Cleland, J. G. F. (2007). An evaluation of two self-report screening measures for mood in an out-patient chronic heart failure population. *International journal of geriatric psychiatry*, 22, 1147-1153
- Herrmann, C., Breuker, A., Schmidt, T., Gonska, B. D., & Kreuzer, H. (1993). Angina Pectoris bei Myokardischämie: Bedeuting psychischer Distressfaktoren. *Z. Kardiol*, 82, 80
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*, 42, 17–41.

- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Beiser, M. E., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2006). Recognition and Treatment of Depression and Anxiety in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*, 98, 319–324
- Janeway, D. (2009). An Integrated Approach to the Diagnosis and Treatment of Anxiety Within the Practice of Cardiology. *Cardiology in Review*, 17, 36–43
- Koeter, M. W. J. (1992). Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 24, 271–2
- Kuipers, P. M. J. C., Denollet, J., Lousberg, R., Wellens, H. J. J., Crijns, H., & Honig, A. (2003). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale for Use With Patients With Noncardiac Chest Pain. *Psychosomatics*, 44(4), 329–335
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lipp, G. (2001). Mortality and Quality of Life 12 Months After Myocardial Infarction: Effects of Depression and Anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221–230
- Lowe, B., Decker, O., Muller, S., Brahler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Med Care*, 46, 266–274
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263–267.
- Richtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen bij volwassenen (eerste revisie) (2009). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis
- Ruz, M. E. A., Lennie, T. A., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., & Moser, D. K. (2010). Evidence That the Brief Symptom Inventory Can Be Used to Measure Anxiety Quickly and Reliably in Patients Hospitalized for Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 117–123
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check list (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 34, 360–366
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of life research*, 9, 185–193
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, I., Rudnick, A., Vered, Z., & Cotter, G. (2004). Posttraumatic Stress, Nonadherence, and Adverse Outcome in Survivors of a Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 66, 521–526
- Solomon, Z., Bleich, A., Koslowsky, M., Kron, S., Lerer, B., & Waysman, M. (1990). POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: ISSUES OF CO-MORBIDITY. *J. psychiat. Res.*, 2(3), 89–94
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P., Kempen, G.I., Speckens, A.E., & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med*, 27, 363–70
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B. W., Loewe, B. (2006). The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. A brief measure for assessing generalised anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166, 1092–7.
- Strik, J., Honig, A., Lousberg, R., & Denollet, J. (2001). Sensitivity and Specificity of Observer and Self-Report Questionnaires in Major and Minor Depression Following Myocardial Infarction. *Psychosomatics*, 42, 423–428
- Strik, J. M. H., Denollet, J., Lousberg, R., & Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 42, 1801–1807
- Ulvik, B., Bjelland, I., Hanestad, B.R., Omenaas, E., Wentzel-Larsen, T., & Nygård, O. (2008). Comparison of the Short Form 36 and the Hospital Anxiety and Depression Scale measuring emotional distress in patients admitted for elective coronary angiography. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37(4), 286–295

- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1980). Handleiding bij de Zelfbeoordelings Vragenlijst (ZBV) [Manual for the Dutch adaptation of the STAI-Y]. Lisse, The Netherlands: Swets en Zeitlinger
- Young, Q.R., Ignaszewski, A., Fofonoff, D., & Kaan, A. (2007). Brief screen to identify 5 of the most common forms of psychosocial distress in cardiac patients: validation of the screening tool for psychological distress (STOP-D). *J Cardiovasc Nursing*, 22, 525–534.
- Zigmund, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370