

Bachelor Thesis

Pilotstudie naar de convergente validiteit van de Telescreen 4.0 op AS-II stoornissen volgens de DSM-IV-TR

“Een vergelijking met de SCID-II”

Auteur: Mara Velmans
Studentnummer: 343456
Studieonderdeel: Scriptietraject AMA
Opleidingsinstituut: Saxion Hogeschool
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Plaats: Apeldoorn
Datum: 5-1-2016
Afstudeerorganisatie: GGNet Scelta Apeldoorn
1^e begeleider: Dhr. G. Riemann
2^e begeleider: Dhr. G. Roemer
Praktijkbegeleider: Dhr. F. Chakhssi

Voorwoord

De scriptie die voor u ligt is gemaakt in het kader van een bachelor afstudeertraject aan de Saxion hogeschool AMA voor de opleiding Toegepaste Psychologie. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGNet Scelta Apeldoorn. Er is onderzocht of een nieuw online instrument, de Telescreen 4.0, valide is en daardoor mogelijk als vervanging kan worden ingezet binnen de behandeling van patiënten die in behandeling zijn bij Scelta Apeldoorn. Het onderzoek is uitgevoerd door Mara Velmans, student Toegepaste Psychologie sinds 2013.

Bij de uitvoering van dit onderzoek heb ik vanuit zowel de Hogeschool als de afstudeerorganisatie begeleiding ontvangen. Ik wil Dhr. G. Riemann bedanken voor de fijne samenwerking, de feedback en het meedenken bij mijn onderzoek. Daarnaast gaat mijn dank uit naar mijn tweede afstudeerbegeleider, Dhr. G. Roemer.

Ik wil de opdrachtgever vanuit Scelta, Dhr. F. Chakhssi, bedanken voor het vertrouwen dat mij werd gegeven, de begeleiding bij het uitvoeren van het onderzoek en het geven van ontzettend mooie ontwikkelingskansen binnen de uitvoering van dit onderzoek.

Deze scriptie is bedoeld voor de medewerkers van Scelta Apeldoorn en docenten van de Saxion Hogeschool.

Samenvatting

Binnen de geestelijke gezondheidszorg vinden veel bezuinigingen plaats. Hierdoor moet er minder kostenintensief gewerkt worden. Daarnaast is het belangrijk efficiënter en effectiever te werken. EHealth biedt veel mogelijkheden voor gebruik binnen de geestelijke gezondheidszorg. Niet alleen zal eHealth bijdragen aan een efficiëntere manier van werken, ook zal het minder kostenintensief zijn. Bij Scelta Apeldoorn, een expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek wordt gekeken naar de toepassing van eHealth, in het bijzonder naar de Telescreen 4.0.

De Telescreen 4.0 is een zelfrapportagevragenlijst die naast classificaties ook diagnoses genereert. De Telescreen 4.0 genereert classificaties op AS-I tot en met AS-V. De validiteit van de Telescreen 4.0 is nog niet eerder onderzocht. Daarom heeft dit onderzoek plaatsgevonden om inzicht te krijgen in de convergente validiteit van de Telescreen 4.0 op AS-II stoornissen van de DSM-IV-TR.

Over een periode van drie maanden zijn er bij 38 patiënten een SCID-II afgenomen. Van deze 38 patiënten konden er 30 meegenomen worden voor het onderzoek. Zij ontvingen drie tot vier weken na de afname van de SCID-II de Telescreen 4.0 via de mail. Over de gegevens is de 'crosstabs-analyse' uitgevoerd, waarna de sensitiviteit en specificiteit berekend kon worden.

De resultaten laten zien dat de Telescreen 4.0 overdiagnostiseert met een totale specificiteit van 55%. De sensitiviteit was matig tot goed. Dit houdt in dat de Telescreen 4.0 correct kon aangeven of er sprake was van een persoonlijkheidsstoornis. De specificiteit was bij de persoonlijkheidsstoornissen over het algemeen voldoende, behalve bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Het instrument heeft meer moeite met het correct herkennen van de afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis.

Om een eenduidige uitspraak te doen over de convergente validiteit van de Telescreen 4.0 is vervolgonderzoek nodig. Daarnaast moet er gekeken worden welke opties mogelijk zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van de Telescreen 4.0.

Inhoudsopgave

Voorwoord	Pagina 3
Samenvatting	Pagina 4
Inhoudsopgave	Pagina 5
Verklarende woordenlijst	Pagina 6
Hoofdstuk 1: Inleiding	Pagina 7
1.1 Aanleiding	Pagina 7
1.2 Onderzoeksvraag	Pagina 9
1.3 Doelstelling van het onderzoek	Pagina 10
1.4 Opbouw van het onderzoek	Pagina 11
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	Pagina 12
2.1 Persoonlijkheidsstoornissen	Pagina 12
2.2 Diagnostiek persoonlijkheidsstoornissen en validiteit	Pagina 14
2.3 Telescreen 4.0	Pagina 16
2.4 Conceptueel model	Pagina 17
Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode	Pagina 18
3.1 Onderzoeksmethode	Pagina 18
3.2 Steekproef en populatie	Pagina 18
3.3 Onderzoeksinstrument	Pagina 19
3.4 Procedure	Pagina 19
3.5 Analyses	Pagina 20
Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten	Pagina 22
4.1 Uitvoering	Pagina 22
4.2 Resultaten sensitiviteit/specificiteit Telescreen 4.0 totaal	Pagina 23
4.3 Resultaten sensitiviteit/specificiteit Telescreen 4.0 cluster A	Pagina 23
4.4 Resultaten sensitiviteit/specificiteit Telescreen 4.0 cluster B	Pagina 24
4.5 Resultaten sensitiviteit/specificiteit Telescreen 4.0 cluster C	Pagina 24
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen	Pagina 26
5.1 Conclusie	Pagina 26
5.2 Discussie	Pagina 29
5.3 Aanbevelingen	Pagina 29
Literatuurlijst	Pagina 31
Bijlage 1: Stellingen	Pagina 35
Bijlage 2: Evaluatieformulier opdrachtgever	Pagina 36
Bijlage 2: Eigenwerk verklaring	Pagina 39

Verklarende woordenlijst

Derdelijnszorg:	Topklinische zorg, klinische opnames
Eerstelijnszorg:	Zorg die direct toegankelijk is voor patiënten
<i>Negative Predictive value (NPV):</i>	De mate waarin patiënten met een negatieve uitslag de stoornis ook daadwerkelijk niet hebben.
<i>Positive predictive value (PPV):</i>	De mate waarin patiënten met een positieve uitslag ook daadwerkelijk die stoornis hebben.
Somatische stoornissen:	Lichamelijke aandoening/stoornis
Sensitiviteit:	De mate waarin een instrument correct herkent
Specificiteit:	De mate waarin een instrument correct uitsluit
Threshold:	Drempel

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek besproken, evenals de onderzoeksvragen en de doelstelling.

1.1 Aanleiding

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is vanaf 2012 onderhevig aan bezuinigingen. De bezuinigingen betreffen de gehele GGZ. Het huidige onderzoek richt zich specifiek op gespecialiseerde GGZ/ derdelijnszorg. Er is sprake van een landelijk ingezette lijn van krimp van de specialistische GGZ (Heeren & Esterik, 2016). De zorg moet goedkoper worden en de derdelijnszorg moet afnemen. Er wordt sterk ingezet op het minderen van klinische opnames. De bezuinigingen binnen de GGZ hebben sinds 2012 grote gevolgen gehad voor de klinieken in de derdelijnszorg van Nederland. Klinieken sluiten of nemen af in omvang. Er gaat veel bezetting verloren aan deze bezuinigingen door gedwongen ontslagen. Onderzoek van Leijten, van Gerven en Maes (2015) laat zien dat 90% van het personeel werkzaam in GGZ-instellingen vindt dat de zorg na de bezuinigingen is verslechterd. Ook de toegankelijkheid van de GGZ is door de hoge kosten en eigen bijdrage verder beperkt.

Er wordt binnen de GGZ steeds meer gebruik gemaakt van de mogelijkheden van eHealth. Mede door de bezuinigingsmaatregel, maar ook omdat eHealth veel voordelen heeft in het gebruik binnen de geestelijke gezondheidszorg instellingen. EHealth is het gebruik van digitale gegevens (verzonden, elektronisch opgeslagen en opgevraagd) voor de klinische, educatieve en administratieve doeleinden in de gezondheidszorg, zowel lokaal als op afstand (Mitchell, 2000).

Er is een aantal vormen van eHealth omschreven door van der Velde, Cihangir en Borghans (2008), waaronder telemonitoring. Dit is het bewaken en meten van de gezondheidssituatie van de patiënt op afstand. Deze monitoring kan plaatsvinden in het kader van preventie, diagnostiek of nazorg door middel van registratie, opslag en analyse, zonder dat hier de zorgverleners bij betrokken hoeven te zijn, door gebruik te maken van medische technologie en ICT (Vlaskamp et al., 2001). Daarnaast is er nog een vorm van eHealth genaamd telebehandeling, wat behandeling op afstand betekent. Daarnaast is er e-consult; dit is het elektronisch consulteren tussen professional en patiënt. Hieronder vallen ook e-therapie en e-diagnostiek.

De omschakeling naar eHealth is voor GGZ-instellingen voordelig omdat de patiënt en zorgverlener zich niet meer op dezelfde locatie hoeven te bevinden. Daarnaast wordt de efficiëntie verhoogd omdat de meet-registratie-taak bij de zorgverlener vervalt. Dit is gunstig voor organisaties omdat hulpverleners hun uren niet aan administratie hoeven te besteden maar zich kunnen richten op de zorgtaken die passend zijn bij hun deskundigheid (Timmer, 2011). De toepassing van eHealth sluit tevens aan bij de behoeften van de patiënten. Patiënten willen meer regie, meer meepraten en mee besluiten (Timmer, 2011). Met eHealth wordt het zorgaanbod vergroot door nieuwe typen zorgaanbieders (RVZ, 2002) of doordat zorg die eerder niet geleverd kon worden, nu wel geleverd kan worden (Geertsma et al., 2007).

De mogelijkheden die eHealth biedt maakt het mogelijk om de efficiëntie van de zorg te vergroten (RVZ, 2002). Tot slot leidt eHealth tot een meer gestructureerde werkwijze (Timmer, 2011) en wordt het behandelproces van de patiënt van begin tot eind vastgelegd. Dit kan bruikbare informatie zijn tijdens de behandeling, maar ook voor vervolgbehandelingen.

