Online diagnostiek van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis: Een vergelijking met de BPDSI-IV en de SCID-II

Bachelor Thesis

Auteur: C. T. R. van der Horst

Studentnummer: 345329

School: Hogeschool Saxion Deventer

Opleiding: Toegepaste Psychologie, hoofdstroom Klinische Psychologie

Cursus: Bachelor Thesis AMA

Eerste begeleider: Boris van Waterschoot

Twee begeleider: Boy Schreuder-Goedheijt

In opdracht van GGNet Scelta Apeldoorn

Intern begeleid door Dhr. Farid Chakhssi

Apeldoorn, 26.06.2017

Voorwoord

Dit afstudeeronderzoek is geschreven in het kader van mijn bachelor thesis voor de opleiding Toegepaste Psychologie aan hogeschool Saxion. Het onderzoek heeft gelopen van begin februari tot eind juni. Voor mijn afstudeerperiode heeft Scelta Apeldoorn mij een mooie plek geboden om werkervaring op te doen en mijn thesis te schrijven. Mijn begeleiders en collega's hebben mij hartelijk ontvangen en hun best gedaan om met mij er een leuke en leerzame tijd van te maken. Naast de organisatie heb ik een prettige samenwerking ervaren met mijn begeleiders van school. Ik heb te allen tijde het gevoel gehad dat ik bij hen terecht zou kunnen. Als ik terugdenk aan de afgelopen maanden kijk ik vol trots en voldoening terug op wat ik heb mogen doen en wat ik heb neer kunnen zetten als afstudeeronderzoek.

Mijn interne begeleider Farid wil ik bedanken voor het vertrouwen dat hij mij heeft gegeven voor het aangaan van de afstudeeropdracht. Ik heb mij geen enkel moment minderwaardig gevoeld als stagiaire. Ik mocht altijd plotseling binnenlopen om samen met jou te sparren over mijn ideeën. Heel prettig dat dit kon en mocht. Bedankt voor de fijne tijd die ik mede door jou heb gehad. Tevens wil ik Monique Zoet bedanken voor alle goede zorgen over mij en alle andere stagiaires. Het maakt niet uit welke dag het is of hoe druk zij is, zij staat altijd klaar voor iedereen. Dat waardeer ik enorm.

Mijn eerste begeleider Boris wil ik bedanken voor het prettige contact, de leermomenten en de ondersteuning bij het schrijven van mijn bachelor thesis. Hij heeft mij het gevoel gegeven dat ik er niet alleen voor stond. Voor mij is het soms een drempel om hulp te vragen. Hij heeft deze drempel weggenomen door aan te geven en te laten zien dat ik met welke vraag dan ook contact mocht opnemen. Daarnaast wil ik Boris en Boy samen bedanken voor jullie kritische blik op mijn geschreven stukken. Jullie feedback heeft mij op een andere manier laten kijken naar mijn tekst waardoor ik mijzelf heb kunnen verbeteren. Ook wil ik mijn derde begeleider alvast bedanken voor het lezen van mijn thesis voor de beoordeling.

Verklarende woordenlijst

Validiteit:	de mate waarin een concept nauwkeurig wordt gemeten
Sensitiviteit:	de mate waarin correct aanwezigheid van het te meten construct wordt gesteld
Specificiteit:	de mate waarin correct aanwezigheid van het te meten construct wordt uitgesloten
De positief voorspellende waarde:	de mate waarin bij patiënten aanwezigheid wordt gesteld en daadwerkelijk de stoornis aanwezig is
Negatief voorspellende waarde:	de mate waarin bij patiënten afwezigheid wordt gesteld en daadwerkelijk de stoornis afwezig is
Comorbiditeit:	het tezamen voorkomen van verscheidene mentale stoornissen

Samenvatting

De Telescreen 4.0 is een vrij nieuwe eHealth zelfbeoordelingsvragenlijst gebaseerd op de vijf assen van de DSM-IV. Dit instrument wordt ingezet voor diagnostische screeningsdoeleinden. Vanuit de praktijk bestaat er interesse in de toepassing van de Telescreen 4.0 als volwaardig diagnostisch instrument voor het classificeren van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Dit onderzoek geeft een oriënterende blik op de validiteit van de Telescreen 4.0 voor het classificeren van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor dit onderzoek worden de semigestructureerde interviews de SCID-II en de BPDSI-IV als vergelijkingsstandaarden gehanteerd. Alle drie de instrumenten zijn afgenomen bij een klinische groep binnen de derdelijns geestelijke gezondheidszorg. De groep bestaat uit 17 patiënten in de leeftijd van 18 tot 49 jaar met zowel as-I als as-II stoornissen. Volgens de SCID-II hebben 10 van de 17 patiënten de borderline persoonlijkheidsstoornis. Volgens de BPDSI-IV zijn dit 13 van de 17 patiënten. De uitkomsten van de diagnosemetingen met de Telescreen 4.0 lijken significant afwijkend van de uitkomsten met de SCID-II en de BPDSI-IV. Op criteriumniveau komen de uitkomsten met de Telescreen 4.0 op 4 criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis significant afwijkend naar voren. Voor de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis lijkt de Telescreen 4.0 een voldoende tot uitstekende mate van sensitiviteit, specificiteit en positief voorspellende waarde te hebben. De negatief voorspellende waarde lijkt echter in vergelijking tot de BPDSI-IV onvoldoende te zijn. Op criteriumniveau laat de Telescreen 4.0 een wisselend beeld zien voor de sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde.

De resultaten van dit onderzoek veronderstellen dat de Telescreen 4.0 voor de classificering van de borderline persoonlijkheidsstoornis geen volwaardig diagnostisch instrument zal zijn in vergelijking tot de SCID-II en de BPDSI-IV. Echter, er is vervolgonderzoek nodig met een grotere steekproef en diepgaandere statistiek om de validiteit van de Telescreen 4.0 nauwkeurig te kunnen meten.

Inhoudsopgave

1: Inleiding **6**

2: Theoretisch kader **10**

3: Onderzoeksdesign **16**

3.1: Onderzoeksmethode *16*

3.2: Onderzoeksdoelgroep *16*

3.3: Onderzoeksinstrumenten *17*

3.3.1: Telescreen 4.0 *17*

3.3.2: BPDSI-IV *17*

3.3.3: SCID-II *18*

3.4: Procedure *18*

3.5: Analyses *19*

4: Onderzoeksresultaten **20**

4.1: Uitvoering *20*

4.2: Respons *21*

4.3: Vergelijking totale scores Telescreen 4.0 - SCID-II *21*

4.4: Vergelijking criteriumscores Telescreen 4.0 - SCID-II *22*

4.5: Vergelijking totale scores Telescreen 4.0 - BPDSI-IV *23*

4.6: Vergelijking criteriumscores Telescreen 4.0 - BPDSI-IV *24*

5: Discussie en aanbevelingen **25**

5.1: Aanbevelingen *30*

Literatuur **32**

Bijlage 1: Toestemmingsverklaring **38**

Bijlage 2: Aanvullende tabellen **39**

Bijlage 3: Stellingen **40**

Bijlage 4: Eigen werk verklaring **41**

1: Inleiding

Partijen betrokken binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg hebben een bestuurlijk akkoord getroffen ter verbetering en waarborging van de kwaliteit en de beheersbaarheid van de zorg. Om deze doelstellingen te kunnen behalen en behouden is een van hun taken het matigen van de zorgkosten (Rijksoverheid, 2013). Tot op heden is het verlagen van kosten echter nog niet gelukt. Daarentegen stijgen de zorgkosten binnen de geestelijke gezondheidszorg nog steeds (Besseling & Shestalova, 2011; Bijenhof, Folkertsma, Kommer, Slobbe & Polder, 2012; van Rooijen, Goedvolk & Houwert, 2013). Door de stijgende kosten benadrukken de partijen de noodzaak van efficiënte en effectieve zorg. Om een verbetering in zorgkwaliteit en verlaging van kosten te verkrijgen, wordt als potentiële strategie de implementatie van eHealth aangewezen (Rijksoverheid, 2013). Binnen verscheidene studies wordt eHealth gezien als de manier om kosten te kunnen verlagen en de effectiviteit van zorgprocessen te vergroten (Aanesen, Lotherington & Olsen, 2011; Besseling & Shestalova, 2011; Bijenhof, Folkertsma, Kommer, Slobbe & Polder, 2012; Black et al., 2011; Hedberg & Morosi, zoals geciteerd in Urueña, Hidalgo & Arenas, 2016; Smit, Lokkerbol, Riper, Majo, Boon & Blankers, 2011; van der Geest, Boudeling & Janssen, 2013; van Ewijk, van der Horst & Besseling, 2013; van Rooijen, Goedvolk & Houwert, 2013).

