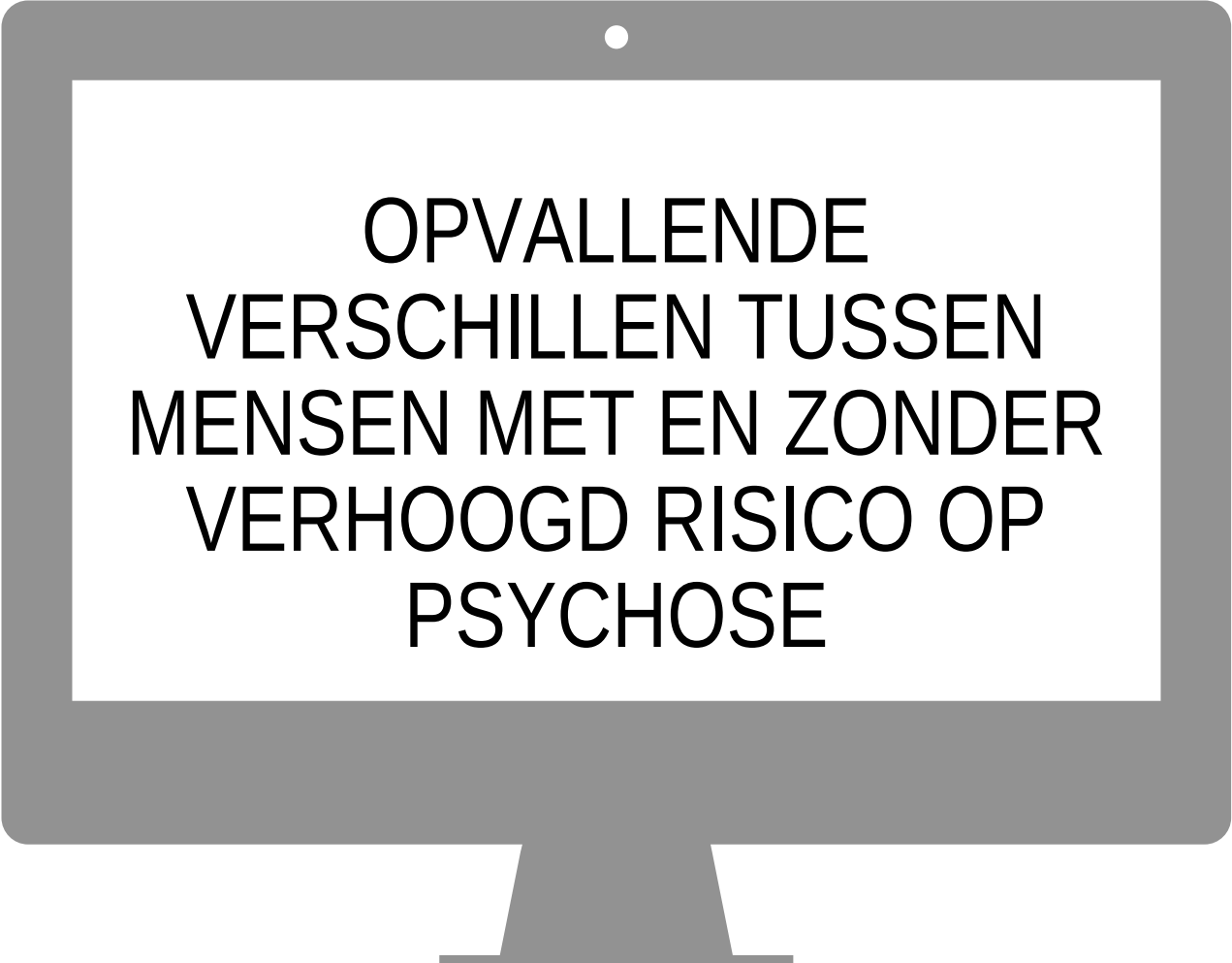


OPVALLENDE VERSCHILLEN TUSSEN MENSEN MET EN ZONDER VERHOOGD RISICO OP PSYCHOSE



De verzameling van een populatesample en analyses op het gebied van depressie, angst en stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten.



OPVALLENDE VERSCHILLEN TUSSEN MENSEN MET EN ZONDER VERHOOGD RISICO OP PSYCHOSE

Marloes Ebbinge (342593) en Moniek Smit (339305)
Hanzehogeschool te Groningen
Academie voor Sociale Studies
Toegepaste Psychologie
Groningen
3 juni 2019

In opdracht van GGZ-Drenthe
Esther Sportel

Docentbegeleider Roberto Elmont

Voorwoord

Voor u ligt onze scriptie. Deze scriptie hebben wij geschreven ter afsluiting van de bacheloropleiding Toegepaste Psychologie aan de Hanzehogeschool Groningen. We hebben ons afstudeeronderzoek uitgevoerd in opdracht van GGZ Drenthe Langdurige Zorg onder supervisie en met begeleiding van Esther Sportel. Hiervoor willen we haar graag hartelijk bedanken. We hebben de begeleiding als zeer prettig ervaren en er veel van geleerd. Daarnaast willen we ook alle honderd-en-één respondenten bedanken voor de deelname aan ons onderzoek door het invullen van alle vragenlijsten. Sommige vragenlijsten sneden persoonlijke onderwerpen aan. We willen iedereen bedanken voor de openheid. Daarnaast willen we graag Roberto Elmont bedanken voor het vervullen van de rol van docentbegeleider tijdens het schrijven van onze scriptie. Als laatste willen we Marjette Slijkhuis bedanken voor het delen van haar expertise op het gebied van onderzoek en statistiek. We hebben hier veel aan gehad.

We hopen u met onze scriptie te kunnen informeren en amuseren.

Groningen
Marloes Ebbinge en Moniek Smit
3 juni 2019

Samenvatting

Dit onderzoek is gedaan in opdracht van Langdurige Zorg, GGZ Drenthe. Dit is een behandelsetting voor jongeren en volwassenen met ernstige psychische problemen, waaronder ook psychotische problematiek. De laatste decennia richt het onderzoek naar psychose zich onder andere op preventie en vroegdetectie. Naar aanleiding van deze ontwikkeling is er binnen GGZ Drenthe een vroegdetectie psychose-team opgericht. Zij houden zich bezig met het vroegtijdig screenen van nieuwe cliënten op een eventueel verhoogd risico om psychose te ontwikkelen, de zogenoemde UHR-status.

Aan het vroegdetectie-programma van GGZ Drenthe is ook wetenschappelijk onderzoek gekoppeld, namelijk On The ROAD. Binnen dit onderzoek worden mensen waarbij de UHR-status is vastgesteld, gevolgd. Zij vullen veertien vragenlijsten in en er worden interviews afgenomen. On The ROAD heeft ook een aantal follow-up metingen namelijk, na één, twee en drie jaar. Voor een goede interpretatie van de scores van de UHR-groep is het nodig om deze te kunnen vergelijken met een populatiesample. Daarom is er tijdens huidig onderzoek een populatiesample verzameld bestaande uit honderd-en-één mensen tussen de 18 en 35 jaar oud. Een eerste vergelijking tussen de UHR-groep en het populatiesample wordt gemaakt op basis van drie vragenlijsten, de DASS-21, LTE en IPPA. De vragenlijsten meten depressie, angst en stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten.

De resultaten lieten zien dat er een significant verschil is tussen de UHR-groep en het populatiesample op de volgende onderdelen: depressie, angst, stress, levensgebeurtenissen, vertrouwen in ouders, communicatie met vader en verbondenheid met leeftijdsgenoten. De UHR-groep scoorde hoger op depressie, angst, stress en levensgebeurtenissen. Daarnaast had de UHR-groep minder vertrouwen in beide ouders en minder goede communicatie met vader. De verbondenheid met leeftijdsgenoten is voor de UHR-groep ook lager dan voor het populatiesample. Deze factoren kunnen mogelijk als risicofactoren voor het ontwikkelen van een verhoogd risico op psychose worden beschouwd. Om dit met meer zekerheid vast te kunnen stellen, is het aan te raden om in vervolgonderzoek een longitudinale studie te doen.

Summary

This research was commissioned by GGZ Drenthe. This is a mental health institution that offers treatment to youngsters and adults with mental health problems among which psychosis. The last decades research regarding psychosis focuses partially on prevention and early detection. That is the reason that GGZ Drenthe started an early-detection program and an early-intervention team psychosis, which is called the VIP-team. Their purpose includes diagnosing and treating psychosis as well as screening new clients for an ultra-high risk for psychosis, also known as the UHR-status.

This early-detection program is connected to a research project which is called On The Road. This research includes people who have an established UHR-status and lets them fill in a set of questionnaires, 14 in total. They also administer a few interviews. After one, two and three years there is a follow-up measurement. There are now about 60 people included in this research. The goal of the On The Road research is to find risk factors for psychosis. The only problem now is the lack of a control group consisting of people without an UHR-status to compare the findings to. Therefore, current research has focused on gathering a population sample of people in the age between 18 and 35 years old without psychosis or psychotic disorder. 101 people filled out all the questionnaires in exchange for a 15 euro gift voucher. Due to the time frame in which current research had to take place, it was impossible to analyse all the questionnaires. The three questionnaires to be analysed and discussed in this article are the DASS-21, LTE and IPPA.

The results showed that the UHR-group has significant more depressive complaints, anxiety and stress issues than the population sample. Further, the UHR-group has experienced significantly more life events in the past year and has less trust in both parents, attach less value to the communication with their father and feels less attached to their peers. These factors can possibly be risk factors for developing psychosis. To be sure it is recommended that any follow-up study has a longitudinal design.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4

Summary	4
Inleiding	6
Methode	12
Resultaten	16
Conclusie	20
Discussie.....	23
Literatuurlijst.....	25
BIJLAGEN	28
Bijlage 1 Toelichting instrumentkeuze	29
Bijlage 2 DASS-21 vragenlijst.....	31
Bijlage 3 LTE vragenlijst.....	32
Bijlage 4 IPPA vragenlijst.....	33
Bijlage 5 Informed consent	37
Bijlage 6 Poster voor werving.....	38

Inleiding

Psychose

Dit onderzoek vindt plaats in opdracht van GGZ Drenthe Langdurige Zorg. De Langdurige Zorg is een behandelsetting voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder psychotische problematiek. In Nederland hebben jaarlijks zo'n 30.000 mensen

last van psychose (Trimbos-instituut, 2014). Ieder jaar krijgt ongeveer 1 op de 10.000 mensen te maken met een eerste psychose (Ypsilon, 2013). Wanneer er sprake is van een psychose is er een verstoring in de beleving van de werkelijkheid. Deze verstoring kan invloed hebben op waarnemen, denken en emoties. De belangrijkste symptomen bestaan uit wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, gedesorienteerd gedrag en problemen met motivatie (GGZ Standaarden, z.d.). Het is voor te stellen dat deze symptomen erg ingrijpend zijn voor het dagelijks functioneren. Psychose wordt vaak chronisch en gaat gepaard met een groot verlies van kwaliteit van leven (Trimbos-instituut, 2014). Daarnaast heeft ook de samenleving kosten zoals het verlies van arbeidskrachten en de zorgkosten om psychose te behandelen. In 2011 bedroegen de zorgkosten voor schizofrenie 835 miljoen euro (Volksgezondheid en Zorg, 2019). Er wordt gesproken van schizofrenie wanneer een psychose langer duurt dan een maand en iemand niet goed kan functioneren in sociale en werkgerelateerde situaties. Daarbij moet er sprake zijn van minimaal één van de volgende symptomen: wanen, hallucinaties of onsamenhangende spraak. Deze symptomen moeten gedurende 6 maanden aanwezig zijn (American Psychiatric Association, 2013).