De Raad van de Volksgezondheid en Zorg rapporteert dat bekostiging en financiering belangrijke voorwaarden zijn voor de implementatie en opschaling van eHealth (Raad van de volksgezondheid en zorg, 2015). Er is echter een gebrek aan grondig onderzoek naar de risico's van het implementeren van deze technologieën en de kosteneffectiviteit moet nog worden aangetoond (Black et al., 2011).

Bij het gebruik van eHealth moet er rekening gehouden met een aantal risico's dat eHealth met zich mee brengt. Zo wordt er meer gevraagd van de zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en eerlijkheid van de patiënt en kan de inzet van technologie in plaats van mensen tot een gevoel van eenzaamheid leiden (RVZ, 2002).

GGNet Scelta is een derdelijns expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen gevestigd in Apeldoorn. Ook binnen GGNet Scelta is men op zoek naar mogelijkheden om de zorg minder kostenintensief te maken en de werkwijze te optimaliseren. Er moet effectiever gewerkt, behandeld en gediagnostiseerd worden. Er wordt gekeken naar eHealth als mogelijke oplossing. De toepassing van eHealth binnen Scelta moet zich gaan richten op persoonlijkheidsstoornissen zoals beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR (APA, 2000) (DSM-IV-TR). Het vaststellen van AS-II persoonlijkheidsstoornissen kan op twee manieren gedaan worden, namelijk door middel zelfbeoordelvragenlijsten of semigestructureerde interviews.

Bij Scelta wordt er gebruik gemaakt van de Structured Clinical Interview voor DSM-IV II (SCID-II; First et al., 1997) voor het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen. Dit is een semigestructureerd interview voor het uitvragen en classificeren van AS-II stoornissen. Het SCID-II interview duurt gemiddeld twee uur per patiënt en alle patiënten van de klinieken en deeltijdbehandeling van Scelta worden uitgenodigd voor een SCID-II interview. Dit betekent dat het tijd, bezetting en geld kost. Patiënten missen tijdens deze interviews therapieën en de afnames vinden vaak pas plaats halverwege de behandeling waardoor de informatie vanuit deze semigestructureerde interviews pas laat kan worden geïmplementeerd.

Om eHealth toe te passen bij het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen is de Telescreen 4.0 ontwikkeld. De Telescreen 4.0 is een online adaptieve vragenlijst die screent op DSM-IV-TR stoornissen. Door de adaptie van de vragenlijst is de Telescreen in staat om aan de hand van de DSM-IV-TR criteria ook een diagnose te stellen. Deze diagnose dient als indicatie die getoetst moet worden aan andere bronnen van klinische informatie (Lionarons, van de Leur, Smit & Dijkman, 2014). Scelta wil onderzoeken of het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen door middel van de SCID-II vervangen kan worden door de Telescreen 4.0.

Er heeft nog weinig onderzoek plaatsgevonden naar digitalisering van een klinisch interview of het vervangen van een klinisch interview door een digitale variant. In 2015 is een onderzoek verricht naar de validiteit van een online klinisch assessment-programma voor psychische aandoeningen (Nguyen et al., 2015). Dit programma, de E-Pass, is een programma voor het screenen van psychische aandoeningen. Hierbij hebben 616 participanten de E-Pass ingevuld. Na invulling is bij 158 van deze participanten een gestructureerd klinisch interview afgenomen via de telefoon. De resultaten van dit klinische interview werden gebruikt om de resultaten van de E-Pass mee te vergelijken. Uit het onderzoek bleek dat het onlineprogramma betrouwbare diagnostische resultaten genereert. De overeenstemming tussen de E-Pass en het gestructureerde klinische interview bleek tamelijk goed tot sterk. De sensitiviteit verschilde tussen de 0,43 en 0,86. De sensitiviteit bleek te verbeteren wanneer de *threshold* van de E-Pass werd verlaagd naar subklinische resultaten. De specificiteit was hoog (0,68-1,00). Kortom, de resultaten van dit onderzoek wezen er op dat de E-Pass betrouwbare diagnostische resultaten geeft en goed werkt in het excluderen van psychische aandoeningen, ten koste van de sensitiviteit (Nguyen et al., 2015).

In het huidige onderzoek wordt de validiteit van de Telescreen 4.0 onderzocht. Het onderzoek richt zich op persoonlijkheidsstoornissen volgens de AS-II van de DSM-IV-TR. De validiteit zal onderzocht worden aan de hand van de resultaten op AS-II van de Telescreen 4.0 en de SCID-II.

1.2 Onderzoeksvraag

Gebaseerd op de voorafgaande gegevens is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op AS-II in vergelijking met de SCID-II?

Om de hoofdvraag te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van 3 deelvragen:

1. "In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster A in vergelijking met de SCID-II?"
2. "In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster B (m.u.v. antisociale persoonlijkheidsstoornis) in vergelijking met de SCID-II?"
3. "In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster C in vergelijking met de SCID-II?"

De DSM-IV-TR is een classificatie van psychische stoornissen door middel van criteria hetgeen zorgt voor diagnoses met een grotere betrouwbaarheid. De DSM is praktisch en functioneel en zorgt voor internationale overeenstemming van criteria voor stoornissen. De DSM-IV-TR diagnose bestaat uit de beschrijving van vijf assen. Op AS-I worden de klinische stoornissen

gecodeerd, op AS-II de persoonlijkheidsstoornissen, op AS-III kunnen somatische en op AS-IV psychosociale en omgevingsproblemen beschreven worden. Afsluitend wordt op AS-V een algemene beoordeling over het functioneren (GAF-score) gemaakt.

Volgens de DSM-IV-TR kunnen op AS-II alle persoonlijkheidsstoornissen gecodeerd worden. De persoonlijkheidsstoornissen zijn opgedeeld in 3 clusters; Cluster A, Cluster B, Cluster C. Cluster A bestaat uit de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis met achterdochtig, teruggetrokken en vreemd gedrag. Cluster B is het dramatische cluster met de antisociale, theatrale, narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornis. Cluster C laat gespannen en angstig gedrag zien en bevat de ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (APA, 2000).

De SCID-II is een semigestructureerd klinisch interview dat toegepast wordt voor de classificatie van deze AS-II stoornissen bij adolescenten en volwassenen op basis van de criteria die door de APA in de DSM-IV-TR zijn vastgesteld.

De Telescreen 4.0 is een zelfrapportage vragenlijst gericht op de diagnostiek van patiënten met een GGZ-hulpvraag. Het instrument is ontworpen om stoornissen te screenen op de DSM-IV-TR criteria en door deze criteria adaptief uit te vragen een diagnose te genereren. De Telescreen 4.0 kan ingezet worden bij triëren van casuïstiek met enkelvoudige problematiek maar ook bij vermoedens van complexe pathologie of onderliggende persoonlijkheidsproblematiek (Lionarons, van de Leur, Smit & Dijkman, 2014).

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Scelta is een specialistisch onderdeel van GGNet dat zich richt op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het biedt derdelijnszorg op drie verschillende manieren. Er is een mogelijkheid tot klinische behandeling waarbij de patiënten 4 dagen en nachten in de week verblijven bij Scelta en het therapeutisch kader van groot belang is. Er zijn binnen Scelta twee klinieken: Programma 1 en Programma 2. Programma 1 is gericht op borderline problematiek. Deze behandeling is gebaseerd op het rationaal van de dialectische gedragstherapie. Patiënten binnen deze kliniek hebben vooral emotie-regulatie problematiek. Patiënten binnen Programma 2 hebben over het algemeen cluster C problematiek, waarbij het gedrag gekenmerkt wordt door vermijding. Patiënten internaliseren vaker en vinden het moeilijk emoties te voelen en te uiten. De behandeling van Programma 2 baseert zich op de Schematherapie.

Naast de klinieken is er nog de mogelijkheid voor een deeltijdbehandeling. Deze behandeling vindt drie dagen per week plaats. De doelgroep van deze deeltijdbehandeling is erg verschillend. Deze kan patiënten betreffen die wegens werk- of gezin-gerelateerde verplichtingen niet de mogelijkheid hebben om klinisch opgenomen te worden of patiënten die een klinische behandeling niet nodig hebben. Daarnaast zijn er patiënten voor wie de klinische behandeling juist te zwaar zou zijn. De behandeling bestaat uit diagnostiek en gespecialiseerde therapieën. De organisatie werkt met multidisciplinaire teams, waardoor er veel vakkennis is.

Het onderzoek is een pilotstudie voor een grootschalig onderzoek naar de validiteit van de Telescreen 4.0 op AS-II. Het grootschalig onderzoek wordt ook wel het overkoepelende onderzoek genoemd. Dit overkoepelende onderzoek wordt gedaan door de onderzoeker van Scelta samen met een onderzoekteam, van zowel onderzoekers van Scelta als onderzoekers van de universiteit Maastricht, dat het onderzoek gaan uitvoeren als promotieonderzoek. Het overkoepelende onderzoek bestaat uit 2 condities. Conditie 1 bestaat uit twee delen, waarbij het eerste gedeelte de convergente validiteit van de Telescreen op AS-II in kaart brengt en het tweede gedeelte de convergente validiteit van de Telescreen op AS-I onderzoekt. Hierbij worden de gegevens gebruikt zonder een klinisch oordeel. Conditie 2 bestaat uit de DSM-IV-TR classificatie zoals is opgesteld door de klinisch psycholoog aan de hand van de Telescreen 4.0 plus een intake gesprek in vergelijking met de SCID-I en SCID-II resultaten Telescreen 4.0 op AS-I en AS-II.

Het overkoepelend onderzoek zal veel tijd kosten en zich eerst richten op conditie 1. Er is besloten om een pilotstudie te doen naar conditie 1 op AS-II. Hiervoor is gekozen omdat bij Scelta de persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond staat en dus het belangrijkste is om in kaart te brengen. De pilotstudie moet inzicht geven in het functioneren van de Telescreen 4.0 en is een vooranalyse voor het overkoepelend onderzoek. Aan de hand van de resultaten van deze pilotstudie kunnen eventuele aanpassingen gerealiseerd worden en kunnen bij het vervolgonderzoek de behaalde inzichten leiden tot een nieuwe aanpak of benadering van het onderzoek.