Inzet van eHealth betekent voornamelijk inzet van zorgverleningsdiensten via het internet (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2012). eHealth kan het contact tussen een zorgverlener en zorgbehoevende, het contact tussen zorgverleners, het verkrijgen van gezondheidsinformatie en het bijhouden van patiëntgegevens eenvoudiger en doeltreffender maken (Krijgsman et al., 2013). eHealth kan onderverdeeld worden in drie clusters: e-zorg, e-zorgondersteuning en e-volksgezondheid. Binnen elk cluster is er een scala aan zorgverleningsdiensten. Hierbij kan gedacht worden aan online therapie via videobellen, online vragenlijsten voor diagnostische doeleinden, online interventies ter preventie en online patiëntendossiers (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Deze zorgverleningsdiensten kunnen geïntegreerd worden in huidige klinische zorgprocessen (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva, 2003).

De integratie van eHealth kan binnen klinische zorgprocessen verscheidene voordelen hebben. Zoals eerder benoemd kan het leiden tot een vermindering in zorgkosten. Verder kan het gebruik van eHealth resulteren in een vergroting van de efficiëntie en effectiviteit van de zorg voor zowel patiënten als klinische professionals (Black, et al., 2011; Faber, van Geenhuizen & de Reuver, 2017). Allereerst kan de efficiëntie en effectiviteit verhoogd worden door de betere aansluiting van eHealth bij de zorgbehoefte van patiënten dan de huidige zorgmiddelen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Patiënten kunnen zich comfortabeler voelen wanneer zij gevoelige onderwerpen bespreken met hun zorgverlener dan wanneer zij dit moeten doen in een face-to-face sessie. Dit kan te wijten zijn aan het uitblijven van oogcontact. Daarnaast kunnen patiënten zelf bepalen waar en in welk tempo zij gebruik maken van de zorgmiddelen via het internet. Dit draagt bij aan het gewenste zelfmanagement onder patiënten (Walther & Burgoon, 1992). Tevens kunnen zorgverleners via eHealth de belasting van diagnostische onderzoeken en de kans op bijwerkingen door diagnostische methoden bij

patiënten verminderen (van der Geest, Boudeling & Janssen, 2013). Ten tweede kan de efficiëntie en effectiviteit verhoogd worden door de inzet van eHealth dat kan bijdragen aan personele behoeftes. De inzet van eHealth kan voor zorgverleners de zorgprocessen doen vereenvoudigen en versnellen. Hiermee is een tijdwinst in werkzaamheden te behalen wat de werkdruk kan verlagen (Krijgsman et al., 2013). Tevens kunnen werkzaamheden die normaliter door zorgverleners worden uitgevoerd deels overgedragen worden aan patiënten. Bij deze overdracht komt de verantwoording bij de patiënten te liggen, wat resulteert in een toenemend zelfmanagement voor patiënten en een verminderde werkdruk voor zorgverleners (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Door het vervallen of vereenvoudigen van werkzaamheden bij gebruik van eHealth kunnen zorgverleners effectiever ingezet worden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002; van der Geest, Boudeling & Janssen, 2013). Effectievere inzet kan leiden tot een vermindering in huidige personeelstekorten (Krijgsman et al., 2013; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002; van der Geest, Boudeling & Janssen, 2013). Daarnaast kunnen zorgverleners onderling, door middel van eHealth, efficiënter en eenvoudiger informatie uitwisselen. Zo kunnen individuele zorgprocessen beter op elkaar afgestemd worden in het overkoepelende zorgproces. Een adequate afstemming tussen zorgverleners kan een onnodige herhaling van zorgactiviteiten voorkomen en zorgen voor algehele betrokkenheid in een vroeg stadium. Dit stimuleert de continuïteit van de zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002).

Naast voordelen bestaan er echter ook kanttekeningen bij gebruik van eHealth. Het gebruik van eHealth in een langdurig behandelingsprogramma kan bij een patiënt leiden tot het ervaren van eenzaamheid (Raad van de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Daarnaast vereist het gebruik van technologie binnen zorgprocessen waarborging van de privacy en vertrouwelijkheid van patiëntgegevens (Raad van de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Hoewel binnen de traditionele geestelijke gezondheidszorg deze thema's tevens een aandachtspunt zijn (Amichai-Hamburger, Klomek, Friedman, Zuckerman & Shani-Sherman, 2014). Ten slotte kunnen tijdens zorgprocessen technische gebreken ontstaan die een zorgproces verstoren (Raad van de Volksgezondheid en Zorg, 2002).

Naar aanleiding van de te verwachten voordelen van eHealth voor de kwaliteit en kosten van de zorg, heeft zorgverschaffer Scelta Apeldoorn interesse in de toepassing hiervan. Scelta is een zorglocatie van de overkoepelende organisatie GGNet. GGNet verschaft geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in het oosten van Nederland. Scelta valt binnen de derdelijns GGZ waar patiënten met persoonlijkheidsproblematiek worden behandeld (Scelta, z.j.). Patiënten binnen de derdelijns hebben ernstige, complexe en/of zeldzame problematiek (Stichting Topklinische GGz, 2017). Binnen Scelta zijn er drie vormen van behandeling, te weten: het kortdurend behandel, training en advies programma, de dag-klinische behandeling van drie dagen en de klinische behandeling van vier dagen. Alle drie de behandelingsvormen bestaan uit groepstherapie en individuele therapie. Scelta beoogt eHealth te willen integreren in het diagnostische proces van patiënten gedurende hun behandeling (Scelta, z.j.).

Tot op heden bestaat het diagnostisch proces binnen Scelta uit een intakeprocedure en de afname van de Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) en de Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). De intakeprocedure bestaat uit twee intakegesprekken en de afname van het semigestructureerde interview The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV (BPDSI-IV). De BPDSI-IV onderzoekt het voorkomen van borderline trekken in de afgelopen 3 maanden. Hierbij wordt de ernst en frequentie van het voorkomen gemeten (Giesen-Bloo, Wachters, Schouten & Arntz, 2010). Met het semigestructureerde interview SCID-I wordt as-I en met het semigestructureerde interview SCID-II as-II van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) diagnostisch onderzocht (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997a; First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997b). De DSM-IV is een erkende handleiding om mentale problematiek te classificeren aan de hand van vijf assen: as-I klinische stoornissen, as-II persoonlijkheidsstoornissen (en verstandelijke beperkingen), as-III somatische stoornissen, as-IV psychosociale- en omgevingsproblematiek en as-V het algemeen functioneren (American Psychiatric Association, 2000). De SCID-II heeft betrekking op persoonlijkheidsstoornissen welke onderverdeeld zijn in drie clusters corresponderend met de DSM-IV: het bizarre cluster A, het dramatische cluster B en het angstige cluster C (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997a). Binnen cluster A valt de paranoïde persoonlijkheid, de schizoïde persoonlijkheid en de schizotypische persoonlijkheid. Cluster B bestaat uit de antisociale persoonlijkheid, de borderlinepersoonlijkheid, de theatrale persoonlijkheid en de narcistische persoonlijkheid. Cluster C bevat de vermijdende persoonlijkheid, de afhankelijke persoonlijkheid en de obsessief-compulsieve persoonlijkheid (American Psychiatric Association, 2000). Tevens bevat de SCID-II de passief-agressieve en de depressieve persoonlijkheid zoals beschreven in vorige edities van de DSM (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997a).

Scelta wil weten of de huidige instrumenten van het diagnostisch proces vervangen kunnen worden door een eHealth diagnostisch instrument voor het vaststellen van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het beoogde alternatief is de online zelfbeoordelingsvragenlijst Telescreen 4.0. De Telescreen 4.0 classificeert door middel van adaptieve vragen de vijf assen van de DSM-IV bij een patiënt. Het invullen van de vragenlijst duurt, afhankelijk van het aantal problemen, 30 tot 90 minuten. Ter voorkoming van incorrecte classificaties wordt het noodzakelijk geacht om de resultaten te controleren met andere klinische middelen (Lionarons, van de Leur & Essed, 2013).