De laatste twee decennia is er binnen psychose-onderzoek veel meer aandacht gekomen voor de preventie van een eerste psychotische episode. Dit wordt gedaan omdat psychotische stoornissen als één van de meest ernstige aandoeningen worden gezien (van Os & Kapur, 2009). Recent internationaal en Nederlands onderzoek laat zien dat preventie van psychose mogelijk is en bovendien kostenbesparend (Stafford et al, 2013). Uit onderzoek is gebleken dat het voorkomen van een psychose 7000 euro goedkoper is dan het niet uitvoeren van interventies gericht op vroegdetectie en preventie. De kostenbesparing ontstaat doordat er dan minder zorgkosten zijn zoals ziekenhuisopnames en een afname van het zorggebruik, maar ook door minder arbeidsverzuim (Ising, 2017). Van der Gaag zei hierover het volgende: 'Het is een goede stap als het gaat om het behandelen van psychose. Vroegdetectie en vroeginterventie zal de psychiatrie duurzaam maken. We krijgen meer gezondere mensen tegen lagere kosten' (Trimbos-instituut, 2014).

Vroegdetectie-programma

Bovengenoemde feiten zijn de reden dat er in 2013 binnen GGZ Drenthe voor jongeren en jongvolwassenen met een eerste psychose het Vroeg interventie Psychose (VIP)-Team is opgericht. Dit team richt zich op jongeren en jongvolwassenen tussen de 14 en 35 jaar oud en is gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van psychose. Men richt zich op deze groep omdat een eerste psychose het vaakst optreedt binnen deze leeftijdscategorie (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Onderdeel van het VIP-team is het vroegdetectie-team met het doel om jongeren met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychose op te sporen. Om dit te kunnen doen wordt er in Noord-Nederland door meerdere instellingen met een vroegdetectie-programma gewerkt. Dit programma richt zich op de nieuwe cliënten van de instellingen. Nieuwe cliënten zijn vaak mensen die naar hun huisarts gaan vanwege psychische gezondheidsproblemen of mensen die vanuit één van de participerende gezondheidscentra verwezen worden met andere niet-psychotische mentale gezondheidsproblemen. Onder participerende gezondheidscentra wordt verstaan centra die ook meedoen aan het vroegdetectie-programma zoals Lentis in Groningen of Mediant in Twente.

Voor het vroegdetectie-programma vullen nieuwe cliënten tussen de 14 en 35 jaar oud wanneer ze bij de instellingen binnenkomen een vragenlijst in. Deze vragenlijst heet de

Prodromal Questionnaire-16 (Loewy et, 2005) en is gericht op bijzondere ervaringen zoals het horen van stemmen. Wanneer zij hier verhoogd op scoren, volgt een uitgebreid interview, de Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS; Yung et al, 2005). Aan de hand van dit interview wordt de ultra high risk-status eventueel toegekend. Dit wordt ook wel een UHR-status genoemd. In Nederland heeft 4% van de bevolking een ultrahoog risico op psychose (Van der Gaag et al, 2016). Aan het vroegdetectie-programma van GGZ Drenthe is ook een wetenschappelijk onderzoek gekoppeld, namelijk On The ROAD.

Het On The ROAD-onderzoek

Het On The ROAD-onderzoek richt zich ook op het voorkomen van een eerste psychose. Dit wordt gedaan door het in kaart brengen van de risicofactoren om psychose te ontwikkelen. Binnen dit onderzoek worden mensen waarbij de UHR-status is vastgesteld, gevolgd. Zij vullen veertien vragenlijsten in en er worden interviews afgenomen. Deze procedure heeft ook een aantal follow-up metingen namelijk na één, twee en drie jaar. Op dit moment is er van ongeveer 60 mensen met een UHR-status bekend hoe zij scoren op de vragenlijsten. Aan de hand van deze scores kunnen nog geen concrete uitspraken worden gedaan over eventuele risicofactoren. Hiervoor is het nodig om de scores te kunnen vergelijken met mensen uit de gewone bevolking. Dit kan inzicht geven in welke scores afwijkend of kenmerkend zijn voor mensen met een UHR-status, ook wel de UHR-groep. Daarom is het van belang om een populatiesample te verzamelen zodat de scores vergeleken kunnen worden. Een populatiesample is een steekproef van mensen uit de Nederlandse bevolking zonder UHR-status. Daarom zal dit onderzoek zich richten op het vergaren van een populatiesample van mensen zonder UHR-status. Het doel is om meer inzicht te krijgen in welke risicofactoren een rol spelen bij het ontwikkelen van een verhoogd risico op psychose.

De testbatterij die in het On The ROAD-onderzoek is afgenomen en nog steeds wordt afgenomen bestaat, zoals eerder gezegd, uit veertien vragenlijsten. Het betreft self-report vragenlijsten met uiteenlopende onderwerpen zoals depressie, angst en stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten. Self-report betekent dat de vragenlijsten zelfstandig kunnen worden ingevuld door de respondenten. In dit onderzoek zullen de veertien vragenlijsten net als tijdens het On The ROAD-onderzoek allemaal worden afgenomen, maar in dit geval onder het populatiesample zodat er een database kan worden ontwikkeld. Echter is het niet mogelijk om in het kader van dit onderzoek alle vragenlijsten te analyseren en de resultaten hiervan in dit rapport te beschrijven. Omwille van het tijdsbestek waarin dit onderzoek plaatsvindt, zijn er drie vragenlijsten gekozen om te analyseren en deze zullen in de methode verder worden behandeld. Toelichting en onderbouwing van de keuze voor deze drie testen is te vinden in de bijlage 1. De onderwerpen van de gekozen vragenlijsten zijn depressie, angst en stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten. Naar deze onderwerpen is al eerder onderzoek gedaan. Hierna wordt een selectie van deze literatuur gegeven.

Depressie, angst en stress

Uit onderzoek van Yung, et al. (2007) bleek dat depressie een duidelijke associatie oftewel een verband heeft met het risico op het ontwikkelen van psychose. Tijdens dit onderzoek is een stemmingsvragenlijst afgenomen, de Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ; Clark & Watson, 1991). Vervolgens werd na zes maanden dit instrument nogmaals afgenomen. Hieruit bleek dat de respondenten die tijdens de eerste meting een depressie hadden en tijdens de tweede meting niet meer, veel lager scoorden op het risico om

psychose te ontwikkelen in vergelijking met respondenten die tijdens de tweede meting nog steeds depressieve klachten hadden. Er lijkt een verband te zijn tussen mate van depressiviteit en het ontwikkelen van psychose. Daarom is het belangrijk om een stemmingsvragenlijst af te nemen wanneer het risico dat iemand loopt om een psychose te ontwikkelen, wordt vastgesteld (Yung et al, 2007). Uit een onderzoek van Reventlow et al. (2006) blijkt dat depressie vaak voorkomt in de vroege en prodromale stadia van schizofrenie. Dit zijn de eerste stadia van schizofrenie. Ook blijkt dat depressie een mogelijke risicofactor is voor overgang van prodromale status naar een eerste psychotische episode. Er is bekend dat het opsporen van depressie in UHR-patiënten relevant is voor een vroegdetectie en behandeling van de psychose (Reventlow et al, 2006). In het huidige onderzoek zal daarom worden gekeken of er ook een verband te vinden is tussen depressieve klachten en UHR-status. Er wordt verwacht dat de UHR-groep hoger scoort op de Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) dan de respondenten uit het populatesample. Deze verwachting is gebaseerd op het feit dat het volgens Yung et al. (2007) er een duidelijk verband bestaat tussen depressie en het risico op het ontwikkelen van psychose. Dit betekent dat op het moment dat iemand een depressie heeft, de kans groter is dat er hiernaast ook nog een psychose wordt ontwikkeld. Met andere woorden, als de respondent geen psychose heeft, zou de kans op depressieve klachten ook kleiner kunnen zijn. Dit zou kunnen betekenen dat er een verschil gevonden zou kunnen worden tussen de UHR-groep en het populatesample.

Angstklachten gaan ook vaak samen met psychose. In zo'n 60% van de gevallen wordt iemand met een psychose daarnaast ook gediagnosticeerd met een angst- of paniekstoornis. Bovendien is angst ook een voorspeller voor de mate van terugval voor psychose. Als de persoon een angststoornis heeft, is de kans op een tweede psychose groter (Appelo & Van der Gaag, 1998). Er is dus een duidelijk verband tussen angst en psychose. Dit betekent dat op het moment dat iemand een angststoornis of angstklachten heeft, de kans groter is dat hij of zij ook een psychose heeft of deze zal ontwikkelen. Met andere woorden, als de respondent geen psychose heeft, zou de kans op angstklachten ook kleiner kunnen zijn. Dit zou kunnen betekenen dat er een verschil gevonden zou kunnen worden in angstklachten tussen de UHR-groep en het populatesample.

Daarnaast blijkt stress vaak samen te gaan met een psychose. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een psychose, maar ook mensen met een verhoogd risico op psychose, op gedragsmatig niveau een verhoogde gevoeligheid voor stress vertonen. Het blijkt dat de hersengebieden die bij het uitvoeren van stresstaken actief zijn, ook actief zijn bij mensen met een psychose. Verder blijkt dat een verhoogde blootstelling aan stress samengaat met het ontwikkelen van een psychose (Van der Gaag & Valmaggia, 2012). Er is dus een verband tussen stressklachten en het ontwikkelen van een psychose. Dit betekent dat, als de respondent weinig of geen stress heeft, de kans op psychose ook kleiner zou kunnen zijn. Dit zou kunnen betekenen dat er een verschil gevonden zou kunnen worden in stressklachten tussen de UHR-groep en het populatesample.