1.4 Opbouw van het onderzoek

Het onderzoek start met een theoretisch kader waarin de onderwerpen die in dit onderzoek aan bod komen worden besproken en theoretisch worden onderbouwd. Hierin zullen de persoonlijkheidsstoornissen verder worden uitgewerkt, zal er gekeken worden naar de verschillende vormen van diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen en zal de Telescreen 4.0 verder worden toegelicht. Tot slot bevat het theoretisch kader een conceptueel model van het onderzoek. Nadat het theoretisch kader besproken is wordt de methode van het onderzoek uitgelegd. Hierbij worden ook de populatie en steekproef beschreven en zal er beschreven worden welke analyses er gedaan zijn. Vervolgens zal hoofdstuk 4 de uitvoering en resultaten van het onderzoek bevatten. De interpretatie van deze resultaten wordt in de conclusie verder uitgewerkt. Op basis van de resultatensectie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen die aan het begin van het onderzoek zijn gesteld. Daarnaast worden de beperkingen van het onderzoek besproken en aanbevelingen gedaan voor de praktijk en vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 2: Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk worden de theoretische begrippen van dit onderzoek nader uitgelegd.

2.1 Persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) worden volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) gedefinieerd als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van de betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit wordt zichtbaar op minstens twee van de volgende terreinen: cognities, affecten, functioneren in contact met anderen of de beheersing van impulsen. Daarnaast is het patroon star en uit het zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties. Dit duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en/of beroepsmatig functioneren. Persoonlijkheidsstoornissen zijn stabiel en van lange duur. Het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid. De stoornis is niet toe te schrijven aan een uiting of consequentie van een andere psychische stoornis of een gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening (APA, 2000). De meeste persoonlijkheidsstoornissen worden geassocieerd met een slecht en instabiel zelfbeeld en er is vaak sprake van comorbiditeit met andere psychische aandoeningen, met name stemmingsstoornissen (zowel ernstige depressie als bipolaire stoornis) en angststoornissen (Ehrt, Brieger & Marneros, 2003).

Persoonlijkheidsstoornissen worden onderverdeeld in 3 clusters; cluster A, B en C. Cluster A wordt gekenmerkt door diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen, afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties en een diepgaand patroon van sociale en intermenselijke beperkingen (APA, 2000). Binnen dit cluster vallen de schizoïde persoonlijkheidsstoornis, de schizotypische persoonlijkheidsstoornis en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis worden vaak omschreven als *loners* (Davey, 2014). Ze hebben weinig of geen relaties met andere mensen en blijven liever op zichzelf. Er is een gebrek aan emotionele responsiviteit, er is de neiging om zich terug te trekken en ze zijn niet communicatief vaardig. De problematiek lijkt op de problematiek behorend tot de autismespectrumstoornis, wat maakt dat deze persoonlijkheidsstoornis vaak wordt vergeleken met autisme. Er is bewijs dat er een kleine genetische link is tussen schizoïde persoonlijkheidsstoornis en autisme (Wolf, 2000).

De schizotypische persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door excentriek gedrag dat vaak gepaard gaat met een excentriek uiterlijk en gedesoriënteerde spraak. Ze zien gewone gebeurtenissen vaak als een bijzondere boodschap en kunnen schaduwen zien als echte mensen of geluiden horen als mensenstemmen (APA, 2000). De schizotypische persoonlijkheidsstoornis wordt vaak gerelateerd aan schizofrenie. Onderzoek wijst uit dat de schizotypische persoonlijkheidsstoornis significant vaker voorkomt bij mensen die verwanten hebben met schizofrenie dan bij mensen die dit niet hebben (Nicolson & Rapoport, 1999).

De paranoïde persoonlijkheidsstoornis laat een patroon van wantrouwen en achterdocht zien. Mensen met deze stoornis lijken anderen standaard de schuld te geven van alles dat er misgaat (Fenigstein, 1996). Ze hebben een externe *locus of control* die overeenkomsten vertoont met schizofrene patiënten met paranoïde symptomen (Bentall, 1994). Deze externe *locus of control* houdt in dat de patiënt gelooft dat hij of zij geen controle of zeggenschap heeft over gebeurtenissen in het leven. Met andere woorden, een degelijke patiënt voelt zich niet autonoom, maar gedreven door externe factoren.

Cluster B kenmerkt zich door een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen; instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten van duidelijke impulsiviteit; buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen; grootsheidgevoelens. Binnen dit cluster vallen de antisociale persoonlijkheidsstoornis, de theatrale persoonlijkheidsstoornis, de narcistische persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis (APA, 2000).

Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis worden vaak sociopaat of psychopaat genoemd. Ze zijn compulsieve en persistente leugenaars (Seto, Maric & Barbaree, 2001) en voelen geen empathie voor anderen, waardoor ze ook geen rekening houden met het welzijn en de veiligheid van anderen. In een review onderzoek van Fazel en Danesh (2002) wordt een onderzoek besproken naar de antisociale persoonlijkheidsstoornis onder de populatie van westerse delinquenten uit algemene gevangenissen. Resultaten hiervan lieten zien dat 47% van de mannelijke gevangenen en 21% van de vrouwelijke gevangenen in een steekproef aan de criteria van een antisociale persoonlijkheidsstoornis voldeed.

De theatrale persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door flirt-gedrag en individuen met deze stoornis hebben veel behoefte aan aandacht. Ze willen in het middelpunt van de aandacht staan en worden ongemakkelijk als dat niet zo is. Ze trekken de aandacht naar zich toe door de manier waarop ze er uitzien of door het vertonen van dramatisch gedrag (APA, 2000).

De borderline persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door stemmingswisselingen, impulsiviteit, depressieve klachten en suïcidaliteit. Gunderson en Elliott (1985) stellen in hun reviewonderzoek dat sommige onderzoekers denken dat de borderline persoonlijkheidsstoornis een depressie is. Echter, de stoornis wordt even vaak gelinkt aan angststoornissen.

De narcistische persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een gevoel van superioriteit dat gezien moet worden door anderen. Mensen met deze persoonlijkheidsstoornis hebben veel aandacht en complimenten nodig en reageren vaak agressief of met woede als dit niet aan hen gegeven wordt (Gramzow & Tangney, 1992). Campbell (1999) vond dat individuen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis vaker een partner zoeken die openlijk bewondert dan openlijk lief is.

Cluster C laat geremdheid in gedrag zien, een buitensporige behoefte verzorgd te worden of een preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme. Binnen dit cluster vallen de ontwijkende

persoonlijkheidsstoornis, de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en de obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis (APA, 2000).

De ontwijkende persoonlijkheidsstoornis wordt vaak gekoppeld aan een groter sociale-angstspectrum (Tillfors & Ekselius, 2009). Individuen met deze stoornis gaan taken en werk uit de weg waarin zij met veel mensen te maken krijgen, zijn vaak terughoudend in sociale contacten en zijn erg bang om bekritiseerd of afgewezen te worden.

De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door gevoelens van incompetentie wat ervoor zorgt dat men zich afhankelijk gaat maken van anderen (Gude, Hoffart, Hedley & Ro, 2004). Vanwege de twijfel over het eigen kunnen en het feit dat zij afhankelijk zijn van anderen, hebben individuen met deze persoonlijkheidsstoornis vaak een afkeer van zichzelf (Overholser, 1996).

Individuen met een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis laten een overmatig perfectionisme zien, dat gepaard gaat met een preoccupatie met orde, detail en vaak schema's en lijstjes. Ze hebben erg hoge normen ten aanzien van wat goed en fout is en houden zich vaak strikt aan de regels. Ook kunnen ze slecht samenwerken omdat ze willen dat alles op hun manier gedaan wordt (APA, 2000).

2.2 Diagnostiek persoonlijkheidsstoornissen en validiteit

Volgens Ouwersloot, Bank en Diekstra (1994) kan het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen gedaan worden middels zelfbeoordelvragenlijsten of semigestructureerde interviews.

In Nederland zijn er vijf instrumenten beschikbaar voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen, waarvan er twee zelfbeoordelvragenlijsten zijn: Personality Diagnostic Questionnaire-4 (Ouwersloot et al., 1989), Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (Duysens et al., 1993). Daarnaast zijn er drie interviews: Structured Interview for DSM Personality Disorders (Pfohl et al., 1995), International Personality Diagnostic Examination (Loranger et al., 1994), en het gestructureerde klinische interview voor de DSM-IV II.

De Personality Diagnostic Questionnaire -4 (PDQ-4) is een zelfbeoordelvragenlijst. Fossati et al. (1998) en Wilberg, Dammer en Friis (2000) hebben onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de PDQ-4 en hieruit concludeerden zij dat de bruikbaarheid van de PDQ-4 matig tot onvoldoende was. Als screeningsinstrument voor de afwezigheid of aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kan beter een eerdere versie van de PDQ-4, de PDQ-R, worden gebruikt (Dingemans & Sno, 2004).

De Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP) is een zelfbeoordelvragenlijst die goede psychometrische eigenschappen kent. De test werd ontwikkeld om als screener in combinatie met de International Personality Diagnostic Examination te gebruiken.

Een nadeel van zelfbeoordelingsvragenlijsten is dat er niet vanuit kan worden gegaan dat de patiënt in staat is tot zelfreflectie en realiteitstoetsing die gevraagd worden bij een zelfrapportagelijst (Ouwersloot, Bank & Diekstra, 1994). Deze blijken onderzoeksgevoelig voor vertekening ten gevolge van het psychiatrisch toestandsbeeld (Hurt et al., 1984). Diekstra (1990) stelt dat het klinische interview de juiste methode is bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Screeningsvragenlijsten over diagnosticeren vaak, waardoor wordt geadviseerd een klinische beoordeling toe te voegen als de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis verwacht wordt. De standaard hierbij is de semigestructureerde interviews. Er zijn drie Nederlandstalige interviews beschikbaar voor de diagnostiek van AS-II, de Structured interview for DSM personality Disorders, de International Personality Diagnostic Examination en de SCID-II.

De Structured Interview for DSM Personality Disorders (SIDP) is een semigestructureerd interview dat vragen stelt rondom een tiental secties, gericht op verschillende levensgebieden. Dit bevordert het gesprekskarakter maar maakt het ook moeilijker voor de geïnterviewde om te doorgronden waar de interviewer naar vraagt. De vragen zijn operationalisaties van de stoorniscriteria van de DSM (Dingemans & Sno, 2004).