De inzet van de Telescreen 4.0 als vervanger van de BPDSI-IV en SCID-II heeft voordelen voor de patiënten en de zorgverleners. Allereerst is inzet van de Telescreen 4.0 minder belastend voor patiënten dan de andere instrumenten. De tijdsduur van het invullen van de Telescreen 4.0 is met 30 tot 90 minuten korter dan het uitzitten van de SCID-II met gemiddeld 120 minuten (Dingemans & Sno, 2004) en de BPDSI met gemiddeld 45 minuten (M. van Daalen, persoonlijke communicatie, 24 juni 2017). Daarnaast kan de intakeprocedure verkort worden door uitblijven van het BPDSI-IV-interview. Nu ervaren patiënten de intakeprocedure als zeer belastend omdat zij twee gesprekken en de afname van de BPDSI-IV na elkaar op een dag hebben. Hierbij treffen zij bij elk onderdeel een andere

zorgverlener waar zij telkens informatie opnieuw moeten delen (M. van Daalen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2017). Ten tweede sluit de Telescreen 4.0 beter aan op de zorgkwaliteit voor patiënten. Het SCID-II interview vindt plaats tijdens behandeling, terwijl de Telescreen 4.0 voor behandeling ingezet kan worden. Met inzet van de Telescreen 4.0 kan de diagnostische informatie in een vroeg stadium betekenisvol zijn, omdat bij vroege signalering van borderline problematiek deze informatie verwerkt kan worden in het behandelplan (Reich & Green, 1991). De diagnostische informatie uit de SCID-II wordt niet meegenomen in het behandelplan van patiënten. Daarnaast moeten patiënten ongewenst therapiesessies missen voor deelname aan de SCID-II. Ten derde resulteert inzet van de Telescreen 4.0 tot een verminderde werkdruk, tijdsbesparing, kostenreductie (Fassbinder et al., 2015; Velmans, 2017) en effectiever werken voor zorgverleners. De inzet van de diagnostische interviews kost namelijk veel tijd en inzet van getrainde en ervaren professionals (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Het gebruik van de Telescreen 4.0 kan gunstig zijn voor het intakegesprek met patiënten. Door vooraf de resultaten van de zelfbeoordelingsvragenlijst in te kunnen zien, kunnen zorgverleners doelgerichtere vragen stellen tijdens het gesprek. Dit komt ten goede van de effectiviteit van het gesprek (M. van Daalen, persoonlijke communicatie, 27 maart 2017).

Voordat een eHealth middel als de Telescreen 4.0 geïmplementeerd wordt, is het van belang om de gewenste verandering van middelen binnen de geestelijke gezondheidszorg eerst te onderzoeken (Jerome & Zaylor, 2000). Scelta is een grootschalige studie begonnen naar de validiteit van de Telescreen 4.0 om te onderzoeken in hoeverre dit instrument de BPDSI-IV, de SCID-I en SCID-II kan vervangen. Een onderdeel van deze studie is een uitgevoerde pilotstudie naar de convergente validiteit van as-II stoornissen binnen de Telescreen 4.0 in vergelijking met de SCID-II. Uit deze studie komt naar voren dat in 86 procent van de gevallen een correcte vaststelling van een persoonlijkheidsstoornis werd gedaan. Tegenover 55 procent van de gevallen waar een persoonlijkheidsstoornis correct werd uitgesloten door de Telescreen 4.0 (Velmans, 2017). Aangezien de BPDSI-IV de borderline persoonlijkheidsstoornis meet wil Scelta onderzoeken wat de validiteit is van de borderline meting binnen de Telescreen 4.0 in vergelijking met de BPDSI-IV en de SCID-II. Hier is tot op heden geen onderzoek naar gedaan, echter is onderzoek hiernaar van belang voor de waarborging van de validiteit van de meting.

Dit onderzoek is een oriënterend onderzoek naar de validiteit van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis gemeten door de Telescreen 4.0 in vergelijking met de BPDSI-IV en de SCID-II. Bij een valide meting door de Telescreen 4.0 is het een vereiste dat dit instrument dezelfde diagnose oplevert als de BPDSI-IV en de SCID-II. Voor het uitvoeren van dit onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld

> In hoeverre is de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV binnen de Telescreen 4.0 valide?

Dit onderzoek heeft twee vergelijkingen van instrumenten, de vergelijking van de Telescreen 4.0 met de BPDSI-IV en de vergelijking van de Telescreen 4.0 met de SCID-II. Voor deze vergelijking zijn de volgende deelvragen geformuleerd

In hoeverre is de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV binnen de Telescreen 4.0 convergent valide in vergelijking met de SCID-II?

In hoeverre is de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV binnen de Telescreen 4.0 convergent valide in vergelijking met de BPDSI-IV?

Convergente validiteit houdt het vergelijken van uitkomsten van het ene instrument met die van een ander instrument in. Waarbij vooraf ervan uit wordt gegaan dat beide instrumenten hetzelfde of een nauw verwant concept meten (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000).

Dit oriënterende onderzoek kan een verwachting scheppen voor de uitkomst van het grootschalige onderzoek. Tevens kunnen beperkingen en aanbevelingen uit dit onderzoek worden meegenomen als aandachtspunten voor het grootschalige onderzoek.

2: Theoretisch kader

Borderline is een ernstig en vaak voorkomende mentale persoonlijkheidsstoornis (Fassbinder et al., 2015). Op basis van aanwezige trekken uitend in vrijwel alle levensgebieden sinds de adolescentie of vroeg volwassenheid wordt de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld. Er moet minimaal worden voldaan aan vijf van de negen borderline trekken zoals beschreven in de DSM-IV om de diagnose te mogen stellen. Deze criteria hebben betrekking op angst om verlaten te worden, instabiele relaties, stemmingswisselingen, identiteitsstoornissen, destructief impulsief gedrag, zelfbeschadiging, suïcidaliteit, gevoel van chronische leegte en intense, ongecontroleerde of ongepaste woede (American Psychiatric Association, 2000). Elk criterium behoort bij een specifiek thema (zie tabel 8, bijlage 2). Er zijn veel verschillende combinaties van trekken die de diagnose vormen (Giesen-Bloo, Wachters, Schouten & Arntz, 2010). De symptomen zijn als een duurzaam patroon aanwezig en uiten zich in pervasieve, starre en langdurige gedragskenmerken en/of innerlijke ervaringen. De symptomen zijn onderverdeeld in de vier domeinen, te weten: interpersoonlijk functioneren, affecten, impulscontrole en cognitie (American Psychiatric Association, 2000).

Het classificeren van de borderline persoonlijkheidsstoornis is complex door de veelal instabiele presentatie van symptomen door patiënten, de overeenkomende criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis met as-I pathologie en het voorkomen van comorbiditeit (McGlashan et al., 2000; Skodol et al., 2002). Borderline heeft overeenstemming met as-I pathologie betreffende het criterium van recidiverend suïcidaal gedrag (American Psychiatric Association, 2000), impulsiviteit met middelengebruik of verstoord eetgedrag, stemmingsstoornissen en psychotische kenmerken. Deze overeenstemming gaat de richting op van comorbiditeit met soortgelijke as-I stoornissen (Skodol et al., 2002). Zo heeft de stoornis voornamelijk comorbiditeit met stemmings-, eet- en angststoornissen, middelenmisbruik (McGlashan et al., 2000; Stone, 2016), impulsbeheersing problematiek, gender identiteitsstoornissen, aandacht stoornissen en de posttraumatische stress-stoornis. Aangezien de borderline persoonlijkheid vaak gelijktijdig met stemmingsstoornissen voorkomt, is dit aangemerkt als

aandachtspunt binnen de DSM-IV (Adams & Sutker, 2004). Naast comorbide periodes hebben borderline patiënten tevens periodes relatief vrij van as-I stoornissen. In de praktijk wordt bevestigd dat comorbide stoornissen weggaan en terugkeren (McGlashan et al., 2000).
Naast as-I stoornissen heeft de borderline persoonlijkheid tevens overlap met andere as-II stoornissen (Stoff, Breiling & Maser, 1997; Zittel & Westen, 1998), in het bijzonder met die van cluster B (Kroll, 1998). Dit kan voortkomen uit het karakter van cluster B van impulsief, dramatisch en onvoorspelbaar gedrag (Zittel & Westen, 1998). Borderline patiënten hebben tevens vaak narcistische, theatrale, afhankelijke en andersoortige persoonlijkheidstrekken (Stone, 2016).

Voor het diagnosticeren van de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn de drie kwaliteitseisen betrouwbaarheid, validiteit en haalbaarheid van belang (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Voor diagnostiek is het ongestructureerde klinisch oordeel onbetrouwbaar en invalide. Het klinisch oordeel moet altijd ondersteund worden door diagnostische instrumenten (Heumann & Morey, 1990). Tot op heden is er geen erkende standaardprocedure om persoonlijkheidsstoornissen te diagnosticeren (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Interviews worden echter vaak als de ware meetprocedure beschouwd voor het vaststellen van borderline problematiek (Dingemans & Sno, 2004; Hopwood et al., 2008). Voor de diagnostisering van persoonlijkheidsstoornissen wordt het gebruik van semigestructureerde interviews aangeraden, omdat deze interviews resulteren in een betrouwbare en valide diagnose van persoonlijkheidsstoornissen (S. Bogaerts, A. Bogaerts & Kanters, 2014; Zimmerman, 1994). Het gebruik van volledig gestructureerde interviews wordt binnen diagnostiek niet geprefereerd, omdat de beoordeling van antwoorden interpretatie en reflectie vereist (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Inzet van zelfbeoordelingsvragenlijsten voor diagnosticering wordt beschouwd als een tijd efficiënt alternatief (Hopwood et al., 2008). Een zelfbeoordelingsvragenlijst als enig diagnostisch middel wordt echter afgeraden, tenzij validiteitsonderzoek een voldoende validiteit stelt. De betrouwbaarheid en haalbaarheid van een zelfbeoordelingsvragenlijst is wel voldoende gewaarborgd (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000).