Levensgebeurtenissen

De relatie tussen psychose en levensgebeurtenissen is onderzocht door onder anderen Bebbington et al in 1993. Zij hadden voorspeld dat een verhoogd aantal levensgebeurtenissen een voorbode is van het ontwikkelen van psychose. Bij levensgebeurtenissen kan gedacht worden aan het overlijden van een ouder of naaste. Dit is

onderzocht door cliënten met psychose in retrospectief uit te vragen over hun levensgebeurtenissen drie en zes maanden voordat de psychose zich manifesteerde. Dit liet zien dat er opvallend meer levensgebeurtenissen hadden plaatsgevonden drie maanden voor de psychotische episode (Bebbington et al, 1993). Levensgebeurtenissen kunnen ook worden meegemaakt tijdens de jeugd. De relatie tussen tegenslag meemaken tijdens de jeugd en het ontwikkelen van psychose is al veel onderzocht. Met een tegenslag wordt een heftige levensgebeurtenis zoals het overlijden van een ouder bedoeld. Uit een meta-analyse van Trotta, et al. (2015) bleek dat 17 van de 20 onderzochte studies een positieve associatie tussen het meemaken van tegenslag in de jeugd en het ontwikkelen van psychose rapporteerden (Trotta et al, 2015). In het huidige onderzoek zal daarom worden gekeken of er ook een verband kan worden gevonden tussen het meemaken van levensgebeurtenissen in het afgelopen jaar en het hebben van een UHR-status. De verwachting is dat de UHR-groep meer levensgebeurtenissen zal rapporteren dan het populatesample.

Verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten

In eerdere studies is vaak onderzoek gedaan naar het Engelse begrip *attachment*. In het Nederlands is dit te vertalen naar verbondenheid of gehechtheid. In het huidige onderzoek wordt gesproken van verbondenheid als vertaling van attachment, tenzij het hechtingstijlen betreft. Kullik en Petermann (2013) vonden een verband tussen de mate waarin iemand zich verbonden voelt met zijn ouders en leeftijdsgenoten en het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Wanneer iemand zich in mindere mate verbonden voelt met zijn ouders en leeftijdsgenoten, heeft deze persoon een groter risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Kullik & Petermann, 2013). De relatie tussen mindere verbondenheid aan ouders en leeftijdsgenoten en het ontwikkelen van een depressie is dus onderzocht. Echter kan een mindere verbondenheid met ouders voor nog meer problemen zorgen. Als iemand minder verbonden is met zijn ouders zou er sprake kunnen zijn van onveilige gehechtheid. Deze term is gebaseerd op de hechtingsstijlentheorie van Bowlby (1973). Naar de effecten van onveilige gehechtheid is al eerder onderzoek gedaan. Dit liet zien dat een onveilige hechtingsstijl allerlei problemen kan veroorzaken zoals angst en droefheid. De hechtingsstijl kan een breed scala aan klachten veroorzaken (Gajwani et al, 2013). Uit onderzoek van Gajwani et al. (2013) bleek dat 80 procent van de mensen uit het door hen gebruikte UHR-sample onveilig gehecht was. Dit roept de vraag op of er ook een verband is tussen de mate van verbondenheid en het risico op het ontwikkelen van psychose. De verwachting is dat de UHR-groep een lagere mate van verbondenheid met de ouders en leeftijdsgenoten zal laten zien dan het populatesample.

Huidig onderzoek

Zoals gezegd bestaat de testbatterij voor het populatesample uit veertien vragenlijsten. Het is echter wegens de beperkte tijd niet mogelijk alle testen en bijbehorende subschalen te behandelen in dit rapport. Daarom is er in overleg met de supervisor voor gekozen om een selectie te maken van drie vragenlijsten die in dit rapport behandeld zullen worden. De drie vragenlijsten zijn te vinden in de bijlage 2, 3 en 4. Deze selectie is gemaakt op basis van hiervoor beschreven literatuur. Zoals eerdergenoemd is er in bijlage 1 een verdere toelichting te vinden over de testen waarvan de resultaten niet behandeld worden in het huidige onderzoek. De verzamelde gegevens van alle vragenlijsten, zullen worden opgeslagen in de database van GGZ Drenthe. De data van de elf vragenlijsten die in dit rapport niet worden

geanalyseerd, kunnen worden gebruikt voor eventueel vervolgonderzoek. Al het bovenstaande heeft tot de volgende hoofd- en deelvragen geleid:

Hoofdvraag: In hoeverre verschillen het populatiesample en de UHR-groep op het gebied van depressie, angst, stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten?

Deelvraag 1: In hoeverre verschillen de UHR-groep en het populatiesample op depressie, angst en stress? De verwachting is dat de UHR-groep meer depressie-, angst- en stressklachten zal rapporteren dan het populatiesample. Dit op basis van eerder beschreven literatuur.

Deelvraag 2: In hoeverre verschillen de UHR-groep en het populatiesample in de (hoeveelheid) gerapporteerde levensgebeurtenissen? De verwachting is dat de UHR-groep vaker zal rapporteren dat ze een levensgebeurtenis hebben meegemaakt en ook meer levensgebeurtenissen zal rapporteren dan het populatiesample. Dit op basis van eerder beschreven literatuur.

Deelvraag 3: In hoeverre verschillen de UHR-groep en het populatiesample in de mate van verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten? De verwachting is dat de UHR-groep minder verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten zal rapporteren dan het populatiesample. Dit op basis van eerder beschreven literatuur.

Methode

Study-design

Dit onderzoek is gedaan in navolging van het On The ROAD-onderzoek. Dit is zoals in de inleiding genoemd een onderzoek gericht op het voorkomen van een eerste psychose door het in kaart brengen van de risicofactoren. De factoren die in dit onderzoek worden onderzocht zijn depressie, angst en stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten.

Respondenten

Alle respondenten zijn tussen de 18 en 35 jaar oud. Er is geprobeerd om het bestaande UHR-sample zo veel mogelijk na te bootsen. Tijdens het On The Road onderzoek werd de leeftijdsgroep tussen 14 en 35 jaar oud gevraagd om deel te nemen. In het huidige onderzoek is er echter gekozen voor de leeftijdsgroep van 18 tot en met 35 jaar. Hier is voor gekozen omdat minderjarigen schriftelijke toestemming nodig hebben van een ouder of verzorger. Dit kost veel tijd en is met het oog op de online afname van de vragenlijsten niet haalbaar. Deze keuze is in overleg met de supervisor gemaakt.

De respondenten beheersten allen de Nederlandse taal en waren in staat om de vragenlijsten in te vullen. Geen van de respondenten heeft een psychotische stoornis. Dit is vastgesteld door de respondenten voordat de vragenlijst begon een zogenaamde *informed consent* voor te leggen. Door middel van de informed consent werden zij geïnformeerd over het onderzoek. Hier stond in vermeld dat mensen onder de 18 jaar en boven de 35 jaar uitgesloten zijn van deelname. Daarnaast zijn ook mensen geattendeerd op het feit dat mensen die in het verleden een psychotische stoornis hebben gehad of gediagnosticeerd zijn geweest met schizofrenie uitgesloten zijn van deelname aan het onderzoek. De volledige informed consent is te vinden in de bijlage 5.

De doelstelling was om op het gebied van opleidingsniveau een redelijke afspiegeling van de Nederlandse samenleving te bereiken binnen het populatiesample. Hiervoor is het Centraal Bureau voor Statistiek (2018) geraadpleegd. Om de Nederlandse bevolking binnen deze leeftijdscategorie goed te representeren betekent dit dat 12% van de respondenten laagopgeleid moest zijn, 40% middenopgeleid en 48% hoogopgeleid. De verdeling op de eigenschap geslacht moest zo ongeveer 50% man en 50% vrouw zijn. Het streven was om 100 respondenten te werven. In onderstaande tabel wordt de gewenste verdeling in getallen uitgedrukt.

Tabel 1 Gewenste verdeling van opleidingsniveau en geslacht van het populatiesample

	Laag	Midden	Hoog	Totaal
Man	6	20	24	50
Vrouw	6	20	24	50
Totaal	12	40	48	100

Werving

De respondenten zijn geworven via de sneeuwbalmethode. Dit houdt in dat er deelnemers zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer zij de vragenlijsten hadden voltooid, werd hen gevraagd mensen die zij kennen te vragen om ook deel te nemen aan het

onderzoek. De verschillende groepen respondenten die werden verzameld, zijn terug te vinden in tabel 1. Zo is bijvoorbeeld te zien dat het beoogde aantal laagopgeleide mannen in het populatiesample zes was. Wanneer er bleek dat er één van deze groepen binnen de respondenten ontbrak, werden zij op andere wijze gezocht en gevraagd de vragenlijst in te vullen. Dit was voor hoogopgeleide mannen het geval. Deze groep is benaderd door middel van het verspreiden van een poster op verschillende locaties van de Rijksuniversiteit Groningen. Er is gekozen voor het Academiegebouw, Harmoniegebouw en het Heymansgebouw om een breed scala van studierichtingen te kunnen bereiken. De gebruikte poster is te vinden in bijlage 6.

Instrumenten

Om deze factoren te onderzoeken is gebruik gemaakt van drie verschillende instrumenten, namelijk de DASS-21, LTE en IPPA. Hieronder zullen deze instrumenten elk afzonderlijk worden toegelicht. Daarnaast zal ook de BAL worden toegelicht, deze is gebruikt voor het in kaart brengen van de algemene gegevens zoals leeftijd.

DASS-21

De Depression Anxiety Stress Scale-21 (de Beurs, van Dyck & Marquenie, 2001) is een self-report vragenlijst met 21 items om depressie, angst en stress vast te stellen. De vragenlijst kan zelfstandig worden ingevuld. De DASS-21 is een verkorte versie van de DASS-42 met 7 vragen per subschaal. De vragenlijst meet deze domeinen los van elkaar maar kan ook gebruikt worden om een factor van algehele psychologische distress te berekenen. De maximum score op de subschalen is 42 per schaal en de maximale totaalscore is 126. De COTAN heeft de test beoordeeld met een goed op betrouwbaarheid en kwaliteit van het testmateriaal. Het instrument is als onvoldoende beoordeeld op de kwaliteit van de handleiding, normen, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit. Dit komt door het ontbreken van de handleiding en normgroepen en te weinig onderzoek naar de validiteit (COTAN, 2004).

De betrouwbaarheid van de DASS-21 is geanalyseerd met de Cronbach's Alpha. Deze laat acceptabele scores zien voor alle drie de subschalen (depressie, angst, en stress), in zowel klinische als non-klinische settings. Namelijk .82 voor depressie, .90 voor angst, en .93 voor stress. In tegenstelling tot de beoordeling van de COTAN is de validiteit van de DASS-21 in vervolgonderzoek als goed beoordeeld, zowel voor alle subschalen apart als voor de drie subschalen tezamen genomen (Henry & Crawford, 2005).

LTE

De Life Threatening Events (LTE; Rosmalen & Bos & De Jonge, 2012) is een self-report vragenlijst van 12 items. De vragenlijst meet life-events die hebben plaatsgevonden in het afgelopen jaar. Een voorbeeld hiervan is het verliezen van een ouder of een naaste. De items waaruit dit instrument bestaat, zijn geselecteerd op basis van hun langdurige consequenties voor degene het overkomt.