De International Personality Diagnostic Examination (IPDE) vraagt 157 criteria uit door middel van 99 vragen op een vierpuntsschaal. Het interview heeft een extra streng criterium: de criteriumscore moet gelden voor een duur van tenminste vijf ziektevrije jaren. Daarnaast moet de criteriumscore voorkomen in de afgelopen twaalf maanden. Het wordt niet aangeraden om het interview af te nemen bij bepaalde patiëntgroepen (zoals patiënten met een psychotische stoornis, ernstige depressie, matig- tot zwakbegaafdheid). Verder is een training in de afname van de IPDE een vereiste.

De SCID-II is een semigestructureerd interview. Dit betekent dat tijdens de afname naast de standaard vragen ook vragen gesteld kunnen worden die om verdieping of verheldering vragen. Bij de SCID-II wordt de interviewer aangemoedigd om naast de standaardvragen ook eigen aanvullende vragen te stellen en in de beoordeling ook de observaties te gebruiken. Door de grotere flexibiliteit die wordt toegestaan in de afname en gebruik van additionele informatie zal het de totale duur van 2 uur niet te boven gaan. Er zijn vijf mogelijkheden van de SCID-II te scoren: ?= onvoldoende informatie, 1=afwezig, 2=twijfelachtig, 3=aanwezig 4=n.v.t.. De SCID-II blijkt doelgerichter in de aanpak en laat meer ruimte aan de klinische beoordelaar en kost minder tijd in vergelijking met de andere semigestructureerde interviews (Dingemans & Sno, 2004).

Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de SCID-II laat zien dat de validiteit van de SCID-II vergelijkbaar is met andere instrumenten die AS-II stoornissen door middel van de DSM diagnosticeren (First et al., 1995). Het is aangetoond dat de SCID-II zeer betrouwbare diagnoses genereert voor veel psychische stoornissen (Segal, Herson & van Hassert, 1994; Lobbesteal, Leurgans & Arntz, 2011). Aangezien de SCID-II onderhevig is aan zelfrapportage door patiënten, kan het voorkomen dat de patiënt een fout negatief antwoord geeft. Hierdoor kunnen belangrijke klinische conclusies over het hoofd worden gezien. Jacobsberg, Perry en

Frances (1995) hebben onderzoek gedaan naar de *false negatives* bij de SCID-II door deze te vergelijken met een AS-II diagnostisch assessment uitgevoerd door klinici door het gebruik van de PDE. Het onderzoek toonde aan dat de *false negative rate* laag was bij elke diagnose.

In het onderzoek van Skodol, Rosnick, Kellman, Oldham & Hyler (1988) zijn de resultaten van de SCID-II vergeleken met die van een LEAD standaard. LEAD staat voor *longitudinal expert evaluation using all data*. De resultaten van de SCID-II zijn vergeleken met de evaluatie van een klinisch team. Resultaten van dit onderzoek wezen uit dat de diagnostische capaciteit van de SCID varieerde per persoonlijkheidsstoornis (van 0.45 bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis tot .95 bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis). Verschillende studies hebben de SCID-II vergeleken met andere meetinstrumenten voor de persoonlijkheid en de *personality disorder examination* (O'boyle & Self, 1990; Oldham et al., 1992; Rennenberg, Chambless, Dowdall, Fauerbach & Gracely, 1992). Deze studies concludeerden een slechte overeenstemming tussen de instrumenten, maar er kon geen conclusie getrokken worden welk van de instrumenten meer valide was (Hilsenroth & Segal, 2004). Onderzoek van Maffei (1997) toonde aan dat de interne consistentie van de SCID-II schalen hoog was (.95-.99). Daarnaast bleek de interrater betrouwbaarheid tamelijk goed tot erg goed te zijn (Brooks, Baltazar, McDowell, Munjack & Brus, 1991). De validiteit van de SCID-II in kaart brengen is een probleem, omdat de SCID-II zelf een standaard is geworden voor het bestaan van een persoonlijkheidsstoornis en een echt 'objectieve' externe standaard ontbreekt (Weertman et al., 1996).

2.3 Telescreen 4.0

Dijksman (2016) heeft onderzoek gedaan naar een eerdere versie van de Telescreen, de Telescreen 2.0. De concurrente validiteit van dit eDiagnostic systeem is vergeleken met het oordeel van psychologen bij patiënten met een psychische stoornis in de eerstelijns gezondheidszorg. In het onderzoek hebben 276 mannen en 399 vrouwen deelgenomen ($M=38$ jaar). Vier psychologen hebben onafhankelijk van elkaar de patiënten geclassificeerd volgens de DSM-IV. Uit het onderzoek bleek dat de Telescreen 2.0 correct de afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kon inschatten (sensitiviteit: 0.81; specificiteit: 0.84). De sensitiviteit en specificiteit waren voor de meeste specifieke persoonlijkheidsstoornissen goed. De *positive predictive values* (PPV's) van de AS-II classificaties waren laag (PPV's *range*: 0.06-0.50). De conclusie van het onderzoek was dat de Telescreen 2.0 een valide instrument is voor de meeste classificaties. Echter, voor verschillende classificaties is het systeem te sensitief. Verder onderzoek moet een vergelijking met een onafhankelijk afgenomen gestructureerd klinisch interview inhouden. De latere versie, de Telescreen 3.0, is ook onderzocht maar daarover is geen artikel gepubliceerd. Dijksman vertelt dat er eenzelfde resultaat uit het onderzoek kwam als uit het onderzoek naar de Telescreen 2.0 (Dijksman, persoonlijke communicatie, 8 november 2016).

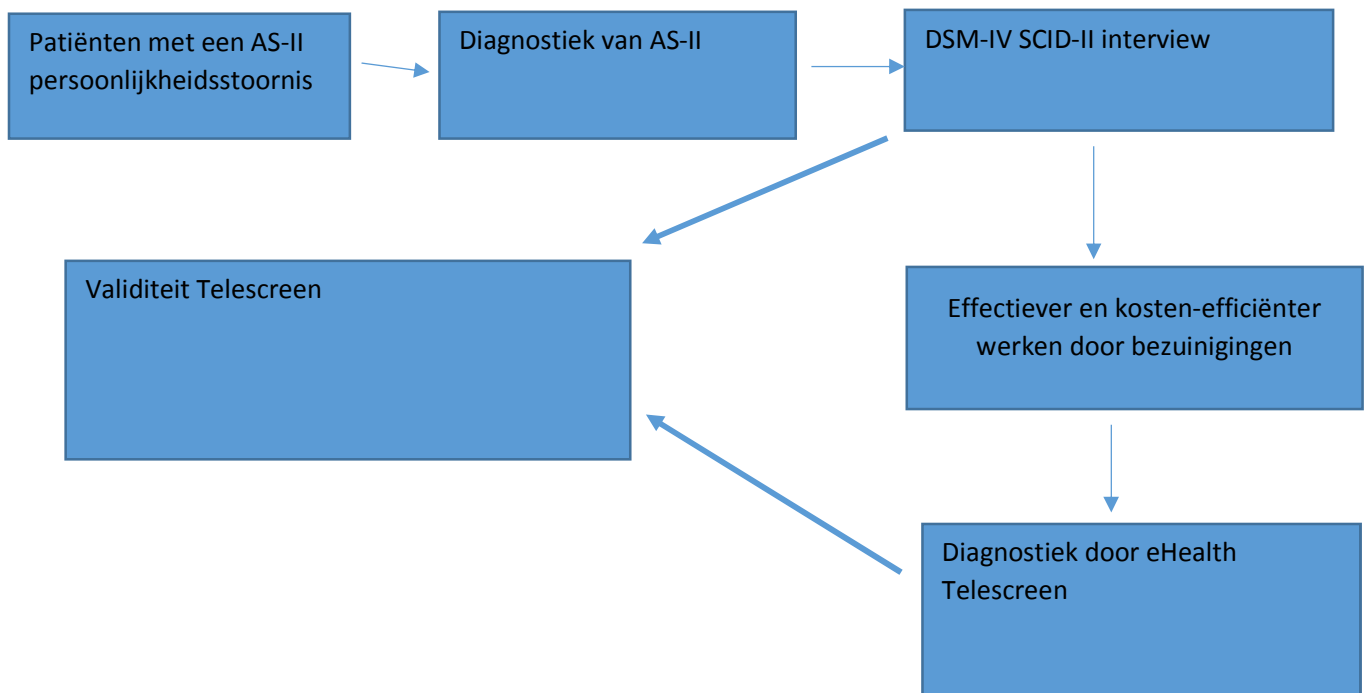
Aan de hand van het onderzoek van Dijksman zijn er inhoudelijke veranderingen doorgevoerd in het meetinstrument al zijn dit relatief kleine veranderingen. De veranderingen betreffen het aanscherpen van de vragen door onder andere woorden dikgedrukt te maken. Met deze

veranderingen ontstond de Telescreen 4.0. Deze nieuwe versie van de Telescreen wordt in deze studie onderzocht.

2.4 Conceptueel model

Het onderzoek komt vanuit het vraagstuk over de diagnostiek van patiënten met een AS-II stoornis. Deze diagnostiek wordt gedaan door middel van het SCID-II interview. Omdat Scelta effectiever en minder kostenintensief moet werken door bezuinigingen wordt er gekeken of de Telescreen 4.0 een adequate vervanger kan zijn voor de SCID-II. De validiteit van de Telescreen 4.0 wordt onderzocht door de resultaten ervan te vergelijken met de standaard, de SCID-II.

Diagnostisering van AS-II persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten



Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode en de doelgroep uitgewerkt. Daarnaast bevat dit hoofdstuk de procedure van het onderzoek en de analyses.

3.1 Onderzoeksmethode

De methode in dit onderzoek kent een kwantitatieve vorm. Deze methode is gerealiseerd door het gebruik van een semigestructureerd interview (SCID-II) en een online adaptieve vragenlijst (Telescreen 4.0). Het semigestructureerde interview kan op een kwantitatieve wijze gescoord worden en de online vragenlijst genereert automatisch resultaten aan de hand van een kwantitatief scoringssysteem. Kwantitatief onderzoek heeft als voordeel dat het objectief is en dat de scoring niet interpreteerbaar is. De kwantitatieve data is verzameld vanuit een steekproef uit de populatie.