Er zijn verschillende instrumenten beschikbaar voor het meten van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Onder de semigestructureerde interviews vallen instrumenten die alle DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen of uitsluitend de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis meten. Veel gebruikte interviews zijn de SCID-II, Structured Interview for DSM Personality Disorders (SIDP-IV; Pfohl, Blum & Zimmerman, 1995), International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger et al., 1994), Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD; Zanarini, Vujanovic, Parachini, Boulanger, Frankenburg & Hennen, 2003) en de BPDSI-IV. Bekende zelfrapportages voor een borderline meting zijn de Borderline Symptom List (BSL; Bohus et al., 2007) en de Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST; Pfohl et al., 2009). Tevens zijn er zelfbeoordelingsvragenlijsten die alle persoonlijkheidsstoornissen uitvragen, zoals Assessment of DSM-IV Personality disorders IV (ADP-IV; Schotte, 2002) en de Personality Disorder Questionnaire-4 (PDQ-4; Akkerhuis, Kupka, van Groenestijn & Nolen, 1996). Een vrij nieuwe eHealth

zelfbeoordelingsvragenlijst is de Telescreen 4.0 welke alle assen van de DSM-IV uitvraagt (Lionarons, Van de Leur & Essed, 2013). Er zijn weinig eHealth middelen voor borderline problematiek ontwikkeld omdat de veiligheid van een patiënt veelal niet gewaarborgd kon worden door vaak voorkomende suïcidale crisissen en gedragingen (Fassbinder et al., 2015). De voorkeur voor het gebruik van een instrument binnen de zorg gaat vaak uit naar een goedkoop, eenvoudig en weinig belastend instrument. In de praktijk gaat de keuze veelal uit naar een instrument waarmee de zorgverlener bekend is en het beoogde doel kan meten, waarvan de psychometrische kwaliteiten voldoende zijn en waarbij de kosten en afnametijd minimaal is (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000).

Veelal komen kenmerken van semigestructureerde interviews onderling overeen. Naast de vragen staan korte definities van het betreffende criterium welke uitgevraagd wordt. Voor de beoordeling van de antwoorden zijn er scoringsaanwijzingen en afkappunten weergegeven. Wanneer een patiënt 'ja' antwoordt, wordt doorgevraagd naar toelichting of voorbeelden om de score op het criterium duidelijk te krijgen (Dingemans & Sno, 2004). De validiteit van semigestructureerde interviews is veelal redelijk goed (Zimmerman, 1994). Het semigestructureerde interview BPDSI-IV heeft een goede betrouwbaarheid (ICC = 0.93) en interne consistentie (Cronbach's alpha = 0.85) en een uitstekende construct- en concurrente validiteit (Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch & de Bie, 2003; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten & Arntz, 2010). De psychometrische kwaliteiten van de SCID-II zijn goed. De validiteit van het meten van alle persoonlijkheidsstoornissen (k = 0.80) en de borderline persoonlijkheidsstoornis (k = 0.79) is goed (Arntz et al., 1992). De test-hertest interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed (k = 0.63) (Weertman, Arntz, Dreessen, van Velzen & Vertommen, 2003). Ondanks het betrouwbare en valide karakter van semigestructureerde interviews bestaan er kanttekeningen. Een kanttekening is de vaak lange afname van gemiddeld 90 minuten. Een andere kanttekening is het klinisch oordeel van de interviewer die mede de scoring bepaalt. Dit komt met name voor bij voorkomen van comorbide stoornissen. Patiënten kunnen meestal comorbide stoornissen niet scheiden van gelijksoortige andere stoornissen. Wanneer dit ter sprake is beïnvloed comorbiditeit het antwoord van de patiënt. In een dergelijke situatie moet de interviewer met zijn of haar klinische achtergrond andersoortige problematiek kunnen scheiden van borderline problematiek (Bos, van Velzen & Meesters, 2005). De klinische achtergrond heeft een grote invloed wanneer de diagnostische criteria bij de scoring niet of gedeeltelijk vaststaat omdat dan ervaring en persoonlijke kenmerken van de interviewer een rol kunnen spelen in de eindbeoordeling (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Hier kan bias een rol gaan spelen in de beoordeling (Bos, van Velzen & Meesters, 2005). Als de validiteit van semigestructureerde interviews echter wordt vergeleken met die van zelfbeoordelingsvragenlijsten is deze beter gewaarborgd binnen de interviews (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000).

Over zelfbeoordelingsvragenlijsten die persoonlijkheidsstoornissen meten bestaat vaak onzekerheid over de validiteit van de meting. Binnen de vragenlijsten zijn er stellingen gebaseerd op de DSM-criteria gepresenteerd. Het verschilt per vragenlijst of de ondervraagde kan kiezen uit een mate waarin de stelling van toepassing kan zijn of alleen wel of niet van toepassing (Dingemans & Sno, 2004). De

betrouwbaarheid van zelfbeoordelingsvragenlijsten wordt gewaarborgd door standaardisatie en structurering van de vragenlijst. Ook de haalbaarheid is gewaarborgd. De validiteit komt echter vaak in het geding. De validiteit is meestal onvoldoende door verschillende kanttekeningen waar weinig tot geen rekening mee gehouden wordt. Dit kan leiden tot een vertekend psychiatrisch beeld als uitkomst. Zo wordt er binnen de vragenlijst vaak geen rekening gehouden met comorbide stoornissen of de behandelingsgeschiedenis van een patiënt (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Daarnaast wordt vaak niet gecontroleerd in hoeverre een patiënt aan de algemene criteria van persoonlijkheidsstoornissen voldoet (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Verder kan door de aanwezige pathologie het introspectief vermogen en het realiteitsbesef van een patiënt onvoldoende zijn wat een vertekende weergave van symptomen kan geven (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Hopwood et al., 2008; Koeter et al., 1987; Ouwersloot, van de Brink, Diekstra & Hoogduin, 1994; Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Tevens worden borderline patiënten in verband gebracht met manipulatie ten aanzien van de presentatie van hun problematiek. Hierbij worden responsestijlen tijdens de beantwoording van vragen gevonden die een verstoorde presentatie van hun psychisch functioneren weergeeft (Hopwood et al., 2008). Aangezien er veel kanttekeningen zijn, worden zelfbeoordelingsvragenlijsten vaker ingezet voor screening dan voor de diagnosticering van persoonlijkheidsstoornissen (Hopwood et al., 2008; Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Als de wens bestaat om een zelfbeoordelingsvragenlijst te gebruiken voor diagnosticering, moeten de kanttekeningen in acht genomen worden en validiteitsonderzoek een voldoende validiteit stellen (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000).

In meerdere onderzoeken naar de overeenstemming tussen een interview en een zelfbeoordelingsvragenlijst op het meten van de borderline persoonlijkheidsstoornis komt een lage overeenstemming naar voren (Zimmerman, 1994). Echter, tussen interviews onderling blijkt tevens vaak een lage overeenstemming aanwezig te zijn (Hyler, Skodol, Oldham, Kellman & Doidge, 1992). De discrepantie tussen interviews en zelfbeoordelingsvragenlijsten wordt veelal verweten aan de overdiagnosticering van de zelfrapportages (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Dingemans & Sno, 2004). Overdiagnosticering betekent dat de zelfrapportage persoonlijkheidsstoornissen aanwezig stelt die binnen een interview als afwezig worden gesteld (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Hopwood et al., 2008). Tevens betekent dit dat de zelfrapportage weinig uitsluiting geeft van diagnoses. Zelfbeoordelingsvragenlijsten hebben dus veelal een hoge sensitiviteit en een lage specificiteit (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Dingemans & Sno, 2004). Daarbij hebben de vragenlijsten meestal een matige positief voorspellende waarde tegenover een betere negatief voorspellende waarde (Bos, van Velzen & Meesters, 2005). Echter, de mogelijkheid bestaat dat de discrepantie niet alleen te wijden valt aan de overdiagnose van de zelfrapportages. De discrepantie kan tevens beïnvloed zijn door onderdiagnose binnen interviews. Wanneer een meting met onderdiagnosticering wordt vergeleken met een nauwkeurige meting van een zelfbeoordelingsvragenlijst ontstaat er namelijk ook discrepantie in uitkomsten (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Pilkonis, Heape, Ruddy & Serrao, 1991). Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat beide methoden een incomplete presentatie geven van de te

meten symptomen. Als dit zo blijkt te zijn wordt het gebruik van beide methoden tezamen aangeraden (Pilkonis, Heape, Ruddy & Serrao, 1991).