De validiteit van het instrument is als goed beoordeeld en kan gebruikt worden tijdens epidemiologische cohortstudies. De constructvaliditeit kan aangetoond worden aan de hand van de positieve associatie met psychologische distress (Rosmalen et al, 2012).

IPPA

De Inventory of Parent and Peer Attachment (Guarnieri, Ponti & Tani, 2010) is een self-report vragenlijst van 48 items. Deze vragenlijst is gemaakt om de kwaliteit van de relatie met ouders en/of ondersteunende omgeving te meten. Het theoretische kader van de IPPA is gebaseerd op de theorie van hechtingsstijlen. Deze theorie stelt dat iemand veilig of onveilig gehecht kan zijn aan zijn ouderfiguren. De IPPA meet echter niet de hechtingsstijl zelf, maar de drie factoren waar deze hechtingsstijl uit is opgebouwd. Deze drie factoren zijn tevens de constructen van de test, namelijk vertrouwen, communicatie en vervreemding. (Greenberg & Armsden, z.d.). Deze drie constructen worden zowel voor verbondenheid met vader, moeder als voor verbondenheid met leeftijdsgenoten berekend. De totaalscore van deze constructen geeft de mate van verbondenheid met vader, moeder en leeftijdsgenoten weer. De drie subschalen van dit instrument zijn dan ook: vader, moeder en leeftijdsgenoten.

Volgens Greenberg & Armsden (z.d.) is de IPPA een valide en betrouwbaar meetinstrument. De interne betrouwbaarheid, gemeten met Cronbach's Alpha, is .87 voor de verbondenheid met de moeder, .89 voor de verbondenheid met de vader, en .92 voor de verbondenheid met leeftijdsgenoten. Daarnaast is de IPPA ook valide; het is vergeleken met andere soortgelijke vragenlijsten, bijvoorbeeld vragenlijsten over gezinsfunctioneren. Hier is een correlatie te zien.

BAL

De BAL is een basisanamnese en de afkorting staat dan ook voor Basis Anamnese Lijst. Deze vragenlijst vraagt allerlei algemene gegevens uit. De gegevens die tijdens dit onderzoek worden gebruikt zijn: leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Overige gegevens kunnen relevant zijn voor eventueel vervolgonderzoek maar worden in het huidige onderzoek niet meegenomen.

Procedure

Er is gekozen voor online afname. Dit heeft een aantal voordelen. Enkele voordelen hiervan zijn bijvoorbeeld dat online vragenlijsten het mogelijk maken om bepaalde, voorheen lastig te bereiken, groepen te benaderen. Verder ervaren respondenten door online afname een gevoel van anonimiteit, waardoor ze eerlijker zijn en minder sociaal wenselijk antwoorden (Van de Vis, 2007). De respondenten ontvangen een link om de vragenlijst te openen. De link leidt naar een webpagina waar respondenten de vragenlijsten kunnen invullen en toestemming geven voor het gebruik van de data. De vragenlijsten zijn beschikbaar gesteld door middel van het programma Qualtrics (2019). De vragenlijst is per respondent slechts eenmaal in te vullen. De gegevens worden anoniem verwerkt. De respondenten krijgen een vergoeding ter waarde van 15 euro in de vorm van een bol.com waardebon. Hiervoor vullen zij hun naam en adres in. Deze gegevens worden verzameld door middel van een invulveld. Dit veld is te bereiken via een link aan het einde van de vragenlijst. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan de door de respondent ingevulde vragenlijst.

Analyses

De data die verzameld zijn via het programma Qualtrics (2019), zijn geëxporteerd naar SPSS versie 25. Dit is een programma om statische analyses uit te kunnen voeren. De analyses die zijn uitgevoerd, zijn de independent samples t-toets en/of Chi-kwadraattoets. Dit is afhankelijk van de verdeling van de data. Wanneer de data normaal verdeeld zijn, is er gebruik gemaakt van een independent samples t-toets. Wanneer dit niet het geval was, is de

Chi-kwadraattoets gebruikt. Er is gekeken in welke mate er significante verschillen zijn tussen de UHR-groep en het populatiesample.

DASS-21 bestaat uit de volgende subschalen: Depressie, Angst en Stress. Voor iedere subschaal en voor de totaalscore is de gemiddelde score van de UHR-groep en de gemiddelde score van het populatiesample berekend en vergeleken. Dit is gedaan door middel van een independent samples t-toets. De verwachting was dat de UHR-groep hoger zal scoren op alle schalen dan het populatiesample.

LTE bestaat uit de volgende subschalen: relatieproblemen, werk en financiële problemen, persoonlijke problemen en ziekte en sterfgevallen in nabijheid. Allereerst is er gekeken naar hoe vaak het voorkomt dat er wel of geen levensgebeurtenis is meegemaakt in het afgelopen jaar. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen wel of geen levensgebeurtenis maar werd het totaal aantal gerapporteerde levensgebeurtenissen buiten beschouwing gelaten. Dit betekent dat er twee categorieën zijn ontstaan namelijk wel of geen levensgebeurtenis hebben meegemaakt. Voor beide groepen is deze verdeling berekend. Daarna werd er door middel van een Chi-kwadraattoets gekeken of dit een significant resultaat geeft. De verwachting was dat de UHR-groep vaker één of meer levensgebeurtenissen zal hebben meegemaakt dan het populatiesample.

Daarnaast is er voor iedere subschaal van de LTE het gemiddelde aantal levensgebeurtenissen van de UHR-groep en het gemiddelde aantal levensgebeurtenissen van het populatiesample berekend. Deze zijn vergeleken door middel van een independent samples t-toets. De verwachting was dat de UHR-groep meer levensgebeurtenissen zal rapporteren dan het populatiesample.

IPPA bestaat uit de volgende subschalen: moeder, vader en leeftijdsgenoten. Iedere subschaal meet de volgende constructen: vertrouwen, communicatie en vervreemding. Voor iedere subschaal is de gemiddelde score van de UHR-groep en de gemiddelde score van het populatiesample berekend. Daarnaast is bij iedere subschaal van alle constructen ook een gemiddelde berekend voor de UHR-groep en het populatiesample. Al deze scores zijn vergeleken door middel van een independent samples t-toets. De verwachting was dat het UHR-sample lager zal scoren op vertrouwen en communicatie en hoger op vervreemding op alle subschalen dan het populatiesample.

Resultaten

Hieronder worden de resultaten van de analyses weergegeven. Allereerst worden de kenmerken van het populatesample besproken, vervolgens resultaten van de DASS-21 besproken. Gevolgd door de resultaten van de LTE en als laatste de resultaten van de IPPA.

Kenmerken populatesample

Het populatesample bestaat uit 101 mensen. De gemiddelde leeftijd is 22,7 jaar met een standaarddeviatie van 2,92. De verdeling van geslacht en opleidingsniveau wordt in tabel 2 weergegeven.

Tabel 2 Verdeling populatesample geslacht en opleidingsniveau

	Laag	Midden	Hoog	Anders/weet niet	Totaal
Man	4	20	20	0	44
Vrouw	2	23	32	0	57
Totaal	6	43	52	0	101

Kenmerken UHR-groep

De UHR-groep bestaat uit 63 mensen. De gemiddelde leeftijd is 23 met een standaarddeviatie van 5,19. De verdeling van het opleidingsniveau en geslacht wordt in de tabel 3 weergegeven.

Tabel 3 Verdeling UHR-groep geslacht en opleidingsniveau

	Laag	Midden	Hoog	Anders/weet niet	Totaal
Man	6	10	1	6	23
Vrouw	20	13	1	6	40
Totaal	26	23	2	12	63

Depressie, angst en stress

In tabel 4 worden de scores van het populatesample en de UHR-groep op de DASS-21 weergegeven door middel van een tabel. Zoals eerdergenoemd bestaat DASS-21 uit drie subschalen namelijk, Depressie, Angst en Stress met een maximum score van 42. De maximale totaalscore is 126. Om te berekenen of de verschillen significant zijn, is er een independent samples t-test uitgevoerd. Op de totaalschaal scoort de UHR-groep significant hoger ($M=57,53$, $SD=26,07$) dan het populatesample ($M = 9,03$, $SD = 9,52$, $t(150) = -16,67$, $p = < 0,001$) bij een alfa van 0,05.

Vervolgens zijn de scores op de schaal Depressie vergeleken en dit liet zien dat de UHR-groep significant hoger scoort ($M = 19,29$, $SD = 11,38$) dan het populatesample ($M= 2,90$, $SD= 4,07$, $t(150) = -12,93$, $p = < 0,001$) bij een alfa van 0,05. Voor de schaal Angst is ook een independent samples t-test uitgevoerd. Dit liet zien dat de UHR-groep significant hoger scoort ($M = 15,73$, $SD = 8,76$) dan het populatesample ($M = 4,24$, $SD = 2,63$, $t(150) = -14,41$, $p = < 0,001$). Als laatste is ook de schaal Stress geanalyseerd. De UHR-groep scoort

ook op deze schaal significant hoger ($M = 22,51$, $SD = 9,44$) dan het populatesample ($M = 3,96$, $SD = 4,01$, $t(150) = -16,98$, $p < 0,001$).

Levensgebeurtenissen

Allereerst is er aan de hand van de resultaten van de LTE gekeken hoe vaak het in beide groepen voorkomt dat er wel of geen levensgebeurtenis is ervaren in het afgelopen jaar. Hierin is het totale aantal levensgebeurtenissen buiten beschouwing gelaten. Om te berekenen of het verschil in deze verdeling significant is, is er een Chi-kwadraattoets uitgevoerd. Dit liet zien dat $X^2(1) = 24,10$, $p < 0,001$. Dit betekent dat bij een alfa van 0,05 het verschil in de verdeling van UHR-groep en het populatesample significant is. De uitkomst wordt ook weergegeven in de tabel 5.

Ter volledigheid is ook het aantal levensgebeurtenissen meegenomen. Hiervan kan namelijk een gemiddelde worden berekend. Er is een independent samples t-toets uitgevoerd om te kijken of het gevonden verschil tussen de gemiddelden significant is. Hierop scoort de UHR-groep significant hoger ($M=2,72$, $SD=1,93$) dan het populatesample ($M= 0,85$, $SD= 1,03$) bij een alfa van 0,05. De resultaten op de subschalen zijn ook significant. De scores op deze schalen zijn te vinden in tabel 4.

Verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten

Om verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten te meten is gebruik gemaakt van de IPPA. Deze vragenlijst bestaat uit drie subschalen, één over moeder, één over vader en één over leeftijdsgenoten. Binnen deze subschalen komen 3 constructen aan bod namelijk, vertrouwen, communicatie en vervreemding. De maximaal te behalen score van de onderdelen van de ouders is 16. Voor leeftijdsgenoten is de maximum score op Vertrouwen 8, communicatie 16 en Vervreemding 12. Dit levert 12 gemiddelden, standaarddeviaties en 6 significantieniveaus op en deze zijn te vinden in de tabel 4. Om te berekenen of deze verschillen significant zijn, is er gebruik gemaakt van een independent samples t-test. De meeste resultaten voor moeder en vader zijn niet significant. Uitzondering hierop zijn de constructen Vertrouwen bij beide ouders en Communicatie voor vader. Op vertrouwen in moeder scoort de UHR-groep significant lager ($M = 10,79$, $SD = 2,37$) dan het populatesample ($M = 14,48$, $SD = 2,04$, $t(145) = 9,75$, $p = 0,028$) bij een alfa van 0,05. Op vertrouwen in vader scoort de UHR-groep significant lager ($M = 10,50$, $SD = 2,38$) dan het populatesample ($M = 12,15$, $SD = 1,52$, $t(138) = 4,94$, $p < 0,001$). Op communicatie met vader scoort de UHR-groep significant lager ($M = 9,55$, $SD = 2,87$) dan het populatesample ($M = 10,27$, $SD = 3,65$, $t(138) = 1,16$, $p = 0,017$). Op de schaal verbondenheid met leeftijdsgenoten zijn alle verschillen significant. De UHR-groep scoort op deze subschaal en alle constructen significant lager dan het populatesample. Alle resultaten zijn te vinden in tabel 4.

Tabel 4 Overzicht van resultaten

Resultaten DASS-21					
	M UHR (sd)	M Populatie (sd)	t	Sig	df
Totaal	57,53 (26,07)	9,03 (9,52)	-16,67	p < 0,001	150
Depressie	19,29 (11,38)	2,90 (4,07)	-12,93	p < 0,001	150
Angst	15,73 (8,76)	4,24 (2,63)	-14,41	p < 0,001	150
Stress	22,51 (9,44)	3,96 (4,01)	-16,98	p < 0,001	150
Resultaten LTE					
	M UHR (sd)	M Populatie (sd)	t	Sig	df
Totaal	2,72 (1,93)	0,85 (1,03)	-7,76	p < 0,001	149
Relatieproblemen	0,57 (0,73)	0,24 (0,47)	-3,38	p < 0,001	150
Werk en financiën	0,45 (0,70)	0,14 (0,42)	-3,41	p < 0,001	150
Persoonlijke problemen	0,82 (0,79)	0,34 (0,59)	-4,27	0,002	150
Ziekte en sterfte	0,57 (0,73)	0,09 (0,33)	-5,47	p < 0,001	150
Resultaten IPPA Moeder					
	M UHR (sd)	M Populatie (sd)	t	Sig	df
Totaal	30,91 (4,47)	41,22 (6,28)	10,18	0,058	145
Vertrouwen	10,79 (2,37)	14,48 (2,04)	9,75	0,028	145
Communicatie	10,19 (2,37)	12,26 (3,05)	4,14	0,082	145
Vervreemding	9,94 (1,83)	14,47 (1,85)	14,04	0,852	145
Resultaten IPPA Vader					
	M UHR (sd)	M Populatie (sd)	t	Sig	df
Totaal	31,11 (6,04)	36,69 (6,23)	4,97	0,623	138
Vertrouwen	10,50 (2,38)	12,15 (1,52)	4,94	p < 0,001	138
Communicatie	9,55 (2,87)	10,27 (3,65)	1,16	0,017	138
Vervreemding	11,07 (2,26)	14,28 (2,23)	7,88	0,753	138

Resultaten IPPA Leeftijdsgenoten					
	M UHR (sd)	M Populatie (sd)	t	Sig	df
Totaal	28,73 (4,88)	31,30 (1,96)	3,95	p < 0,001	109
Vertrouwen	6,92 (1,40)	7,64 (0,69)	3,61	p < 0,001	109
Communicatie	11,54 (2,35)	12,55 (1,18)	3,02	p < 0,001	109
Vervreemding	10,27 (1,71)	11,11 (0,99)	3,27	p < 0,001	109

Tabel 5 LTE: Verdeling wel/geen levensgebeurtenis en uitkomst Chi-kwadraat

	UHR-groep	Populatiesample	Totaal
Geen levensgebeurtenis	4 (8%)	49 (48,5%)	53 (35%)
Wel een levensgebeurtenis	46 (92%)	52 (51,5%)	98 (65%)
Totaal	50	101	151
	X ²	df	Sig
Uitkomst Chi-kwadraat	24,1	1	p < 0,001

Conclusie

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten van dit onderzoek weergegeven. In dit hoofdstuk zullen deze resultaten worden geïnterpreteerd en worden toegelicht. Net zoals in het vorige hoofdstuk zullen eerst de resultaten van de DASS-21 worden besproken, vervolgens van de LTE en als laatste van de IPPA.

Depressie, angst en stress.

De resultaten van de depressie schaal lieten zien dat de UHR-groep gemiddeld significant hoger scoorde dan het populatiesample. Dit betekent dat de mensen met een verhoogd risico op psychose meer depressieve klachten rapporteren. Hierdoor kan worden gezegd dat mensen met een verhoogd risico op psychose meer last hebben van depressie dan de mensen uit de gewone bevolking. Deze uitkomst is in lijn met de hypothese die van tevoren was opgesteld op basis van eerder onderzoek. Zoals genoemd in de inleiding bleek uit het onderzoek van Yung et al. (2007) dat er een duidelijk verband is tussen depressie en het risico op het ontwikkelen van een psychose. De uitkomst van het huidige onderzoek sluit hier dan ook bij aan doordat mensen met een UHR-status meer depressieklachten rapporteerden. Het verschil tussen het huidige onderzoek en het onderzoek van Yung et al. (2007) is dat de respondenten van het huidige onderzoek niet gediagnostiseerd zijn met depressie volgens de DSM-criteria. Er is dus gekeken naar het aantal depressieve klachten en dit liet zien dat er ook een verband is tussen het aantal depressieklachten en het ontwikkelen van een verhoogd risico op psychose. Verder gaven Yung et al. (2007) aan dat het belangrijk is om een stemmingsvragenlijst af te nemen om het risico op het ontwikkelen van een psychose in kaart te brengen. Op basis van de uitkomst van het huidige onderzoek wordt dit advies ondersteund. De resultaten doen vermoeden dat een verhoogd aantal depressieve klachten een risicofactor is voor het ontwikkelen van een verhoogd risico op psychose.

De resultaten van de angst schaal lieten zien dat de UHR-groep gemiddeld significant hoger scoorde dan het populatiesample. Dit betekent dat mensen met een verhoogd risico op psychose meer angstklachten rapporteren en dus meer last hebben van angstproblemen dan mensen uit de gewone bevolking. Deze uitkomst is in lijn met de hypothese die van tevoren was opgesteld naar aanleiding van eerder onderzoek. Appelo en Van der Gaag (1998) lieten zien dat er een duidelijk verband is tussen angst- en paniekstoornissen en psychose. Wanneer iemand één van deze stoornissen heeft, is de kans om psychose te ontwikkelen groter. Het huidige onderzoek laat zien dat er ook een verband is tussen het aantal angstklachten en een verhoogd risico op psychose. Het gaat hier om angstklachten en niet om gediagnosticeerde angst- en paniekstoornissen zoals beschreven in de DSM-5. Op basis van het huidige onderzoek kan worden gezegd dat een verhoogd aantal angstklachten mogelijk een voorspeller is voor het ontwikkelen van een verhoogd risico op psychose.

De resultaten van de stress schaal lieten zien dat de UHR-groep gemiddeld significant hoger scoorde dan het populatiesample. Dit betekent dat mensen met een verhoogd risico op psychose meer stressklachten rapporteren en daardoor ook meer last hebben van stress dan mensen uit de gewone bevolking. Deze uitkomst komt overeen met de hypothese die vooraf was opgesteld op basis van eerdere literatuur. Uit onderzoek van Van der Gaag &

Valmaggia (2012) bleek dat op het moment dat iemand in verhoogde mate werd blootgesteld aan stress dit samenging met het ontwikkelen van een psychose. Het huidige onderzoek laat zien dat er een verband is tussen een verhoogd aantal stressklachten en het risico op het ontwikkelen van een psychose. Een verhoogd aantal stressklachten zou mogelijk een risicofactor kunnen zijn.

Levensgebeurtenissen

Zoals beschreven in tabel 5 had slechts 8% van de mensen uit de UHR-groep geen levensgebeurtenis meegemaakt in het afgelopen jaar tegenover 48% van het populatesample zonder levensgebeurtenis. Aan de hand van deze bevinding is besloten een Chi-kwadraattoets uit te voeren en dit liet zien dat dit verschil significant is. Daarnaast is het gemiddelde aantal levensgebeurtenissen berekend en hier is een independent samples t-toets op uitgevoerd. Dit bracht aan het licht dat de UHR-groep gemiddeld significant meer levensgebeurtenissen in alle categorieën heeft ervaren in het afgelopen jaar dan het populatesample. Dit betekent dat mensen met een verhoogd risico op psychose vaker en meer levensgebeurtenissen rapporteren en dus meer levensgebeurtenissen meemaken gekeken naar een periode van één jaar. Dit was van tevoren ook voorspeld naar aanleiding van eerder onderzoek. Bebbington et al. (1993) vonden in 1993 al dat er opvallend meer levensgebeurtenissen hadden plaatsgevonden drie maanden voordat een psychose zich manifesteerde. Gekeken naar een periode van één jaar kan ditzelfde worden gezegd voor het hebben van een verhoogd risico op psychose. Om het risico op het ontwikkelen van een verhoogd risico op psychose vast te stellen, is het nuttig zijn om het aantal levensgebeurtenissen in het afgelopen jaar uit te vragen. Hierin hoeft geen onderscheid te worden gemaakt tussen verschillende soorten levensgebeurtenissen. Op basis van deze resultaten bestaat het vermoeden dat een groter aantal levensgebeurtenissen een risicofactor is om een UHR-status te ontwikkelen.

Verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten

De uitkomst van de IPPA liet een meer divers beeld zien. Zo waren de meeste verschillen binnen de subschalen niet significant. De resultaten die wel significant waren, zijn Vertrouwen bij moeder en Communicatie en Vertrouwen bij vader. Dit betekent dat de UHR-groep minder vertrouwen heeft in de moeder dan het populatesample. Daarnaast heeft de UHR-groep ook minder vertrouwen in de vader en een slechtere communicatie met de vader dan het populatesample. Hieruit kan worden geconcludeerd dat mensen met een verhoogd risico op psychose minder vertrouwen hebben in hun moeder en vader en dat de communicatie met vader ook minder goed is. De verwachting was dat de verbondenheid met beide ouders minder goed zou zijn bij de UHR-groep dan bij het populatesample. Dit verband is niet gevonden. De verwachting was gebaseerd op eerder onderzoek van Gajwani et al. (2013). Hierin was vastgesteld dat 80% van de mensen met een UHR-status onveilig gehecht is. Er is geen verband gevonden tussen het hebben van een UHR-status en de algehele verbondenheid met ouders. Dit kan te maken hebben met het feit dat verbondenheid en hechting twee verschillende begrippen zijn, waardoor de resultaten niet geheel overeenkomen. Het is daardoor op basis van het huidige onderzoek niet noodzakelijk om een vragenlijst gericht op verbondenheid met ouders af te nemen wanneer het risico op psychose wordt vastgesteld.