3.2 Steekproef en populatie

De populatie betreft patiënten met persoonlijkheidsproblematiek die in zowel klinische als ambulante behandeling zijn bij Scelta Apeldoorn. Geïnccludeerd zijn volwassenen (18+) die minimaal voldoen aan de criteria van een DSM-IV-TR stoornis (of 'trekken van') op AS-II en die naar Scelta zijn verwezen voor psychologische en psychiatrische hulpverlening. Geëxcludeerd zijn patiënten die voldoen aan de DSM-IV-TR criteria van zwakbegaafdheid, schizofrenie en/of andere psychotische stoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Tevens is de antisociale persoonlijkheidsstoornis niet meegenomen in het onderzoek omdat deze niet behandeld wordt bij Scelta en niet aanwezig zal zijn bij de populatie. Verder zijn patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen en/of patiënten waarbij eerder een SCID-II interview is afgenomen, uitgesloten van het onderzoek.

De steekproef bestaat uit patiënten die in behandeling waren bij Scelta Apeldoorn voor persoonlijkheidsproblematiek gedurende de dataverzameling. De verdeling man-vrouw is ongeveer 20%-80%. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een systematische steekproef. Bij Scelta krijgen de patiënten die als eerste zijn opgenomen, en dus het langst in de kliniek verblijven, als eerste een SCID-afname. Van de beoogde 75/80 respondenten voor het overkoepelende onderzoek bij Scelta, zijn de eerste 30 respondenten waarbij de SCID-II en Telescreen afgerond zijn meegenomen in deze pilotstudie.

Bij Scelta is de standaardprocedure dat patiënten als onderdeel van hun behandeling een SCID-I en SCID-II afname krijgen. Dit dient als aanvulling en controle van de gegevens die eerder in de intakeprocedure naar voren zijn gekomen. Wanneer patiënten in behandeling gaan bij Scelta wordt er van hen verwacht dat zij, als onderdeel van hun behandeling, een SCID-I en SCID-II afname doorlopen.

Aan de standaardprocedure is deze pilotstudie gekoppeld. Patiënten zijn geïnformeerd over het onderzoek en wat er daarbij van hen verwacht werd. Zij zijn benaderd voor het onderzoek door middel van een korte voorlichting tijdens een cliënt-en-staf-bespreking en hebben vervolgens een uitnodiging in hun postvakje ontvangen met daarop de data voor de afname van de SCID's. Voordat de afname begon is gevraagd of de patiënt ook wil meewerken aan het onderzoek. Zo ja, dan werd een toestemmingsverklaring ondertekent en zijn de gegevens meegenomen in het onderzoek. Indien de patiënt niet wilde meewerken aan het onderzoek werd de SCID-afname volgens de standaardprocedure afgenomen en zijn de gegevens niet meegenomen in het onderzoek.

3.3 Onderzoeksinstrument

De SCID-II en de Telescreen 4.0 zijn als instrumenten gebruikt voor dit onderzoek. De SCID-II is gebruikt om het construct "persoonlijkheidsstoornissen" te meten, dit is de onafhankelijke variabele. De SCID-II wordt als standaard gebruikt om de validiteit van de Telescreen 4.0 te achterhalen. De Telescreen 4.0 genereert eveneens data omtrent persoonlijkheidsstoornissen, wat de afhankelijke variabele is. De onafhankelijke variabele is vergeleken met de afhankelijke variabele zodat vastgesteld kon worden in welke mate deze laatste overeenkomt met de onafhankelijke variabele.

3.4 Procedure

De patiënten zijn uitgenodigd voor een SCID-II afname op volgorde van de wachtlijst voor de SCID. Voorafgaand aan deze uitnodigingen is het onderzoek aan de patiënten uitgelegd tijdens de cliënt-en-staf bespreking. Hierbij heeft de onderzoeker zich voorgesteld, zodat de patiënten van tevoren wisten wie de onderzoeker was. De hypothese hierachter was dat patiënten dan waarschijnlijk eerder geneigd waren mee te doen aan het onderzoek. Er is duidelijk gemaakt dat de patiënten niet verplicht waren om mee te doen aan het onderzoek. Zij konden ook een SCID-I en SCID-II afname ontvangen wanneer zij er niet mee instemden dat hun gegevens anoniem gebruikt werden voor het onderzoek of wanneer zij de Telescreen 4.0 niet wilden invullen. De patiënt is bij binnenkomst voor de SCID-afname gevraagd of hij/zij mee wilde werken aan het onderzoek. Indien de patiënt toestemde, werd een toestemmingsverklaring ondertekend en werd de afname opgenomen (in het kader van het overkoepelende onderzoek). Aan het eind van de afname zijn er afspraken gemaakt over het vervolg. In de meeste gevallen lazen de patiënten hun mail regelmatig en werd er afgesproken dat er drie tot vier weken na de afname via mail de Telescreen 4.0 verstuurd zou worden. Indien de patiënten niet regelmatig hun mail bekeken, werd er afgesproken dat zij gebeld zouden worden wanneer de Telescreen 4.0 verstuurd was. Er is voor een tussentijd van 3 tot 4 weken gekozen zodat de patiënten niet te zwaar belast worden in korte tijd doordat ze én de SCID-afname hebben én de Telescreen 4.0 invullen. Nadat de patiënt de Telescreen 4.0 had afgerond, werd er een terugkoppelgesprek gepland. Hierbij zijn alleen de SCID-II resultaten teruggekoppeld.

3.5 Analyses

De resultaten van zowel de SCID-II als de Telescreen 4.0 zijn in eerste instantie opgeslagen in een Excel bestand. Vervolgens zijn de resultaten in SPSS ingevoerd. SPSS is een programma voor het uitvoeren van alle gangbare beschrijvende en toetsende statistische procedures (te Grotenhuis & Matthijssen, 2011). In SPSS wordt middels een codering van 0 of 1 per persoonlijkheidsstoornis aangegeven of de SCID-II een persoonlijkheidsstoornis herkent. Naast de SCID-II resultaten is er een variabele met de resultaten van de Telescreen 4.0 waar tevens met een 0 of 1 wordt aangegeven of het instrument de betreffende persoonlijkheidsstoornis herkent. Patiënten die vanuit de SCID-II een 'trekken van' diagnose of een persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anders omschreven) hebben, worden in het bestand aangeduid als patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis. Reden hiervoor is dat de 'trekken van' diagnose betekent dat zij niet volledig voldoen aan een persoonlijkheidsstoornis en de Telescreen 4.0 deze dan ook niet als zodanig zou kunnen classificeren. De persoonlijkheidsstoornis NAO betekent dat de patiënt voldoet aan een aantal trekken maar geen specifieke persoonlijkheidsstoornis heeft. Middels SPSS is vervolgens de analyse 'crosstabs' uitgevoerd. Een crosstabs tabel toont de gezamenlijke verdeling van twee variabelen, elk met een beperkt aantal waarden (Frude, 1987). De resultaten van crosstabs laten de *true positives*, *true negatives*, *false positives* en *false negatives* zien. Door middel van deze gegevens kon de sensitiviteit en specificiteit berekend worden. De specificiteit en sensitiviteit laten zien in hoeverre een test in staat is te meten wat deze moet meten, dus in hoeverre de Telescreen 4.0 valide is. De sensitiviteit, specificiteit, PPV en NPV konden berekend worden door de bijbehorende formules die onder aan deze pagina worden weergegeven.

Mokkink et al. (2010) bevelen aan om bij dichotome data gebruik te maken van crosstabs en sensitiviteit/specificiteit. Een waarde van 0.70 of hoger wordt gezien als een hoge mate van sensitiviteit en specificiteit. Gezien het feit dat de classificatie statistieken kunnen worden vertekend door een zeer lage diagnostische base rate, worden alleen de persoonlijkheidsstoornissen die meer dan 4% prevalentie hebben volgens de SCID-II meegenomen in het onderzoek. Dit percentage is gebaseerd op het onderzoek van Nguyen et. al. (2015).

De formules voor de sensitiviteit, specificiteit, PPV en NPV:

$$\frac{\text{True positives}}{(\text{True positives} + \text{false negatives})} = \text{Sensitiviteit.}$$

De specificiteit wordt berekend middels de volgende formule:

$$\frac{\text{True negatives}}{(\text{True negatives} + \text{false positives})} = \text{Specificiteit}$$

$$\frac{\text{True positives}}{(\text{True positives} + \text{false positives})} = \text{PPV}$$

$$\frac{\text{True negatives}}{(\text{True negatives} + \text{false negatives})} = \text{NPV}$$

Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten.

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de onderzoeksgegevens antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

4.1 Uitvoering

In een periode van 14 weken zijn de respondenten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Er hebben in deze periode 38 SCID-II afnames plaatsgevonden. Van deze 38 respondenten waren 36 respondenten bereid mee te doen aan het onderzoek. Er moest één respondent geëxcludeerd worden wegens een psychotische stoornis NAO. Daarnaast vielen er vijf af doordat zij de Telescreen 4.0 niet invulden of nog niet hadden ingevuld ten tijde van de afronding van dit onderzoek. Er zijn 30 respondenten meegenomen in de data.

Tijdens de uitvoering is een aantal observaties gedaan. De afspraken van patiënten bij kliniek 1 moesten vaak verzet worden of patiënten kwamen niet ten tijde van de afspraken. Hierbij moet opgemerkt worden dat het leefmilieu van deze kliniek tijdens dit onderzoek gespannen was waardoor patiënten minder geneigd waren mee te werken aan het onderzoek. Daarnaast viel op dat bijna alle patiënten de Telescreen in meerdere zittingen hebben afgerond. Patiënten met een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen waren eerder geneigd de Telescreen in één zitting in te vullen en vulden deze ook vaak binnen een paar dagen na ontvangst in. Dit heeft mogelijk te maken met de gedragskenmerken van de persoonlijkheidsstoornis.

De Telescreen is gemiddeld na drie tot vier weken na de afname van de SCID-II verstuurd. De afrondingstijd van de Telescreen laat een groot verschil zien. In sommige gevallen hadden de patiënten nog dezelfde dag de Telescreen ingevuld, maar het is ook voorgekomen dat patiënten drie weken nadat de Telescreen verstuurd was deze nog niet hadden ingevuld. In deze gevallen is ervoor gekozen patiënten herinneringsmails te sturen of een behandelaar de patiënt hierop aan te laten spreken.

De verdeling man-vrouw is 5-25 (16.67%-83.33%; virtueel hetzelfde als de beoogde verdeling in het overkoepelend onderzoek). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is $m=31.9$, waarbij de jongste respondent 18 is en de oudste respondent is 52.