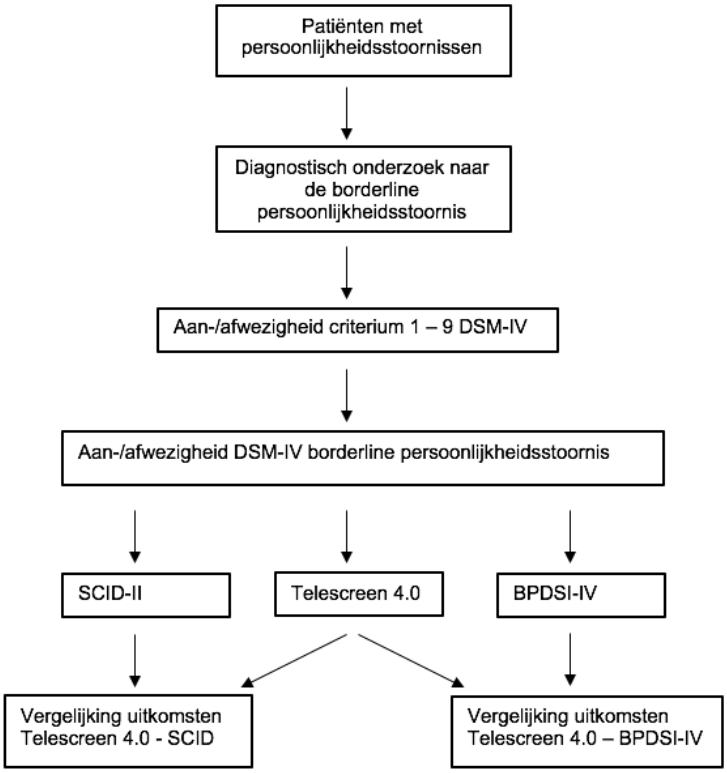
Naar de zelfbeoordelingsvragenlijst PDQ-4 zijn verschillende validiteitsonderzoeken gedaan. Bos, van Velzen en Meesters (2005) hebben onderzoek gedaan naar de validiteit van de PDQ-4 in vergelijking met de SCID-II bij psychiatrische patiënten van een deeltijdbehandeling. Binnen dit onderzoek wordt, met uitzondering van de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, een uitstekende sensitiviteit en negatief voorspellende waarde gevonden. De gevonden positief voorspellende waarde en specificiteit is laag. Hopwood et al. (2008) hebben onderzoek gedaan naar de validiteit van PDQ-4 op de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis in vergelijking met het gestructureerde interview 'Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders' (DIPD-IV). Uit dit onderzoek komt naar voren dat de zelfbeoordelingsvragenlijst, met uitzondering van instabiele relaties en het woede/boosheid criterium, meer borderline symptomen als aanwezig aanduidt dan het interview. De zelfrapportage lijkt beter te functioneren wanneer een patiënt gevraagd wordt naar ervaren aanwezige symptomen zoals een identiteitsstoornis en het gevoel van chronische leegte. Daartegenover lijkt het interview beter te functioneren op gedragskenmerkende/observeerbare symptomen zoals zelfbeschadiging en impulsiviteit. Het wordt hierbij aangeraden om als zorgverlener verschillende methodes te hanteren bij het meten van de verschillende criteria (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000).

Er is beperkt onderzoek gedaan naar de Telescreen. Dijksman, Dinant en Spigt (2016) hebben validiteitsonderzoek gedaan naar een eerdere versie van de Telescreen 4.0, namelijk de Telescreen 2.0 in vergelijking met een klinisch oordeel van basispsychologen. Het klinisch oordeel is gevormd door inzage in de Telescreen resultaten, waarna telefonisch contact is opgenomen met de respondenten voor het stellen van aanvullende vragen. De basispsychologen stonden onder supervisie van een BIG geregistreerde psycholoog. Binnen hun onderzoek is voor de borderline persoonlijkheidsstoornis de sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarden berekend. Zij hebben een uitstekende sensitiviteit van 0.96, voldoende specificiteit van 0.85, onvoldoende positief voorspellende waarde van 0.46 en uitstekende negatief voorspellende waarde van 0.99 gevonden. Door Velmans (2017) is onderzoek gedaan naar de Telescreen 4.0 op de aan-/afwezigheid van as-II stoornissen in vergelijking met de SCID-II. Bij het meten van aan-/afwezigheid van borderline is er een voldoende sensitiviteit van 0.88 en een voldoende specificiteit van 0.77 gevonden. De gevonden matige positieve voorspellende waarde is 0.58 en de uitstekende negatief voorspellende waarde is 0.94.

Het onderzoeken van de validiteit van een instrument die persoonlijkheidsstoornissen beoogt te meten kan uitsluitend op een indirecte wijze worden onderzocht. Dit komt omdat er geen erkende handleiding is van beoordelingscriteria bij deze soort instrumenten. Een methode die vaak wordt toegepast om te validiteit te meten is het meten van de convergente validiteit (Verheul, van den Brink, Spinhoven & Haringsma, 2000). Deze methode wordt binnen dit onderzoek toegepast. Het meten van de validiteit

van diagnostische instrumenten wordt verricht door het vergelijken van testresultaten van het te onderzoeken instrument met een soortgelijk gevalideerd instrument (Altman & Bland, 2012; Wong & Lim, 2011). Binnen dit onderzoek wordt de convergente validiteit van de Telescreen 4.0 in vergelijking tot de BPDSI-IV en SCID-II onderzocht.

De opzet van dit onderzoek wordt overzichtelijk in het conceptueel model (zie figuur 1) weergegeven. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die behandeld worden binnen Scelta worden uitgenodigd voor diagnostisch onderzoek naar de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis. Uit het diagnostisch onderzoek komt naar voren welke borderline criteria wel of niet aanwezig zijn bij een patiënt en of de borderline persoonlijkheidsstoornis diagnose aan- of afwezigheid is. Voor de uitvoering van het diagnostisch onderzoek wordt bij elke patiënt de semigestructureerde interviews SCID-II en BPDSI-IV en de zelfbeoordelingsvragenlijst Telescreen 4.0 uitgezet. De uitkomsten op criteriumniveau en van het wel of niet stellen van de diagnose worden met elkaar vergeleken. De uitkomsten van de Telescreen 4.0 wordt vergeleken met die van de BPDSI-IV en met die van de SCID-II. Voor valide diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis wordt verwacht dat de uitkomsten op criteriumniveau en op de diagnosestelling van de Telescreen 4.0 overeenkomen met die van de andere instrumenten. Naar verwachting zullen de resultaten uit dit onderzoek grotendeels overeenstemming hebben met eerdergenoemde onderzoeken naar de Telescreen. Op basis van die onderzoeken is allereerst te verwachten dat de specificiteit, sensitiviteit en negatief voorspellende waarde voldoende zullen zijn. Ten tweede is te verwachten dat de positief voorspellende waarde in het geding kan zijn. De uitkomsten van dit onderzoek zal een oriënterend beeld geven of de Telescreen 4.0 in potentie een alternatief zou kunnen zijn voor de SCID-II en de BPDSI-IV.



Figuur 1. Het conceptueel model ten behoeve van het validiteitsonderzoek van Telescreen 4.0

3: Onderzoeksdesign

Voor beantwoording van de onderzoeksvraag, in hoeverre de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV binnen de Telescreen 4.0 valide is, wordt de uitkomsten van de Telescreen 4.0 vergeleken met die van de BPDSI-IV en die van de SCID-II. Onder uitkomsten worden de totale scores (vaststelling van de diagnose) en criteriumscores (vaststelling van een criterium) verstaan. Dit betekent dat de totale scores van de Telescreen 4.0 worden vergeleken met de totale scores van de BPDSI-IV. Tevens worden de criteriumscores van de Telescreen 4.0 vergeleken met de criteriumscores van de BPDSI-IV. Dezelfde vergelijkingen gaan op voor de Telescreen 4.0 met de SCID-II.

3.1: Onderzoeksmethode

Binnen dit onderzoek wordt een kwantitatieve onderzoeksmethode gehanteerd. De keuze voor deze methode is gebaseerd op de toepassing van de semigestructureerde interviews BPDSI-IV en SCID-II en de eHealth zelfbeoordelingsvragenlijst Telescreen 4.0. Alle testresultaten kunnen kwantitatief gescoord worden waarna de resultaten kwantitatief geanalyseerd kunnen worden. Een kwantitatieve analyse brengt als voordeel het objectieve karakter en de nauwkeurigheid van onderzoeksresultaten.

3.2: Onderzoeksdoelgroep

Binnen de populatie van dit onderzoek vallen patiënten met DSM-IV as-II persoonlijkheidsstoornissen die binnen Scelta in behandeling zijn of op de wachtlijst voor behandeling staan. Een uitzondering hierop vormen patiënten met de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze patiënten worden niet behandeld binnen Scelta. Patiënten binnen de populatie zijn 18 jaar of ouder en worden klinisch of ambulant behandeld.