Naast de verbondenheid met ouders meet de IPPA ook de verbondenheid met leeftijdsgenoten. Hieruit kwam naar voren dat alle verschillen binnen de subschalen en de

totaalschaal significant zijn. Dit betekent dat de UHR-groep minder vertrouwen in, minder goede communicatie met en meer vervreemding van hun leeftijdsgenoten heeft dan het populatesample. Hieruit kan worden geconcludeerd dat mensen met een verhoogd risico op psychose minder verbonden zijn met hun leeftijdsgenoten dan mensen uit de gewone bevolking. Dit is in lijn met vooraf uitgesproken verwachting op basis van de literatuur. Uit onderzoek van Kullik en Petermann (2013) bleek dat de mate van verbondenheid aan zowel ouders als leeftijdsgenoten gerelateerd is aan het ontwikkelen van een depressieve stoornis. In het huidige onderzoek is eenzelfde soort verband gevonden voor psychose. Uit de resultaten bleek dat mensen met een verhoogd risico op psychose significant minder verbonden zijn aan hun leeftijdsgenoten dan mensen zonder UHR-status. Het is daarom aan te raden om de verbondenheid met leeftijdsgenoten in kaart te brengen, wanneer het risico op het ontwikkelen van een psychose wordt vastgesteld.

Discussie

De resultaten van dit onderzoek moeten in de context worden geplaatst. Net als ieder ander onderzoek heeft ook dit onderzoek zijn beperkingen. Deze beperkingen zullen hieronder worden uitgelicht.

Allereerst is het zinvol om te benoemen dat er een behoorlijk verschil is tussen het opleidingsniveau van de UHR-groep en het populatiesample. Het populatiesample is aanzienlijk hoger opgeleid dan de UHR-groep. Dit was enigszins te verwachten omdat tijdens het On The Road onderzoek ook mensen tussen de 14 en 18 jaar geïnccludeerd zijn. In deze leeftijdscategorie is een lager opleidingsniveau te verwachten is omdat men vaak nog op de middelbare school zit of net aan een vervolgopleiding is begonnen. Het verschil in de verdeling van het opleidingsniveau zou de resultaten eventueel kunnen beïnvloeden. Er is bekend dat depressie een verband heeft met de sociaaleconomische status. Zo laten cijfers van het CBS (2014) zien dat mensen met een lager opleidingsniveau vaker een zelf-gerapporteerde depressie hebben. Gezien het feit dat er minder laagopgeleiden in het populatiesample zijn opgenomen, zou dit het verschil tussen de UHR-groep en het populatiesample extremer kunnen maken. Er wordt echter verwacht dat het effect beperkt is omdat bij het verzamelen van het populatiesample geprobeerd is om de verdeling van het opleidingsniveau zoals deze in Nederland is, te behalen. De verdeling bestaat nu eenmaal uit meer midden- en hoogopgeleiden. De poging om deze verdeling aan te houden, is tot op zekere hoogte geslaagd. Het bleek lastig om mensen met een lager opleidingsniveau bereid te vinden om de vragenlijsten in te vullen. De beschikbaar gestelde vergoeding van 15 euro in de vorm van een bol.com waardebon heeft ervoor gezorgd dat er meer mensen bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek, maar niet zoveel mensen met een lager opleidingsniveau als gehoopt.

De groep met middenopgeleide mensen bestaat uit voornamelijk uit mensen die op dit moment bezig zijn met een hbo- of wo-bachelor. Hierdoor is de hoogste opleiding die afgerond is met een diploma havo, vwo of mbo-opleiding. Dit betekent dat over een aantal jaren deze groep een bacheloropleiding zal hebben afgerond. Wanneer een respondent een bacheloropleiding heeft afgerond, wordt diegene in dit onderzoek tot hoogopgeleid gerekend. Dit is niet te voorkomen omdat opleidingsniveau geen statische variabele is. Het kan niet van de respondenten worden verwacht dat zij nooit meer een opleiding van een hoger niveau zullen afronden. Van het UHR-sample is niet bekend of zij op dit moment nog met een opleiding bezig zijn. Dit maakt het inschatten van het effect van dit verschil lastig omdat het niet bekend is of het opleidingsniveau van het UHR-sample over de jaren ook nog zou kunnen veranderen.

Daarnaast is het mogelijk dat niet alle respondenten de vragen naar waarheid hebben ingevuld. Het is geprobeerd om dit te beperken door de respondenten te informeren over de onderwerpen van de vragenlijsten en het belang van het naar waarheid invullen hiervan. De vragenlijsten snijden soms persoonlijke en emotioneel beladen onderwerpen aan. Hiervoor zijn de respondenten gewaarschuwd door middel van de *informed consent*. Door hiermee akkoord te gaan, verklaren de respondenten ook om de vragen naar waarheid te beantwoorden. Echter geeft dit niet de garantie dat alle vragen ook daadwerkelijk naar waarheid zijn ingevuld. Helaas zijn er niet meer mogelijkheden om dit risico te verkleinen.

Vervolgens zou het kunnen dat de respondenten de vragen onjuist hebben geïnterpreteerd. Dit kan komen door leesfouten of door het verkeerd begrijpen van de tekst. Een voorbeeld hiervan is de stelling *'Ik ben niet meer geïnteresseerd in de dingen die ik vroeger leuk vond'* uit de DASS-21. Het is mogelijk om deze vraag onjuist te interpreteren. Zo zou iemand kunnen terugdenken aan zijn kindertijd en tot de conclusie kunnen komen dingen van toen niet meer leuk te vinden. De stelling wordt gebruikt om depressie op te sporen en doelt op dingen uit het recentere verleden. Dit zou de resultaten kunnen vertekenen. Het is door de online afname niet mogelijk om vragen over hetgeen waar de vraag op doelt, te kunnen stellen. Hierdoor is het niet mogelijk om deze fouten te voorkomen. De mensen uit de UHR-groep kunnen dezelfde lees- en interpretatiefouten maken waardoor de vertekening waarschijnlijk beperkt blijft. Zij hadden namelijk ook niet de mogelijkheid om hier vragen over te stellen gezien de afname voor hen ook grotendeels online heeft plaatsgevonden.

Als laatste zijn de meeste respondenten afkomstig uit Noord-Nederland gezien de werving vooral vanuit Groningen heeft plaatsgevonden. De mensen van de UHR-groep komen ook voornamelijk uit Noord-Nederland. Hierdoor is dit voor het huidige onderzoek geen probleem, maar dit maakt dat resultaten uit het huidige onderzoek wellicht niet gegeneraliseerd kunnen worden naar heel Nederland.

Vervolgonderzoek

In eventueel vervolgonderzoek is het aan te raden om longitudinaal onderzoek te doen naar deze onderwerpen. Zo kan worden vastgesteld of depressie, angst en stress, levensgebeurtenissen en verbondenheid met leeftijdsgenoten daadwerkelijk risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van psychose. In dit onderzoek kan alleen een vermoeden worden uitgesproken omdat niet bekend is of de mensen uit de UHR-groep uiteindelijk een psychose hebben gekregen of nog zullen krijgen. Hiervoor zou het nodig zijn om mensen langer te volgen.

Ten tweede wordt aangeraden om de vragenlijsten die tijdens dit onderzoek omwille van de beperkte tijd niet geanalyseerd zijn, alsnog te analyseren. Hieruit zouden ook relevante resultaten naar voren kunnen komen waardoor er nog meer bekend wordt over risicofactoren om een UHR-status of psychose te ontwikkelen.

Daarnaast is het tijdens dit onderzoek niet gelukt om minderjarigen te includeren. Binnen de UHR-groep zijn er wel een aantal mensen tussen de 14 en 18 jaar geïnccludeerd. Dit zou een goede aanvulling zijn op nu al bestaande database. Verder is het zoals eerdergenoemd niet gelukt om veel mensen met een laag opleidingsniveau te werven. In eventueel vervolgonderzoek zou het raadzaam zijn om hier meer aandacht aan te besteden zodat deze groep groter is.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Appelo, M. T., & van der Gaag, M. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij psychosen/druk 1/ING (Vol. 9). Bohn Stafleu Van Loghum.

Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B., & Lewis, S. (1993). Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), 72-79.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. II: Separation. Harmondsworth: Penguin.

Centraal Bureau voor Statistiek (2014) *Meer dan 1 miljoen Nederlanders had depressie*. Geraadpleegd op 15 mei 2019 van, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/04/meer-dan-1-miljoen-nederlanders-had-depressie>

Centraal Bureau voor Statistiek (2018) *Statline: bevolking; onderwijsniveau; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond*. Geraadpleegd op 28 februari 2019, <https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLnl&PA=82275NED&LA=nl>

Clark, L. A. & Watson, D. (1991). A tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, (100), 316-336.

De Beurs, E., Van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34(1), 35-54.

Gajwani, R., Patterson, P., & Birchwood, M. (2013). Attachment: developmental pathways to affective dysregulation in young people at ultra-high risk of developing psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 52 (4), 424-437.

GGZ Standaarden. (z.d.). *Zorgstandaarden Psychose*. Geraadpleegd op 23 februari 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/specifieke-omschrijving-psychotische-stoornissen>

Greenberg, M.T., Armsden, G. (z.d). Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA). *College of Health and Human Development*. Penn State University.

Guarnieri, S., Ponti, L., & Tani, F. R. A. N. C. A. (2010). The inventory of parent and peer attachment (IPPA): A study on the validity of styles of adolescent attachment to parents and peers in an Italian sample. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(3), 103-130.

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.