De onderstaande tabel laat de prevalentie van de persoonlijkheidsstoornissen zien, geclassificeerd volgens de SCID-II, met uitzondering van de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 1. *Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen door de SCID-II gediagnosticeerd*

Variabele	Frequentie	Percentage
Ontwijkende ps	14	40
Afhankelijke ps	5	14.28
OCD ps	5	14.28

Paranoïde ps	1	2.86
Schizotypische ps	0	0
Schizoïde ps	0	0
Theatrale ps	0	0
Narcistische ps	2	5.71
Borderline ps	8	22.87
Totaal	35	100

Aan de hand van deze resultaten zijn alleen analyses gedaan over het totaal, de ontwijkende, afhankelijke, obsessief compulsieve, narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornis, omdat deze een prevalentie hoger dan 4% hebben.

4.2 Resultaten sensitiviteit/specificiteit Telescreen 4.0 totaal

Om te onderzoeken of de Telescreen 4.0 valide is, wordt er eerst gekeken wat de sensitiviteit en specificiteit van het instrument is, kijkend naar de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen. De analyses zijn door middel van crosstabs en de formules voor sensitiviteit, specificiteit, PPV en NPV berekend. In de onderstaande tabel is te zien dat de sensitiviteit hoog is met een waarde van 0.86. De specificiteit is met een waarde van 0.55 laag. De PPV is met 0.82 hoog en houdt in dat bij 82% van alle patiënten zowel de met de Telescreen 4.0 als met de SCID-II een persoonlijkheidsstoornis werd gedetecteerd. De NPV is met een waarde van 0.63 matig. Het systeem kan minder goed detecteren of een patiënt géén persoonlijkheidsstoornis heeft.

Tabel 2. Resultaten analyses tussen de Telescreen 4.0 en SCID-II resultaten

Variabele	Sensitiviteit	Specificiteit	PPV	NPV
Totaal	0.86	0.55	0.82	0.63

4.3 Resultaten sensitiviteit/specificiteit Telescreen 4.0 cluster A

Om deelvraag 1 “In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster A in vergelijking met de SCID-II?” te beantwoorden moesten er analyses gedaan worden over de cluster A persoonlijkheidsstoornissen. De analyses kunnen over de persoonlijkheidsstoornissen in dit cluster niet gedaan worden wegens de lage prevalentie in dit onderzoek. Wel kan gekeken worden naar de *false positives* en *true negatives*. In tabel 4 is te zien is dat de Telescreen 4.0 veel *false positives* vertoont bij de schizoïde en paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 3. *True positives en True negatives schizotypische, schizoïde en paranoïde PS*

Variabele	<i>False positives</i>	<i>False Negatives</i>	<i>True Negatives</i>	<i>True Positives</i>
Schizotypische PS	6	nvt	24	Nvt
Schizoïde PS	10	nvt	20	Nvt
Paranoïde PS	11	1	18	Nvt

4.4 Resultaten sensitiviteit/specifiteit Telescreen 4.0 Cluster B

Om deelvraag 2 “In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster B in vergelijking met de SCID-II?” te beantwoorden zijn er analyses gedaan over de cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Binnen cluster B zijn de borderline persoonlijkheidsstoornis en narcistische persoonlijkheidsstoornis meegenomen in de dataverwerking. De theatrale persoonlijkheidsstoornis is niet meegenomen in de dataverwerking. In de onderstaande tabel is te zien dat de Telescreen 4.0 sensitief is als het gaat om het vaststellen van een borderline persoonlijkheidsstoornis. De specificiteit en de NPV zijn bij borderline persoonlijkheidsstoornis goed. De *positive predictive value* is matig. De sensitiviteit bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis is matig: het systeem heeft moeite met het herkennen van de stoornis. De specificiteit en de PPV bij een narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn erg hoog. Hierbij moet rekening gehouden worden dat er slechts twee patiënten waren met deze PS. De resultaten voor deze PS zijn dus alles behalve concluderend.

Tabel 4. *Resultaten Telescreen 4.0 narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornis*

Variabele	Sensitiviteit	Specificiteit	PPV	NPV
Narcistische ps	0.5	1	1	0.97
Borderline ps	0.88	0.77	0.58	0.94

4.5 Resultaten sensitiviteit/specifiteit Telescreen 4.0 Cluster C

In de onderstaande tabel zijn de resultaten van de cluster C persoonlijkheidsstoornissen weergegeven, die antwoordgeven op deelvraag 3 “In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster C in vergelijking met de SCID-II?”. Er is te zien dat de sensitiviteit van de Telescreen 4.0 bij de ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis goed is. Bij de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is ook de specificiteit goed. De sensitiviteit van de obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis is matig, maar het heeft een goede

specificiteit. De NPV van alle drie de persoonlijkheidsstoornissen is goed, de PPV is slecht tot matig.

Tabel 5. *Resultaten Telescreen 4.0 cluster C persoonlijkheidsstoornissen*

Variabele	Sensitiviteit	Specificiteit	PPV	NPV
Ontwijkende ps	0.87	0.6	0.68	0.82
Afhankelijke ps	0.75	0.81	0.38	0.95
Obsessief-compulsieve ps	0.6	0.72	0.3	0.9

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden er conclusies getrokken en worden de discussie en aanbevelingen besproken.

5.1 Conclusie

Kijkend naar de resultaten kan geconcludeerd worden dat de Telescreen 4.0 in 86% van de gevallen de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis juist herkent. Echter, in 55% van alle gevallen wordt een persoonlijkheidsstoornis goed uitgesloten. Dit betekent dat er minder sprake is van foute negatieve diagnoses en meer van foute positieve diagnoses: het systeem overdiagnosticeert dus. Het systeem is gemaakt om zo min mogelijk *false negatives* te hebben, waardoor er wel meer *false positives* zijn. Doordat het instrument is toegepast binnen derdelijnszorg moet er gekeken worden in hoeverre *false negatives* en *false positives* gevolgen hebben.

False negatives zorgen ervoor dat patiënten die wel een stoornis hebben hier mogelijk niet voor behandeld zullen worden. Wakefield (2010) stelt echter dat *false positives* ook zo veel mogelijk vermeden moeten worden. Hij stelt dat een *false positive* diagnose ervoor zorgt dat iemand een *sick-role* op zich neemt. Deze rol zorgt voor een druk waarbij er binnen de maatschappij verwacht wordt dat de patiënt zelf wat aan zijn problemen moet doen. Wanneer deze patiënt de diagnose niet zou hebben (en de klachten dus niet-klinisch zouden worden beschouwd), dan zou er meer acceptatie van bepaalde klachten of probleemgedrag zijn. Wakefield (2010) maakt als statement dat de *false positive* diagnoses in strijd zijn met de maximale emotionele vrijheid. Dit zou betekenen dat *false positives* vanuit de Telescreen 4.0 consequenties kunnen hebben.

Deelvraag 1 "In hoeverre genereert de Telescreen 4.0 een valide DSM-IV-TR classificatie op cluster A in vergelijking met de SCID-II?" kan moeilijk beantwoord worden in verband met de lage base rate van de persoonlijkheidsstoornissen die binnen dit cluster vallen. Wel kan gezegd worden dat het instrument de schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis overdiagnosticeert kijkend naar het aantal *false positives*.

De Telescreen 4.0 kan de borderline persoonlijkheidsstoornis goed herkennen. In 88% van alle gevallen wordt de aanwezigheid van deze stoornis correct herkend door de Telescreen 4.0. Ook de specificiteit bij deze stoornis is goed. In 77% van alle gevallen wordt de stoornis door de Telescreen 4.0 correct uitgesloten. De PPV is laag en betekent dat bij 58% van de borderline patiënten zowel de Telescreen 4.0 als de SCID-II deze persoonlijkheidsstoornis classificeert.

De Telescreen 4.0 heeft moeite met het correct herkennen van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, maar kan deze wel goed uitsluiten. Bij zowel de borderline persoonlijkheidsstoornis als de narcistische persoonlijkheidsstoornis is er een hoge mate van

overeenstemming tussen de Telescreen 4.0 en de SCID-II bij patiënten die deze stoornis niet hebben.

Het systeem kan persoonlijkheidsstoornissen van cluster C over het algemeen goed detecteren. In 87% van de patiënten kan de Telescreen 4.0 de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis goed herkennen, echter heeft het meer moeite met het uitsluiten van deze stoornis. Dit betekent dat het systeem geneigd is deze stoornis te overdiagnosticeren. In 60% van alle gevallen kan de Telescreen 4.0 de stoornis correct uitsluiten. Achtenzestig procent van alle patiënten die volgens de Telescreen 4.0 een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben, heeft dit ook volgens de SCID-II. Het instrument heeft dus een goede voorspellende waarde aangaande deze stoornis.

Ook kan het systeem de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, met 75%, goed herkennen en met 81% ook goed uitsluiten. Het systeem heeft meer moeite met het herkennen van de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. In 60% van de gevallen kan het instrument de stoornis correct herkennen en in 72% van de gevallen goed uitsluiten. De Telescreen 4.0 heeft een goede negatief voorspellende waarde bij Cluster C persoonlijkheidsstoornissen.

Concluderend kan gezegd worden dat de Telescreen 4.0 goed presteert in het herkennen van de persoonlijkheidsstoornissen maar neigt naar over diagnosticeren. Dit zou mede kunnen komen doordat er geen nuances gemaakt kunnen worden in de beantwoording van de vragen. Het is heel zwart-wit. Doordat de nuances wegvallen kunnen classificaties gesteld worden die, met de nuances, mogelijk niet gesteld zouden worden. De Telescreen 4.0 over diagnosticeert omdat deze gemaakt is om zo min mogelijk stoornissen te missen. Hierdoor is het systeem eerder geneigd een stoornis wel toe te schrijven dan niet. Het systeem heeft moeite om de narcistische en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis te herkennen.

Het doel van het onderzoek is aan de hand van deze resultaten bereikt. Het doel van deze pilotstudie was inzicht verwerven aangaande de convergente validiteit van de Telescreen 4.0 en inzicht te geven in de aanpak voor het overkoepelende onderzoek. Er is inzicht verworven in de convergente validiteit met betrekking tot de persoonlijkheidsstoornissen die het vaakst voorkomen in de steekproef. Daarnaast moet rekening gehouden worden met het feit dat de diagnostiek van stoornissen met een extreem lage base rate lastiger is. Als de base rate zeer hoog of zeer laag is zal de diagnostische nauwkeurigheid die kan worden bereikt door het gebruik van diagnostische testen veel lager zijn dan wanneer de stoornis in een gemiddelde frequentie voorkomt (Urbina, 2004).