De steekproef bestaat uit patiënten in behandeling bij Scelta die het diagnostisch instrument BPDSI-IV al hebben doorlopen of ten tijde van hun behandeling gaan doorlopen. De BPDSI-IV wordt sinds eind november 2016 gebruikt binnen de intakeprocedure van Scelta. Uitsluitend patiënten die in 2017 zijn opgenomen en een oude intakeprocedure van Scelta hebben doorlopen krijgen de afname van de BPDSI-IV. Bij patiënten die in 2016 zijn opgenomen of die op een andere behandelingslocatie van GGNet een intakeprocedure hebben gekregen wordt de BPDSI-IV niet uitgezet. Bij hen wordt de BPDSI-IV niet uitgezet, omdat bij deze patiënten de afname van dit instrument niet bekend is en de behandelingssfeer onnodig zal verstoren. Inzet van diagnostische instrumenten moet van tevoren in de behandelingssfeer bekend en geaccepteerd zijn onder patiënten, omdat dit anders voor onrust kan zorgen. Naast de BPDSI-IV zullen patiënten de SCID-II en de Telescreen 4.0 doorlopen. De SCID-II gaat gepaard met de SCID-I omdat dit als vaststaand geheel bij de diagnostische procedure voor behandeling hoort. Verder behoren patiënten tot de steekproef indien zij de Nederlandse taal voldoende beheersen en nooit eerder een SCID-interview hebben gehad.

Binnen Scelta is een wachtlijst voor de toelating tot behandeling. Dit betekent dat sinds de inzet van de BPDSI-IV tot aan de dataverzameling van begin juni 2017 een beperkt aantal patiënten zijn

opgenomen voor behandeling die voldoen aan de voorwaarden van de steekproef. Het betreft 18 patiënten die zijn opgenomen voor behandeling die tevens voldoen aan de voorwaarden. Deze patiënten zijn in een wachtlijst opgenomen waarin zij geordend zijn op opnamedatum. De patiënt die het langst in behandeling is werd als eerste uitgenodigd voor het SCID-interview. Eén patiënt kon niet deelnemen aan het SCID-interview door een ziekenhuisopname. Alle 17 patiënten hebben ten tijde van het SCID-interview uitleg gekregen over het lopende onderzoek en door middel van het invullen van de toestemmingsverklaring (zie bijlage 1) ingestemd om mee te werken aan het onderzoek. Alle zeventien patiënten waren bereid om mee te werken aan het onderzoek. Dit betekent dat het respondentenaantal van dit onderzoek uitkomt op 17. De man-vrouw verdeling is 6 mannen en 11 vrouwen.

3.3: Onderzoeksinstrumenten

Binnen dit onderzoek wordt de Telescreen 4.0, de BPDSI-IV en de SCID-II ingezet voor het meten van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor de BPDSI-IV en de SCID-II als standaard maat is gekozen omdat deze instrumenten behoren tot het diagnostische proces binnen Scelta. Elke patiënt doorloopt elk onderzoeksinstrument. Voor de afname van de SCID-II wordt de Telescreen 4.0 ingevuld door een patiënt. De SCID-II wordt tijdens de behandeling afgenomen. De BPDSI-IV wordt ingezet voor behandeling of tijdens behandeling.

3.3.1: Telescreen 4.0

De zelfbeoordelingsvragenlijst Telescreen 4.0 meet DSM-IV as-I, as-II, as-III, as-IV en as-V op een adaptieve wijze. Het is een online vragenlijst die per mail wordt verzonden naar een patiënt waarna degene de vragenlijst in een beveiligde online omgeving kan invullen. Door middel van 12 vragen wordt de borderline persoonlijkheidsstoornis gemeten. De vragen zijn geformuleerd als stellingen die overeenkomen met de 9 criteria van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis. Criterium 2, 4 en 5 wordt gemeten door twee vragen. De overige criteria worden met 1 vraag beoordeeld. Bij de vragen wordt een referentiekader van de afgelopen 5 jaar gehanteerd. De stellingen worden beantwoord met juist of onjuist. Wanneer tenminste een keer juist wordt ingevuld, wordt volgens de Telescreen voldaan aan het bijbehorende criterium. Wanneer voldaan wordt aan tenminste 5 van de 9 criteria worden de borderline persoonlijkheidsstoornis als aanwezig aangeduid (Lionarons, van de Leur & Essed, 2013).
Naar de psychometrische kwaliteiten van de Telescreen 4.0 is onvoldoende onderzoek gedaan. Er is één onderzoek gedaan naar de validiteit van de meting op as-II stoornissen. Hierin komt naar voren dat er sprake is van overdiagnosticering (Velmans, 2017).

3.3.2: BPDSI-IV

Het semigestructureerde interview BPDSI-IV meet korte termijn kenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornis zoals gedefinieerd in de DSM-IV. Het doel van dit instrument is niet het meten van aanwezigheid van borderline, maar de ernst van borderline symptomen (Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch & de Bie, 2003) binnen de afgelopen 3 maanden. Het

instrument bevat 70 vragen onderverdeeld onder de 9 criteria van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis. Naast de vaststaande vragen dient er doorgevraagd te worden naar recentelijke voorbeelden voor nauwkeurige scoring. De scoring kent een 10-puntsschaal van nooit (0) tot dagelijks (10). De scoring geeft per criterium een score en een totale score (Arntz, 1999). Een totale score boven de 15 betekent de aanwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis (Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch & de Bie, 2003; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten & Arntz, 2010). Op criteriumniveau bestaat er geen valide cutoff score die de aan-/afwezigheid van een borderline trek kan bepalen, omdat de data van bestaand onderzoek zeer scheve verdelingen kent en meetfouten heeft binnen de subschalen (A. Arntz, persoonlijke communicatie, 1 juni 2017). De psychometrische kwaliteiten zijn goed. Zoals eerder vermeldt heeft de BPDSI-IV een goede betrouwbaarheid en interne consistentie en een uitstekende construct- en concurrente validiteit. De BPDSI-IV discrimineert borderline patiënten van andere soort patiënten en is niet gerelateerd aan andere as-II pathologie (Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch & de Bie, 2003; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten & Arntz, 2010).

3.3.3: SCID-II

Het semigestructureerde interview SCID-II meet DSM-IV as-II stoornissen. Binnen de SCID-II bestaat het onderdeel voor het meten van de borderline persoonlijkheidsstoornis uit 14 vragen gerelateerd aan de 9 criteria van de DSM-IV. Criterium 3, 5 en 8 worden uitgevraagd door meerdere vragen. De overige criteria worden door middel van 1 vraag volstaan. Elk criterium wordt als een trek van de borderline persoonlijkheidsstoornis beschouwd. Bij de vragen wordt een referentiekader van de afgelopen 5 jaar gehanteerd. Wanneer een patiënt bevestigend antwoord geeft, wordt gevraagd naar toelichting en voorbeelden (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997a). De voorbeelden worden vergeleken met de criteriumdefinitie waarvoor gescoord dient te worden (Dingemans & Sno, 2004). De vragen worden gescoord met een ‘?’ voor onduidelijk, ‘1’ voor afwezig, ‘2’ voor twijfelachtige aanwezigheid en ‘3’ voor aanwezig. Bij elke vraag staat een korte criteriumbeschrijving waar aan voldaan moet worden om een ‘3’ toe te kennen. Aan het eind van de vragen staat, zoals tevens aangegeven in de DSM-IV, dat bij 5 aanwezige trekken de borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld wordt (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997a). De psychometrische kwaliteiten van de SCID-II zijn, zoals eerder benoemd, goed. De validiteit van het meten van alle persoonlijkheidsstoornissen en de borderline persoonlijkheidsstoornis is goed (Arntz et al., 1992). De test-hertest interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed (Weertman, Arntz, Dreessen, van Velzen & Vertommen, 2003).

3.4: Procedure

Aan het begin van het onderzoek wordt nagegaan welke patiënten ten tijde van de dataverzameling in behandeling zijn en wie tevens de BPDSI-IV hebben gehad of gaan krijgen. Patiënten die de BPDSI-IV nog niet gedurende hun intake hebben gehad worden zo snel mogelijk uitgenodigd wanneer zij in behandeling komen. De BPDSI-IV wordt afgenomen door een basispsycholoog. Voor deelname aan het SCID-interview worden patiënten uitgenodigd door het hanteren van de eerder benoemde

wachtlijst. Tussen het uitnodigen van patiënten en de afname zit een periode van één à twee weken. Het SCID-interview wordt afgenomen door basispsychologen, toegepast psychologen in opleiding of basispsychologen in opleiding met als supervisor een klinisch psycholoog. De Telescreen 4.0 kan op de site van de uitgever Telespy worden klaargezet voor een patiënt. De patiënt ontvangt per mail een uitnodiging om in een beveiligde omgeving de vragenlijst in te vullen. Op de site is voor de zorgverlener zichtbaar wanneer een patiënt de vragenlijst heeft voltooid. Als het invullen uitblijft kan er een automatisch gegenereerde herinneringsmail worden verzonden aan de patiënt. Dertien patiënten hebben tijdens hun intakeprocedure de Telescreen 4.0 ingevuld, vier patiënten ontvangen de Telescreen tegelijkertijd met de uitnodiging voor het SCID-interview.