- Ising, H.K. (2017) *Early detection, stage-dependent profiling and proactive intervention in patients at ultra-high risk for psychosis*. Doctorale thesis psychologie. Amsterdam: Vrije universiteit. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/55313?show=full>
- Rosmalen, J. G. M., Bos, E. H., & De Jonge, P. (2012). Validation of the Long-term Difficulties Inventory (LDI) and the List of Threatening Experiences (LTE) as measures of stress in epidemiological population-based cohort studies. *Psychological Medicine*, 42(12), 2599-2608.
- Kullik, A., & Petermann, F. (2013). Attachment to parents and peers as a risk factor for adolescent depressive disorders: The mediating role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(4), 537-548.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). Zorgstandaard Psychose. Geraadpleegd op 17 april 2019 van, <https://www.vgct.nl/stream/zs-psychose>
- Loewy, R. L., Bearden, C. E., Johnson, J. K., Raine, A., & Cannon, T. D. (2005). The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophrenia research*, 79(1), 117-125.
- Qualtrics, L. L. C. (2014). Qualtrics [software]. Utah, USA: Qualtrics.
- Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 346, f185.
- Trimbos-instituut. (2014) Preventie van een eerste psychose werkt en is kosteneffectief. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/preventie-van-een-eerste-psychose-werkt-en-is-kosteneffectief>
- Trotta, A., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 45(12), 2481-2498.
- Van der Gaag, M., Ising, H., Lokkerbol, J., & Smit, F. (2016). Prognostisch modelleren en proactieve interventie bij psychose: effectiviteit en kosteneffectiviteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 695-699.
- Van der Gaag, M., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Amsterdam: Boom uitgevers
- Van de Vis, H. C. (2007). *De invloed van afnamevorm en afnameconditie op de uitslag van een intelligentietest*. Masterthese. Enschede: Universiteit Twente
- Van Os J, & Kapur S (2009). Schizophrenia. *Lancet* 274: 635-45.
- Von Reventlow, H. G., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Patterson, P., Heinimaa, M., Dingemans, P., ... & Huttunen, J. (2006). 0180 PATTERNS OF DEPRESSION IN SUBJECTS PUTATIVELY AT RISK FOR PSYCHOSIS. *Schizophrenia Research*, (86), S87.

Volksgezondheid en Zorg. (2011). *Stemmingsstoornissen cijfers & context*. Geraadpleegd op 27 maart 2019, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/stemmingsstoornissen/cijfers-context/huidige-situatie>

Volksgezondheid en Zorg. (2019). *Ranglijst aandoeningen op basis van zorgkosten*. Geraadpleegd op 10 maart 2019, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-zorgkosten>

Yung, A. R., Buckby, J. A., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J., Baker, K., Cotton, S. M., & McGorry, P. D. (2007). Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia research*, 91(1-3), 246-253.

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., ... & Godfrey, K. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 964-971.

Ypsilon. (2013) *Feiten en cijfers over psychose*. Geraadpleegd op 23 februari 2019, van <https://www.ypsilon.org/feiten-en-cijfers>

BIJLAGEN

Bijlage 1 Toelichting instrumentkeuze

Tabel 2 Gekozen instrumenten

Instrument	Reden
DASS-21	De DASS-21 meet depressie, angst en stress. Uit literatuuronderzoek is gebleken dat deze factoren vaak samengaan met psychose. Het is daarom nuttig om deze factoren in kaart te brengen in relatie tot een verhoogd risico op psychose.
LTE	De LTE meet het aantal levensgebeurtenissen dat iemand in het afgelopen jaar heeft meegemaakt. Uit literatuuronderzoek bleek dat een verhoogd aantal levensgebeurtenissen een voorbode kan zijn voor het krijgen van een psychose. Het is daarom nuttig om deze factoren in kaart te brengen in relatie tot een verhoogd risico op psychose.
IPPA	De IPPA meet verbondenheid met ouders en leeftijdsgenoten. Uit literatuuronderzoek kwam naar voren dat 80% van de mensen met een UHR-status onveilig gehecht zijn. Dit roept de vraag op of er ook een verband is tussen de verbondenheid en een UHR-status.

* Een uitgebreide uitleg over de instrumenten die wel gekozen zijn, is te vinden in de hoofdstukken inleiding en methode. Dit geldt voor de DASS-21, LTE en IPPA.

Tabel 3 Niet gekozen instrumenten

Instrument	Reden
BAL	De BAL verzamelt alleen maar algemene gegevens. Deze geven minder inzicht in mogelijke risicofactoren om een verhoogd risico op psychose te ontwikkelen.
DSM-Screener	De DSM-Screener meet de eventuele aanwezigheid van veel verschillende aandoeningen. Dit aan de hand van ongeveer 2 vragen per aandoening. Hierdoor is de informatie minder diepgaand dan andere vragenlijsten die zich op een of een aantal specifieke aandoeningen richt, zoals de DASS-21.
PQ-16	De PQ-16 screent op symptomen van psychose en schizofrenie. Het populatesample bestaat uit mensen zonder psychotische stoornis en daarom wordt er niet verwacht dat dit relevante informatie oplevert.
WHODAS	De WHODAS gaat in op gezondheid en eventuele problemen hiermee in de afgelopen 30 dagen. Gezien het populatesample tussen de 18 en 35 jaar oud is en de UHR-groep tussen de 14 en 35 jaar oud is, wordt verwacht dat zij vrij vitaal zijn. Mocht de UHR-groep enigszins aangeven wel dit soort klachten te hebben, zal het resultaat hiervan meteen vrij extreem zijn. Daarom wordt verwacht dat deze

	vragenlijst minder relevante informatie oplevert dan andere vragenlijsten. Daarnaast zijn de vragen van de WHODAS soms wat lastig om juist te interpreteren. Om deze redenen is de vragenlijst niet gekozen om te analyseren.
ASRM	De ASRM screent op eventuele manische episoden. Manische episoden zijn een kenmerk van een bipolaire stoornis. In Nederland heeft 7 op de 1000 (0,7%) mensen een bipolaire stoornis (Volksgezondheid en Zorg, 2011). Gezien het populatesample uit 100 mensen bestaat, wordt daarom verwacht dat er niet veel mensen zullen aangeven deze klachten te hebben. Mocht de UHR-groep ook maar enigszins aangeven wel dit soort klachten te hebben, zal het resultaat hiervan meteen vrij extreem zijn. Daarom wordt verwacht dat deze vragenlijst minder relevante informatie oplevert dan andere vragenlijsten.
SCOFF	De SCOFF wordt gebruikt in aanvullend onderzoek ter invulling van Vrije Ruimte en wordt daarom in dit onderzoek niet behandeld.
EULAST	De EULAST gaat over zelfbeschadiging en agressief gedrag. De verwachting is dat mensen deze vragenlijst sociaal wenselijk beantwoorden en waardoor er weinig mensen zullen zijn die aangegeven zichzelf te beschadigen. Dit kan een vertekend beeld geven en het is dan niet mogelijk een goede toetsing uit te voeren.
SPHERE	De SPHERE gaat in op gezondheid en eventuele problemen hiermee. Gezien de populatie tussen de 18 of 14 en 35 jaar oud is, wordt verwacht dat deze nog vrij vitaal is en daarom is deze vragenlijst minder relevant is dan andere vragenlijsten. Daarbij is er over de psychometrische kenmerken van deze vragenlijst niet veel vinden op internet. Dit maakt dat er niet voor deze vragenlijst is gekozen.
WHOQOL	De WHOQOL is een vragenlijst die de kwaliteit van leven meet. De lijst bestaat uit één vraag en daarom zijn er weinig analyses mogelijk. Dit is de reden geweest om deze niet de onderzoeken.
JVT	De JVT gaat over traumatische ervaringen tijdens de jeugd. De verwachting is dat mensen deze vragenlijst sociaal wenselijk zullen beantwoorden en waardoor er weinig mensen zullen zijn die aangeven zulke ervaringen te hebben. Dit kan een vertekend beeld geven en het is dan niet mogelijk een goede toetsing uit te voeren.
TAS-20	De TAS-20 meet alexithymie. Dit is niet geassocieerd als psychische stoornis in de DSM 5 en kan daarom erg variëren van persoon tot persoon. Hierdoor is het lastig om hier goed gefundeerde uitspraken over te doen en dit zou vertekend beeld op kunnen leveren.

Bijlage 2 DASS-21 vragenlijst

De DASS is self-report lijst met 21 items en meet depressie, angst en stress. Het is een verkorte versie van Lovibond and Lovibon's (1995) originele DASS 42-item meetlijst.

DASS-21; Henry & Crawford, 2005

Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de afgelopen week voor u van toepassing was door een nummer te omcirkelen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk.

De nummers hebben deze betekenis:

0 = Helemaal niet of nooit van toepassing

1 = Een beetje of soms van toepassing

2 = Behoorlijk of vaak van toepassing

3 = Zeer zeker of meestal van toepassing

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Ik vond het moeilijk tot rust te komen nadat iets me overstuur had gemaakt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Ik transpireerde merkbaar (bijv. zweethanden) terwijl het niet warm was en ik me niet inspande | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Ik was niet in staat om enig plezier te hebben bij wat ik deed | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Ik had moeite met ademen (bijv. overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te gaan doen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Ik had de neiging om overdreven te reageren op situaties | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Ik merkte dat ik beefde (bijv. met de handen) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Ik was erg opgefokt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek zou raken en mezelf belachelijk zou maken | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Ik merkte dat ik erg onrustig was | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Ik vond het moeilijk me te ontspannen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Ik voelde me somber en zwaarmoedig | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande (bijv. het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Ik was angstig zonder enige reden | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had | 0 | 1 | 2 | 3 |

Bijlage 3 LTE vragenlijst

Life-events self-reportlijst van 12 vragen.

Traolach Brugha; Paul Bebbington, Christopher Tennant

and Jane Hurry *From the MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, London Psychological Medicine*, 1985, 15, 189-194

LTE; Rosmalen, Bos, & de Jonge, 2012

Vragen over stress in uw leven

In de volgende vragenlijst worden onplezierige gebeurtenissen genoemd.

Wilt u aangeven of u deze in het afgelopen jaar hebt meegemaakt?

1. U was ernstig ziek, ernstig gewond of slachtoffer van geweld.

Ja/Nee

2. Een naast familielid werd ernstig ziek, ernstig gewond of slachtoffer van geweld.

Ja/Nee

3. Een ouder, kind, broer, zus of partner overleed.

Ja/Nee

4. Een goede vriend of naast familielid overleed.

Ja/Nee

5. Uw partner en u gingen uit elkaar.

Ja/Nee

6. U verbrak een langdurige vriendschap met een goede vriend of familielid.

Ja/Nee

7. U kreeg een ernstig probleem met een goede vriend, familielid of buur.

Ja/Nee

8. U werd werkloos of zocht vergeefs naar werk.

Ja/Nee

9. U werd ontslagen.

Ja/Nee

10. U kwam voor ernstige financiële moeilijkheden te staan.

Ja/Nee

11. Door overtreding kwam u in aanraking met politie of rechtbank.

Ja/Nee

12. Door diefstal of verlies raakte u geld of iets waardevols kwijt.

Ja/Nee

13. Zijn u nog andere belangrijke ernstige negatieve gebeurtenissen overkomen?

Ja/Nee

Bijlage 4 IPPA vragenlijst

De IPPA is een selfreportlijst van 48/45 vragen, gemaakt om de kwaliteit van de relatie met ouders en/of ondersteunende omgeving in kaart te brengen. De lijst meet of iemand veilig of onveilig gehecht is.

Noom, Deković, & Meeus, 1999

IPPA (kind)

De volgende vragen gaan over jou en je moeder. Als je geen contact hebt met je moeder kun je de vragen ook invullen over iemand die afgelopen jaar voor jou een rol als moeder had. Lees de zinnen goed door en kruis het juiste antwoord aan.