De resultaten en de interpretatie daarvan zijn onderhevig aan een aantal beperkingen in dit onderzoek. Zoals blijkt uit de spreiding van de classificatie door de SCID-II is een aantal persoonlijkheidsstoornissen in dit onderzoek ondervertegenwoordigd. Deze persoonlijkheidsstoornissen komen immers weinig voor in de populatie en zullen in het overkoepelende onderzoek hoogst waarschijnlijk ook ondervertegenwoordigd blijven. Dit betekent dat alleen de persoonlijkheidsstoornissen die het meest voorkomen in de populatie meegenomen zijn in de analyse. Ondanks dat deze resultaten ook het meest relevant zijn voor

Scelta is het belangrijk te onthouden dat er nu niet een volledige conclusie getrokken kan worden over het algehele presteren van de Telescreen 4.0 op AS-II. Er kan alleen een conclusie getrokken worden over de persoonlijkheidsstoornissen die in de populatie het meest voorkomen.

De lage prevalentie van de schizotypische, schizoïde en theatrale persoonlijkheidsstoornis komt overeen met een eerder onderzoek van Zimmerman, Rothschild en Chelminski (2005). Hierbij is gekeken naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ambulante psychiatrische patiënten. De theatrale persoonlijkheidsstoornis had hierbij maar 1% prevalentie, de schizoïde 1.4% en de schizotypische 0.6%. Cluster C werd het meest vertegenwoordigd met een prevalentie van 21.8%. Daarbij kwam de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis het meest voor met een prevalentie van 14.7%, gevolgd door de borderline persoonlijkheidsstoornis 9.3% en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis 8.7%. Het feit dat de theatrale, schizoïde en schizotypische niet meegenomen konden worden in dit onderzoek komt overeen met het onderzoek vanuit Dijksman (2016). Ook bij het onderzoek van Dijksman bleken deze persoonlijkheidsstoornissen niet vaak voor te komen en konden ze niet worden meegenomen in het onderzoek.

Een andere beperking in het onderzoek is dat bij de SCID-II doorvragen gesteld kunnen worden, dit kan niet bij de Telescreen 4.0. Er is door patiënten vaak teruggegeven dat de Telescreen 4.0 te zwart-wit voor hen was waardoor ze vaak “ja” of “juist” invulden. Daarnaast zijn er externe factoren geweest die de uitvoering van dit onderzoek belemmerden. De SCID-II vond plaats onder therapietijd waardoor patiënten minder geneigd waren mee te werken aan het onderzoek en afspraken vaak afgezegd werden, waardoor het langer duurde om respondenten te verzamelen.

Verder is er een duidelijk verschil tussen het aantal mannen en vrouwen dat heeft meegedaan aan het onderzoek. Onderzoek van Torgersen, Kringlen en Cramer (2001) laat zien dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij mannen en vrouwen bijna gelijk is (vrouwen: 14.6% en mannen 13.7%). Echter, de populatie van patiënten bij Scelta is voornamelijk vrouw (man-vrouw: 20-80%). De steekproef is dus representatief kijkend naar de populatie bij Scelta. Een verklaring voor het grote verschil tussen mannen en vrouwen kan gevonden worden in de literatuur. Onderzoek van Ten have, Schoemaker en Vollebergh (2002) laat zien dat vrouwen vaker beperkingen ervaren als gevolg van psychische problemen en vaker hulp zoeken bij zowel de eerste lijns zorg als de geestelijke gezondheidszorg. Vrouwen geven aan, ondanks dat zij vaker hulp zoeken dan mannen, toch meer behoefte te hebben aan professionele hulpverlening. Een verklaring voor het feit dat mannen minder vaak hulp zoeken is dat mannen psychische problemen vaak externaliseren en gebruiken misbruik van alcohol, drugs en agressief gedrag als coping (Ten Have, Schoemaker, Vollebergh, 2002). Zij komen vaker in het criminele circuit dan in de gezondheidszorg.

5.2 Discussie

Doordat het onderzoek kwantitatief is en de scoring van de SCID-II gestandaardiseerd is, heeft het onderzoek een hogere mate van betrouwbaarheid. Daarnaast worden de SCID-II resultaten niet alleen door de onderzoeker bekeken maar ook door een supervisor. Dat betekent dat er door meerdere onafhankelijke partijen gekeken wordt of de SCID-II adequaat gescoord is. Dit betekent dat de SCID-II waarmee de Telescreen 4.0 vergeleken is betrouwbare classificaties heeft opgeleverd. De betrouwbaarheid wordt door deze *peer examination* verhoogd. Daarnaast is het onderzoek herhaalbaar met andere onderzoekers en andere respondenten.

De onderzoeksresultaten zijn voor Scelta bruikbaar omdat ze een goede indicatie geven van de validiteit van de Telescreen op de persoonlijkheidsstoornissen die het meest voorkomen in hun populatie. Daarnaast geeft het mooie inzichten aangaande de aanpak van het overkoepelende onderzoek. De resultaten geven een voorbode van wat er verwacht kan worden in het verdere onderzoek. Ook kunnen de beperkingen die binnen deze pilotstudie gevonden zijn gebruikt worden om te zorgen dat deze beperkingen geen rol meer spelen bij het overkoepelende onderzoek.

Het lage respondentpercentage heeft invloed op de validiteit van het onderzoek, omdat *non-response* interpretatie van weldegelijk gevonden resultaten bemoeilijkt. De conclusies van het onderzoek hebben betrekking op een groot deel van de populatie. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen zijn geanalyseerd en de conclusies daarvan zijn geldig voor de onderzoeksdoelgroep. Daarnaast zijn de respondenten op de hoogte van het feit dat ze mee doen aan een onderzoek en hebben zij vaak inzicht in de stoornissen die uitgevraagd worden, waardoor zij een vertekend beeld kunnen geven. Doordat de persoonlijkheidsstoornissen die een lage prevalentie hadden niet zijn meegenomen in de analyses, is er minder afbreuk gedaan aan de validiteit.

5.3 Aanbevelingen

Vanuit de resultaten van het onderzoek kunnen er aanbevelingen worden gedaan voor zowel de praktijk als vervolgonderzoek.

Om de kwaliteit van de Telescreen 4.0 te verbeteren kan er voor gekozen worden om doorvragen in het systeem te plaatsen. Zo kan men bijvoorbeeld de optie toevoegen dat een patiënt een voorbeeld in kan typen. Dit zal het over diagnosticeren door de Telescreen 4.0 niet tegengaan, aangezien het systeem niet herkent of een voorbeeld aan een criterium voldoet, maar het kan de behandelaar wel inzicht en nuances geven in de antwoorden van de patiënten. De resultaten hiervan kunnen geëvalueerd worden door eenzelfde onderzoek naar de convergente validiteit van de verbeterde Telescreen 4.0.

Aan de hand van de resultaten is het belangrijk dat er verder onderzoek gedaan wordt. Deze pilotstudie heeft bruikbare resultaten opgeleverd voor een aantal persoonlijkheidsstoornissen. Het overkoepelend onderzoek, met meer respondenten, kan mogelijk beter uitsluitsel geven.

Wat betreft de bruikbare resultaten kan de organisatie oproepen tot het verbeteren van de validiteit van deze stoornissen in de Telescreen 4.0. Hierbij moet Scelta overwegen of het 'overdiagnosticeren' wil tegen gaan. Hierdoor kunnen er namelijk wel meer *false negatives* ontstaan.

Het vervolgonderzoek moet zich richten op alle persoonlijkheidsstoornissen en moet meer respondenten meenemen in de dataverzameling. Om te kijken of het systeem goed functioneert op het gebied van AS-II kan Scelta overwegen samen te werken met andere organisaties voor persoonlijkheidsstoornissen zodat de prevalentie van alle persoonlijkheidsstoornissen voldoende is om er duidelijke uitspraken over te doen. Hierbij gaat het om het verwerven van een grotere steekproef. Ook kan Scelta er voor kiezen deze patiëntengroepen juist op te zoeken en hier specifiek onderzoek naar doen, zodat er uiteindelijk een conclusie getrokken kan worden over de validiteit over de hele AS-II.

Een andere aanbeveling is het invoeren van een zogeheten terugkoppelsgesprek naar aanleiding van de Telescreen 4.0 resultaten. Het is gebruikelijk dat de hoofdbehandelaar een kritische evaluatie van de SCID-II resultaten geeft en daaropvolgend een definitieve DSM-classificatie opstelt. Dit zou ook zo gedaan kunnen worden bij de Telescreen 4.0. Dan kan er ook doorgevraagd worden bij classificaties waar twijfel is en kan de patiënt zijn antwoorden uitleggen. Dit terugkoppel gesprek zou gehouden kunnen worden door een Toegepast Psycholoog met kennis van de Telescreen 4.0.

Er moet geanalyseerd worden wat het beste rendement oplevert voor Scelta. Aangezien de SCID-II veel tijd, bezetting en geld kost zou de Telescreen 4.0 mogelijk voor een hoger rendement kunnen zorgen. Wanneer er getwijfeld wordt aan de uitkomsten van de Telescreen 4.0, mogelijk doordat de hoofdbehandelaars een ander beeld van de patiënt hebben gezien bij de intake of in de behandeling, kan dit terugkoppelsgesprek plaats vinden. Dit betekent dat niet bij elke patiënt een gesprek hoeft plaats te vinden, maar alleen als er sprake is van twijfel of als er extreem afwijkende resultaten uitkomen in vergelijking met de klinische observatie.

Ook is het interessant om te onderzoeken hoe de patiënten de Telescreen 4.0 ervaren. Hoe tevreden zijn ze over het instrument en wat vinden zij van de vragen? Is het duidelijk, hebben ze het idee dat ze goed hun klachten kunnen omschrijven of is het lastig om te werken met een instrument waarbij je alleen ja/nee kan antwoorden? Uiteindelijk gaat het om de effectiviteit voor de patiënt.

Tot slot zou er ook onderzocht kunnen worden hoe de behandelaren de Telescreen 4.0 ervaren. Is het duidelijk en overzichtelijk voor hen om mee te werken en kunnen ze de benodigde informatie daaruit halen?