Tijdens de afname van de BPDSI-IV en SCID-II wordt door de interviewer een scoring toegekend aan elk antwoord behorend bij de vraag. Na afloop wordt de aan-/afwezigheid van elk criterium beoordeeld en het aantal criteria waaraan voldaan is geteld. Hierna wordt geïnterpreteerd in hoeverre de borderline persoonlijkheidsstoornis aan-/afwezig is. Het systeem van de Telescreen 4.0 scoort de DSM-IV-criteria op een automatische wijze. Online zijn alle scores in te zien door de zorgverlener. Ook deze scores geven de aan-/afwezigheid van borderline op criteriumniveau en op de diagnose aan. Voor de analyses van dit onderzoek wordt aan de ruwe scores een 0 voor afwezig en een 1 voor aanwezig toegekend. Dit betekent dat bij aanwezigheid van een criterium en/of de borderline persoonlijkheidsstoornis een 1 wordt toegekend. De ruwe scores en de scores van aan-/afwezig zijn per respondent anoniem verzameld in een dataset.

Vanwege de standaard diagnostische procedure, behorend bij het SCID-interview, wordt van de SCID-II en tevens het bijbehorende SCID-I-interview een psychologische rapportage geschreven. Over deze rapportage komt een klinische blik van een klinisch psycholoog waarna de rapportage wordt teruggekoppeld aan de patiënt. Voor de BPDSI-IV en Telescreen 4.0 geld dit niet. Ondanks dat de rapportage en terugkoppeling niet relevant zijn voor dit onderzoek, moeten deze handelingen verricht worden ten behoeve van diagnostisch onderzoek behorend bij de behandeling van de patiënten.

3.5: Analyses

In dit onderzoek zullen de uitkomsten van de Telescreen 4.0 vergeleken worden met de uitkomsten van de BPDSI-IV en de SCID-II door middel van beschrijvende statistiek. Met de uitkomsten worden, zoals eerder benoemd, de totale scores en de criteriumscores op de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis bedoeld. Eerst zullen de totale scores van de Telescreen 4.0 vergeleken worden met de totale scores van de BPDSI-IV en die van de SCID-II. Daarna zullen de criteriumscores van de Telescreen 4.0 vergeleken worden met de criteriumscores van de BPDSI-IV en die van de SCID-II.

De statistische analyses in dit onderzoek worden verricht met het statistieken programma IBM SPSS Statistics 23. Voor de vergelijking is gekozen om de uitkomsten in een kruistabel uit te zetten en de

Fisher's Exact toets toe te passen. Deze keuze is gemaakt vanwege het nominale niveau van de variabelen, de kleine steekproef van 17 respondenten en de aanwezigheid van 2x2 tabellen (Baarda & de Goede, 2006). Daarnaast is de basismethode voor het meten van de diagnostische nauwkeurigheid van een instrument, de berekening van de sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde (Altman & Bland, 2012; Lalkhen & McCluskey, 2008; Wong & Lim, 2011). Deze berekening kan gedaan worden aan de hand van de frequenties binnen een kruistabel.

Met de Fisher's Exact toets wordt geanalyseerd of de verkregen uitkomsten van de Telescreen 4.0 significant afwijken van de uitkomsten van de BPDSI-IV en van de SCID-II. Bij de toetsing wordt een significantieniveau van $\alpha = 0.05$ gehanteerd. Wanneer de p-waarde lager of gelijk is aan 0.05 kan gesteld worden dat er sprake is van een significante afwijking in uitkomsten tussen het ene en het andere instrument (Baarda & de Goede, 2006; Baarda, de Goede & van Dijkum, 2011).

Uit de kruistabellen komen de ware- en foutieve positieven en ware- en foutieve negatieven van de Telescreen 4.0 meting, in vergelijking tot de andere instrumenten, naar voren. Met deze frequenties kan aan de hand van de volgende formules de sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde van de Telescreen 4.0 worden berekend (Davidson, Leese & Taylor, 2001; Vonau, 2009):

Sensitiviteit = $\frac{ware\ positieven}{(ware\ positieven + foutieve\ negatieven)}$

Specificiteit = $\frac{ware\ negatieven}{(ware\ negatieven + foutieve\ positieven)}$

Positief voorspellende waarde = $\frac{ware\ positieven}{(ware\ positieven + foutieve\ positieven)}$

Negatief voorspellende waarde = $\frac{ware\ negatieven}{(ware\ negatieven + foutieve\ negatieven)}$

In dit onderzoek wordt een grenswaarde van 70 procent gehanteerd voor een voldoende mate van sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde (Mokkink et al., 2010). Een grenswaarde van 50 procent en lager wordt gezien als een onvoldoende mate van sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde (Altman & Bland, 2012).

4: Onderzoeksresultaten

4.1: Uitvoering

Bij alle respondenten van dit onderzoek zijn de onderzoeksinstrumenten afgenomen. De Telescreen 4.0 en de BPDSI-IV is uitgezet in een tijdsframe van ongeveer zeven maanden. 13 van de 17 patiënten hadden de Telescreen al voltooid gedurende hun intakeprocedure. Vier patiënten hebben de zelfbeoordelingsvragenlijst voor de afname van de SCID-II toegestuurd gekregen en ingevuld. Bij 14 van de 17 patiënten is de BPDSI-IV tijdens hun intakeprocedure afgenomen. Drie patiënten kregen de BPDSI-IV afname kort na opname in behandeling. De SCID-II is binnen een tijdsframe van 2,5 maand afgenomen bij de patiënten. Alle patiënten hebben het SCID-interview kort na opname in behandeling gekregen.

4.2: Respons

Binnen dit onderzoek hebben 17 patiënten deelgenomen. De man-vrouw verdeling is 6 mannen (= 35.3%) en 11 vrouwen (= 64.7%). Onder deze patiënten bestaat een variatie in leeftijd tussen 18 en 49 jaar met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar (SD = 10.79). Onder de vrouwen varieerde de leeftijd tussen 18 en 47 jaar met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar (SD = 11.1). Onder de mannen varieerde de leeftijd tussen 25 en 49 jaar met een gemiddelde leeftijd van 36 jaar (SD = 9.99). De frequentie van de aan-/afwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis binnen de BPDSI-IV en de SCID-II is weergegeven in tabel 2. Uit de meting van de BPDSI-IV komt een aantal van 13 patiënten met de borderline persoonlijkheidsstoornis en een aantal van 4 patiënten zonder de borderline persoonlijkheidsstoornis naar voren. Bij de meting van de SCID-II zijn er 10 patiënten met aanwezigheid en 7 patiënten met afwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 1. O*verzicht van de aan-/afwezigheid van de BPS bij de BPDSI-IV en SCID-II: frequentieverdeling*

Variabele	BPDSI-IV (*N* = 17)		SCID-II (*N* = 17)	
	N	%	*N*	%
BPS aanwezig	13	76.5	10	41.2
BPS afwezig	4	23.5	7	58.8

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis

4.3: Vergelijking totale scores Telescreen 4.0 - SCID-II

De totale scores uit de Telescreen 4.0 worden vergeleken met die van de SCID-II. Eerst wordt deze vergelijking gedaan aan de hand van de Fisher's Exact toets. De totale scores gemeten door de Telescreen 4.0 ($p = 0.004$) wijken significant af van de totale scores gemeten door de SCID-II. De gemeten p-waarde is kleiner dan het significantieniveau van α (0.05).

Hierna is voor de gevonden totaal scores van de Telescreen 4.0 de sensitiviteit, specificiteit, de positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde berekend (zie tabel 2). Bij zowel de meting van de Telescreen 4.0 als de meting van de SCID-II wordt bij 10 van de 17 patiënten de borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld. Bij 90 procent van de 10 patiënten wordt de aanwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis correct gesteld. De sensitiviteit is uitstekend. Onder de 7 patiënten waarbij de borderline persoonlijkheidsstoornis is uitgesloten is dit in 85.71 van de gevallen correct. De specificiteit is voldoende. Bij patiënten waar de borderline persoonlijkheidsstoornis als aanwezig wordt geclassificeerd is in 90 procent van de gevallen de stoornis daadwerkelijk aanwezig. De positief voorspellende waarde is uitstekend. Bij patiënten waar de borderline persoonlijkheidsstoornis uitgesloten wordt, is in 85.71 procent van de gevallen de stoornis daadwerkelijk afwezig. De negatief voorspellende waarde is voldoende.

Tabel 2. *Overzicht sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarden van de totale score: frequentieverdeling en uitkomsten Telescreen 4.0 - SCID-II*

Variabele	Sensitiviteit %	Specificiteit %	PVW %	NVW %
BPS	90	85.71	90	85.71

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis; PVW = positief voorspellende waarde; NVW = negatief voorspellende waarde.