1	Heb je het afgelopen jaar contact gehad met je biologische moeder?	☐ ja (door naar vraag 3) ☐ nee (door naar vraag 2) - ze is overleden - ik heb haar niet gekend - we hebben geen contact meer
2	Is er een andere vrouw die voor jou als een moeder is?	☐ ja, namelijk - Mijn adoptiemoeder - De vrouw of vriendin van mijn vader - Mijn pleegmoeder - Anders namelijk [open veld] ☐ nee (ga naar vraag 17)
3	Wonen jij en je moeder in hetzelfde huis?	☐ ja, (vrijwel) alle dagen ☐ ja, en ik woon deels ergens anders ☐ nee
4	Hoe vaak heb je contact met je moeder?	☐ (bijna) elke dag ☐ (bijna) elke week ☐ (bijna) elke maand ☐ ongeveer 1x per 2 maanden ☐ ongeveer 1x per 3 of 4 maanden ☐ één of twee keer per jaar

De volgende vragen gaan ook over jou en je moeder (of moederfiguur). Lees de zin goed en geef aan of die zin **bijna altijd** waar is, **vaak** waar is, **soms** waar of **bijna nooit** waar is.

(Als je geen moeder(figuur) hebt, kun je deze vragen natuurlijk overslaan.)

		Bijna altijd	Vaak	Soms	Bijna nooit
5	Mijn moeder heeft haar eigen zorgen, dus val ik haar niet lastig met mijn problemen.	☐	☐	☐	☐
6	Ik krijg te weinig aandacht van mijn moeder.	☐	☐	☐	☐
7	Mijn moeder accepteert mij zoals ik ben.	☐	☐	☐	☐
8	Als mijn moeder weet dat ik met iets zit, dan vraagt ze dat aan mij.	☐	☐	☐	☐
9	Ik vertel mijn moeder over mijn problemen en zorgen.	☐	☐	☐	☐
10	Ik wou dat ik een andere moeder had.	☐	☐	☐	☐

11	Ik word makkelijk boos op mijn moeder.	☐	☐	☐	☐
12	Mijn moeder respecteert mijn gevoelens.	☐	☐	☐	☐
13	Ik ben boos op mijn moeder.	☐	☐	☐	☐
14	Mijn moeder helpt mij om mezelf beter te begrijpen.	☐	☐	☐	☐
15	Als ik over mijn problemen praat met mijn moeder voel ik me beschaamd of stom.	☐	☐	☐	☐
16	Als ik ergens boos over ben, probeert mijn moeder dat te begrijpen.	☐	☐	☐	☐

De volgende vragen gaan over jou en je vader (of andere mannelijke opvoeder). Lees de zinnen goed door en kruis het juiste antwoord aan.

17	Heb je het afgelopen jaar contact gehad met je biologische vader?	☐ ja (door naar vraag 3) ☐ nee (door naar vraag 2) - hij is overleden - ik heb hem niet gekend - we hebben geen contact meer
18	Is er een andere man die voor jou als een vader is?	☐ ja, namelijk - Mijn adoptievader - De man of vriend van mijn moeder - Mijn pleegvader - Anders namelijk [open veld] - ☐ nee (ga naar vraag 33)
19	Wonen jij en je vader in hetzelfde huis?	☐ ja, (vrijwel) alle dagen ☐ ja, en ik woon deels ergens anders ☐ nee
20	Hoe vaak heb je contact met je vader?	☐ (bijna) elke dag ☐ (bijna) elke week ☐ (bijna) elke maand ☐ ongeveer 1x per 2 maanden ☐ ongeveer 1x per 3 of 4 maanden ☐ één of twee keer per jaar

De volgende vragen gaan ook over jou en je vader (of andere mannelijke opvoeder). Lees de zin goed en geef aan of die zin **bijna altijd** waar is, **vaak** waar is, **soms** waar of **bijna nooit** waar is.

(Als je geen vader(figuur) hebt, kun je deze vragen natuurlijk overslaan.)

		Bijna altijd	Vaak	Soms	Bijna nooit
21	Mijn vader heeft zijn eigen zorgen, dus val ik hem niet lastig met mijn problemen.	☐	☐	☐	☐
22	Ik krijg te weinig aandacht van mijn vader.	☐	☐	☐	☐
23	Mijn vader accepteert mij zoals ik ben.	☐	☐	☐	☐
24	Als mijn vader weet dat ik met iets zit, dan vraagt hij dat aan mij.	☐	☐	☐	☐

25	Ik vertel mijn vader over mijn problemen en zorgen.	☐	☐	☐	☐
26	Ik wou dat ik een andere vader had.	☐	☐	☐	☐
27	Ik word makkelijk boos op mijn vader.	☐	☐	☐	☐
28	Mijn vader respecteert mijn gevoelens.	☐	☐	☐	☐
29	Ik ben boos op mijn vader.	☐	☐	☐	☐
30	Mijn vader helpt mij om mezelf beter te begrijpen.	☐	☐	☐	☐
31	Als ik over mijn problemen praat met mijn vader voel ik me beschaamd of stom.	☐	☐	☐	☐
32	Als ik ergens boos over ben, probeert mijn vader dat te begrijpen.	☐	☐	☐	☐

Vaak hebben mensen naast hun vader(figuur) en/of moeder(figuur) nog een persoon die belangrijk voor hen is. Het kan een partner zijn, een vriend of vriendin, een opa of oma, oom of tante, buurvrouw of buurman, collega, leraar of lerares of iemand anders.

33	Heb jij naast je moeder of vader nog een belangrijke persoon in je leven?	☐ ja ☐ nee
35	Leeftijd van de persoon:	☐ 17 jaar of jonger ☐ 18 – 25 jaar ☐ 26 – 40 jaar ☐ 41 - 60 jaar ☐ 61 of ouder
36	Deze persoon is	☐ een goede vriend/vriendin ☐ mijn partner (man of vrouw, vriend/vriendin) ☐ buurman/vrouw ☐ leraar / lerares ☐ opa/oma ☐ tante/oom ☐ ander: [open veld].....
37	Is die persoon een ...	☐ Man of jongen ☐ Vrouw of meisje
38	Hoe vaak zie je die persoon?	☐ (bijna) elke dag ☐ (bijna) elke week ☐ (bijna) elke maand ☐ ongeveer 1x per 2 maanden ☐ ongeveer 1x per 3 of 4 maanden ☐ één of twee keer per jaar

De volgende vragen gaan over jou en de persoon die je hierboven hebt ingevuld. Lees de zin goed en geef aan of die zin **bijna altijd** waar is, **vaak** waar is, **soms** waar of **bijna nooit** waar is.

		Bijna altijd	Vaak	Soms	Bijna nooit
39	Hij / zij heeft zijn / haar eigen zorgen, dus val ik hem / haar niet lastig met mijn problemen.	☐	☐	☐	☐
40	Ik krijg te weinig aandacht van hem / haar.	☐	☐	☐	☐
40	Hij /zij accepteert mij zoals ik ben.	☐	☐	☐	☐

41	Als hij / zij weet dat ik met iets zit, dan vraagt hij / zij dat aan mij.	☐	☐	☐	☐
42	Ik vertel hem / haar over mijn problemen en zorgen.	☐	☐	☐	☐
43	Ik word makkelijk boos op hem / haar.	☐	☐	☐	☐
44	Hij / zij respecteert mijn gevoelens.	☐	☐	☐	☐
45	Ik ben boos op hem / haar.	☐	☐	☐	☐
46	Hij /zij helpt mij om mezelf beter te begrijpen.	☐	☐	☐	☐
47	Als ik over mijn problemen praat met hem / haar voel ik me beschaamd of stom.	☐	☐	☐	☐
48	Als ik ergens boos over ben, probeert hij / zij dat te begrijpen.	☐	☐	☐	☐
Dit is het einde van deze vragenlijst, hartelijk bedankt voor het invullen.					

Bijlage 5 Informed consent

Welkom bij deze vragenlijst.

Wij zijn Moniek Smit en Marloes Ebbinge, twee studenten Toegepaste Psychologie van de Hanzehogeschool Groningen. Deze vragenlijst is onderdeel van ons afstudeeronderzoek, dat wij doen in opdracht van GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) Drenthe.

Deze data wordt gebruikt om een zogeheten populatiesample te vergaren. Dat wil zeggen; een indruk van de Nederlandse bevolking, over hoe zij deze vragenlijst invullen. Deze informatie zal opgeslagen worden, zodat GGZ Drenthe later gebruik kan maken van deze gegevens.

Let op: Hebt u in het verleden te maken gehad met een psychotische stoornis of bent u in het verleden gediagnosticeerd met schizofrenie? Dan bent u helaas uitgesloten van deelname aan dit onderzoek.

In deze vragenlijst zullen allerlei vragen gesteld worden over uiteenlopende onderwerpen. Het invullen van de totale vragenlijst zal ongeveer een half uur duren. Uiteraard zal alles wat u invult volledig vertrouwelijk worden behandeld, en is alles volledig anoniem. Wij vragen u om alle vragen naar waarheid in te vullen.

Wij willen u graag attenderen op het feit dat sommige vragen in deze vragenlijst als confronterend kunnen worden en/of emotionele reacties op kunnen roepen.

Mocht u meer informatie over het onderzoek willen en/of heeft u vragen over de vragenlijst of het onderzoek? Dan kan u mailen naar m.ebbinge@st.hanze.nl of mk.smit@st.hanze.nl

Voor deze vragenlijst zal u een beloning ontvangen in de vorm van een bol.com-bon ter waarde van 15 euro. Meer informatie over hoe u deze bol.com-bon kan ontvangen vindt u aan het einde van deze vragenlijst.

Door te klikken op de knop hieronder, stemt u in met de deelname aan het onderzoek, en erkent u dat deze deelname vrijwillig is. Tevens erkent u minimaal 18 jaar te zijn en maximaal 35 jaar. Tevens verklaart u nooit in uw leven last te hebben gehad met psychoses en/of gediagnosticeerd te zijn met schizofrenie.

Let erop dat deze vragenlijst het beste wordt weergegeven op een laptop of desktopcomputer. Sommige aspecten van de vragenlijst worden wellicht minder goed weergegeven op een mobiel toestel.

Bijlage 6 Poster voor werving



Voor een onderzoek in opdracht van GGZ Drenthe zijn wij op zoek naar mensen tussen de 18 en 35 jaar oud met een afgeronde bachelor die een vragenlijst willen invullen. Deze vragenlijst gaat over uiteenlopende onderwerpen zoals kwaliteit van leven, gedachten en gevoelens.

Het invullen duurt ongeveer 30 minuten. U ontvangt ter beloning een waardebon van bol.com ter waarde van 15 euro. Voor meer informatie of om deel te nemen aan het onderzoek kunt u de QR-code scannen.



Invullen is mogelijk in de maand april van 2019 tenzij er eerder voldoende respondenten zijn verzameld.