De Telescreen 4.0 is een veel belovend instrument, maar voor de toepassing ervan is meer onderzoek nodig.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author
- Bental, R.P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model and persecutory delusions. In Davis, A.S. & Atting, J. (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia*. London: Lawrence Erlbaum
- Black, D., Car, J., Pagliari, C., et, al. (2011). *The impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview*. Geraadpleegd op <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000387>
- Brooks, R.B., Baltazar, P.L., McDowell, D.E., Munjack, D.J & Bruns, J.R. (1991). Personality disorders co-occurring with panic disorder with agoraphobia. *Journal of personality disorders*, 5(4), 328-336
- Campbell, W.K. (1999). Narcissism and romantic attraction. *Journal of personality and social psychology*, 77(6), 1254-1270
- Diekstra, R.F.W. (1990). Persoonlijkheidsstoornissen. In Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (Eds.), *Handboek psychopathologie deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Dijksman, I., Dinant, G.J. & Spigt, M. (2016). The concurrent validity of a new eDiagnostic system for mental disorders in primary care. *Family practice*, 0(0), 1-10. doi: 10.1093/fampra/cmz069
- Dingemans, P. & Sno. H. (2004). Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift psychiatrie*, 46,(10), 705-709
- Duyens, I.J., Eurlings-bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.W.F. & Ouwersloot, G. (1993). *VKP/vragenlijst voor kenmerken van de persoonlijkheid*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV.
- Ehrt, U., Brieger, P. & Mernerros, A. (2003). Temperament and affective disorders: historical basis of current discussion. *Fortschritte der neurologie psychiatrie*, 71(6), 323-331
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545-550
- Fenigstein, A. (1996). Paranoia. In Costello, C.G. (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., et, al. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part 1: Description. *Journal of personality disorders*, 9, 83-91
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., Davies, M., Borus, J., Haes, M.J., Kane, J., Pope, H jr. & Rounsaville, B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: multi-site test-retest reliability study. *Journal of psychiatry disorders*, 9(2), 92-104
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., Benjamin, L. (1997). *User's guide for the structured clinical interview or DSM-IV Axis II personality disorders: SCID-II*. Washington DC: American Psychiatric Press

- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L. & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: criterion validity of the personality diagnostic questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of personality disorders*, 12, 172-178
- Frude, N. (1987). *A Guide to SPSS/PC+*. New York: Springer-Verlag
- Geertsma, R.E., Bruijn de, A.C.P., Hilbers-Modderman, E.S.M., Hollestelle, M.L., Bakker, G. & Roszek, B. (2007). *New and emerging medical technologies: A horizon scan of opportunities and risks*. Bilthoven: RIVM
- Gramzow, R. & Tangney, J.P. (1992). Proneness to shame and the narcissistic personality. *Personality and social psychology Bulletin*, 18(3), 369-379
- Grotenhuis, te M. & Matthijssen, A. (2011). *Basiscursus SPSS*. Uitgeverij Gorcum.
- Gude, T., Hoffart, A., Hedley, L. & Ro, O. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of personality disorders*, 18(6), 604-610
- Gunderson, J.G. & Elliott, G.R. (1985). The interdice between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of psychiatry*, 147, 277-287
- Have ten, M., Schoemaker, C. & Wollebergh, W. (2002). Gendersverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 44 (6), 367-375
- Heeren, T. & Esterik, A. (2016). *Koersvast: veranderen & bezuinigen binnen GGZ Centraal*. Geraadpleegd op <http://www.ggzcentraal.nl/nieuws/nieuws/2016/01/koersvast-veranderen--bezuinigen.html>.
- Hilsenroth, M.J., Segal, D. (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment, personality assessment*. USA: John Wiley & Sons.
- Hurt, S.W., Hyler, S.E., Frances, A., Clarkin, J.F. & Brent, R. (1984). Assessing Borderline Personality Disorder With Self-Report, Clinical Interview, or Semistructured Interview. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1228-1231
- Jacobsberg, L., Perry, S. & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of personality assessment*, 65, 428-453
- Leijten, R. & Gerven van, H. & Maes, B. (2015). *Het personeel van GGZ-instellingen aan het woord*. Geraadpleegd op <https://www.sp.nl/sites/default/files/personeelvanggzinstellingenaanhetwoord.pdf>.
- Lionarons, H., Leur van de, E., Smit, R., Dijkman, I. (2014). *Telescreen*. Geraadpleegd op <https://www.telepsy.nl/TS>
- Lobbestael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and Axis II Disorders (SCID-II). *Clinical Psychology and psychotherapy*, 18(1), 75.79. doi:10.1002/cpp.693
- Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A. et. al. (1994). The international personality disorders examination. The world health organization/alcohol, drug abuse and mental health administration. International pilot study of personality disorders. *Archives of psychiatry*, 51, 215-224
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Donati, D. et al. (1997). Interreater

- reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) version 2.0. *Journal of personality disorders*, 11, 279-284
- Mitchell, J. (2000). Increasing the cost-effectiveness of telemedicine by embracing e-health. *Journal of telemedicine and telecare*, 1(6), 16-19. doi: 10.125811357633001934500
- Mokkink, L., Terwee, B., Patrick, D., Alonso, J., Stratford, P., Knol, D., Bouter, L. & Vet de, H. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *BCM medical research methology*. Doi: 10.1186/14712288-10-22
- Nguyen, D., Klein, B., Meyer, D., William Austin, D., Abbott, J. (2015). The diagnostic validity and reliability of an internet-based clinical assessment program for mental disorders. *Journal of medical internet research*, 17(9), e218. doi: 10.2196/jmir.4195
- Nicolson, R. & Rapoport, J.L. (1999). Childhood case schizophrenia: Rare but worth studying. *Biological psychiatry*, 46(10), 1418-1428
- O'Boyle, M. & Self, D. (1990). A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry research*, 32(1), 85-92. doi: 10.1016/0165-1781
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Rosnick, L. & Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *American Journal of psychiatry*, 149, 213-220. doi: 10.1176.ajp.149.2.213
- Ouwersloot, G., Brink van de, W., Boer de, O. & Hoogduin, C.A.L. (1989). *Personality diagnostic questionnaire-revised*. Nederlandse vertaling. Delft: P.C. Joris
- Ouwersloot, G., Brink van de, W., Diekstra, R., Hoogduin C.A.L. (1994). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen: Een evaluatie van Nederlandstalig instrumentarium. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 32(8), 105-125
- Overholser, J.C. (1996). The dependent personality and interpersonal problems. *Journal of nervous and mental disease*, 184(1), 8-16. doi: 10.1097/00005053-199601000-00003
- Pfohl, B., Blum, N & Zimmerman, M. (1995). *The structured interview for DSM-IV personality disorders (SIDP-IV)*. Iowa city, USA: University of Iowa college of medicine.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2015). *Dossier consumenten-ehealth*. Geraadpleegd op https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Dossier_eHealth_Zelfmanagement_en_Gezondheidsvaardigheden.pdf
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *E-health in zicht*. Geraadpleegd op https://www.google.nl/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_Ehealth_in_zicht.pdf&ved=0ahUKEwjiw8yyp6jRAhWDPxoKHWc8DKsQFgggMAA&usg=AFQjCNGBP68nwVxrAaleMgQu0bA6cAScRQ

- Rennenberg, B., Chambless, D.L., Dowdall, D.J., Fauerback, J.A. & Gracely, E.J. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R, Axis II and the million clinical multiaxial inventory A concurrent validity study of personality disorders among anxious outpatients. *Journal of personality disorders*, 6, 117-124. doi: 10.1521/pedi.1992.6.2.117
- Segal, D.L., Hersen, M. & van Hasselt, V.B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive psychiatry*, 35(4), 316-327
- Seto, M.C., Maric, A. & Barbaree, H.E. (2001). The role of pornography in the etiology of sexual aggression. *Aggression and violent behaviour*, 6(1), 35-53. doi: 10.1016/S1359-1789(99)00007-5
- Skodol, A.E., Rosnick, L., Kellman, D., Oldham, J.M. & Hyler, S.E. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1297-1299
- Tillfors, M. & Ekselius, L. (2009). Social Phobia and avoidant personality disorder: are they separate diagnostic entities or do they reflect a spectrum of social anxiety?. *Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46(1), 25-33
- Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk*. Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum
- Torgersen, S., Kringler, E. & Cramer, U. (2001). Prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58 (6), 590-596. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590
- Urbina, S. (2004). *Essentials of psychological testing*. New jersey: John Willey & Sons
- Velde, van F., Cihangir, S. & Borghans, H.J. (2008). *E-health en domotica in de zorg: kans of risico?*. Utrecht: Inspectie voor gezondheidszorg
- Vlaskamp, F.J.M., Webers, K., Peters-Volleberg, G.W.M & Halteren van, A.R. (2001). *Telemedicine en telecare in de thuiszorg: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen*. Bilthoven: RIVM
- Wakefield, J.C. (2010). *False positives in psychiatric diagnosis: implications for human freedom*. USA: Springer Science+Business media BV
- Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-IV AS-II persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II)*. Lisse: Swets & Zeilinger
- Wilberg, T., Dammer, T. & Friis, S. (2000). *Comparing personality diagnostic questionnaire -4+ with (LEAD) standard diagnoses sample with high prevalence of axis I and axis II disorders*. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 295-302
- Wolf, S. (2000). Schizoid personality in childhood and asperger syndrome. In McPortland, J.C, Krin, A. & Volkmer, F.R. (Eds.), *Asperger syndrome*. New York: Guildford press
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1991-1918. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911

Bijlage 1: Stellingen

Studentnummer :343456

Naam student : Mara Velmans

Onderwerp scriptie : Convergente validiteit Telescreen AS-II in vergelijking met de SCID-II

Stelling 1: Een patiënt moet nooit de stempel “uitbehandeld” krijgen, indien er nog sprake is van klachten die significante beperkingen of lijden veroorzaken.

Stelling 2: Het moet verboden worden voor behandelinstellingen om patiënten te belonen (bijv. door een tegoedbon of vergoeding) voor het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek

Stelling 3: Indien er sprake is van strafrechtelijke feiten mag een behandelteam de beslissing maken om anoniem aangifte te doen over/voor de patiënt in kwestie, zelfs als deze hier niet mee instemt.

Stelling 4: Het SCID-II interview mag alleen door afgestudeerde psychologen worden uitgevoerd die een afgeronde SCID cursus hebben gedaan.

Stelling 5: Bij een discrepantie tussen uitkomst van psychologisch onderzoek en de klinische blik, prevaleert het klinisch oordeel.