4.4: Vergelijking criteriumscores Telescreen 4.0 - SCID-II

De scores op elk van de negen criteria uit de Telescreen 4.0 worden vergeleken met die van de SCID-II. Eerst wordt deze vergelijking gedaan aan de hand van de Fisher's Exact toets. De criteriumscores van criterium 2, 6, 8 en 9 wijken significant af van deze criteriumscores gemeten door de SCID-II. De gemeten p-waardes bij deze criteria (zie tabel 3) zijn kleiner dan het significantieniveau van α (0.05).

Hierna is per gevonden criteriumscore bij de Telescreen 4.0 de sensitiviteit, specificiteit, de positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde berekend (zie tabel 4).
Criterium 1 wordt binnen de Telescreen 4.0 bij patiënten 6 keer aanwezig gesteld tegenover 8 keer bij de SCID-II. De sensitiviteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn matig tot onvoldoende. De specificiteit is voldoende. Bij criterium 2 wordt bij 11 patiënten aanwezigheid gesteld tegenover 9 patiënten bij de SCID-II. De sensitiviteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende. De specificiteit is matig. Criterium 3 wordt bij 5 patiënten met de Telescreen 4.0 aanwezig gesteld tegenover 12 patiënten met de SCID-II. De sensitiviteit en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende. De specificiteit en positief voorspellende waarde zijn met 100 procent uitstekend. Bij 4 patiënten wordt met de Telescreen 4.0 aanwezigheid van criterium 4 verondersteld. Bij de SCID-II wordt dit criterium 9 keer aanwezig gesteld. De sensitiviteit en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende. De specificiteit en positief voorspellende waarde zijn voldoende. Met zowel de Telescreen 4.0 als de SCID-II wordt criterium 5, 9 keer aanwezig gesteld. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende. Criterium 6 wordt binnen de Telescreen 4.0 11 keer als aanwezig gesteld tegenover 10 keer binnen de SCID-II. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende tot uitstekend. Bij criterium 7 wordt met de Telescreen 4.0 bij 13 patiënten en met de SCID-II bij 10 patiënten aanwezigheid gedetecteerd. De sensitiviteit is goed en de negatief voorspellende waarde is voldoende. De specificiteit en positief voorspellende waarde zijn onvoldoende tot matig. Criterium 8 wordt met de Telescreen 4.0 bij 9 patiënten aanwezig gesteld tegenover 11 patiënten met de SCID-II. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende tot uitstekend. Criterium 9 wordt met de Telescreen 4.0 10 keer aanwezig gesteld tegenover 9 keer met de SCID-II. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende.

Tabel 3. *Overzicht significante p-waardes per BPS criterium Telescreen 4.0 – SCID-II*

Variabele	p-waarde
BPS criterium 2	0.05
BPS criterium 6	0.001
BPS criterium 8	0.002
BPS criterium 9	0.015

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 4. *Overzicht criteriumscores sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarden: frequentieverdeling en uitkomsten Telescreen 4.0 - SCID-II*

Variabele	Sensitiviteit %	Specificiteit %	PVW %	NVW %
BPS criterium 1	50	77.78	66.67	63.64
BPS criterium 2	88.89	62.5	72.73	83.33
BPS criterium 3	41.67	100	100	41.67
BPS criterium 4	33.33	87.5	75	53.85
BPS criterium 5	77.78	75	77.78	75
BPS criterium 6	100	85.71	90.91	100
BPS criterium 7	90	42.86	69.23	75
BPS criterium 8	81.82	100	100	75
BPS criterium 9	88.89	75	80	85.71

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis; PVW = positief voorspellende waarde; NVW = negatief voorspellende waarde.

4.5: Vergelijking totale scores Telescreen 4.0 - BPDSI-IV

De totale scores uit de Telescreen 4.0 worden vergeleken met die van de BPDSI-IV. Eerst wordt deze vergelijking gedaan aan de hand van de Fisher's Exact toets. De totale scores gemeten door de Telescreen 4.0 ($p = 0.015$) wijken significant af van de totale scores gemeten door de BPDSI-IV. De gemeten p-waarde is kleiner dan het significantieniveau van α (0.05).

Hierna is voor de gevonden totaal scores van de Telescreen 4.0 de sensitiviteit, specificiteit, de positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde berekend (zie tabel 5). Bij de meting van de Telescreen 4.0 wordt bij 10 van de 17 patiënten de borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld. Bij de meting van de BPDSI-IV is dit 13 van de 17 patiënten. Bij 76.92 procent van de 10 patiënten wordt de aanwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis correct gesteld. De sensitiviteit is voldoende. Onder de 7 patiënten waarbij de borderline persoonlijkheidsstoornis is uitgesloten is dit in 100 procent van de gevallen correct. De specificiteit is uitstekend. Bij patiënten waar de borderline persoonlijkheidsstoornis als aanwezig wordt geclassificeerd is in 100 procent van de gevallen de stoornis daadwerkelijk aanwezig. De positief voorspellende waarde is uitstekend. Bij patiënten waar

de borderline persoonlijkheidsstoornis uitgesloten wordt is in 57.14 procent van de gevallen de stoornis daadwerkelijk afwezig. De negatief voorspellende waarde is matig.

Tabel 5. *Overzicht totale score sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarden: frequentieverdeling en uitkomsten Telescreen 4.0 – BPDSI-IV*

Variabele	Sensitiviteit %	Specificiteit %	PVW %	NVW %
BPS	76.92	100	100	57.14

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis; PVW = positief voorspellende waarde; NVW = negatief voorspellende waarde.

4.6: Vergelijking criteriumscores Telescreen 4.0 - BPDSI-IV

De scores op elk van de 9 criteria uit de Telescreen 4.0 worden vergeleken met die van de BPDSI-IV. Eerst wordt deze vergelijking gedaan aan de hand van de Fisher's Exact toets. De criteriumscores van criterium 6, criterium 8 en criterium 9 wijken significant af van de criteriumscores gemeten door de BPDSI-IV. De gemeten p-waardes bij deze criteria (zie tabel 6) zijn kleiner dan het significantieniveau van α (0.05).

Hierna is per gevonden criteriumscore bij de Telescreen 4.0 de sensitiviteit, specificiteit, de positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde berekend (zie tabel 7). Criterium 1 wordt binnen de Telescreen 4.0 bij patiënten 6 keer aanwezig gesteld tegenover 9 keer bij de BPDSI-IV. De sensitiviteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende tot matig. De specificiteit is voldoende. Bij criterium 2 wordt bij 11 patiënten aanwezigheid gesteld tegenover 8 patiënten bij de BPDSI-IV. De sensitiviteit is voldoende. De specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende tot matig. Criterium 3 wordt bij 5 patiënten met de Telescreen 4.0 aanwezig gesteld tegenover 12 patiënten met de BPDSI-IV. De sensitiviteit en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende. De specificiteit en positief voorspellende waarde zijn met 100 procent uitstekend. Bij 4 patiënten wordt met de Telescreen 4.0 aanwezigheid van criterium 4 verondersteld. Bij de BPDSI-IV wordt criterium 10 keer aanwezig gesteld. De sensitiviteit en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende. De specificiteit en positief voorspellende waarde zijn voldoende. Met de Telescreen 4.0 wordt criterium 5, 9 keer gesteld tegenover 14 keer met de BPDSI-IV. De sensitiviteit, specificiteit en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende tot matig De positief voorspellende waarde is voldoende. Criterium 6 wordt binnen de Telescreen 4.0 11 keer als aanwezig gesteld tegenover 9 keer binnen de BPDSI-IV. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende tot uitstekend. Bij criterium 7 wordt zowel met de Telescreen 4.0 als de BPDSI-IV bij 13 patiënten aanwezigheid gedetecteerd. De sensitiviteit en positief voorspellende waarde zijn voldoende. De specificiteit en negatief voorspellende waarde zijn onvoldoende. Criterium 8 wordt met de Telescreen 4.0 bij 9 patiënten aanwezig gesteld tegenover 8 patiënten met de BPDSI-IV. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn

voldoende. Criterium 9 wordt met de Telescreen 4.0 10 keer gesteld tegenover 9 keer met de BPDSI-IV. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde zijn voldoende tot uitstekend.

Tabel 6. *Overzicht gevonden significante p-waardes per BPS criterium Telescreen 4.0 – BPDSI-IV*

Variabele	p-waarde
BPS criterium 6	0.002
BPS criterium 8	0.015
BPS criterium 9	< 0.001 (P_{spss} = 0.000)

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 7. *Overzicht criteriumscores sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarden: frequentieverdeling en uitkomsten Telescreen 4.0 – BPDSI-IV*

Variabele	Sensitiviteit %	Specificiteit %	PVW %	NVW %
BPS criterium 1	44.44	75	66.67	54.55
BPS criterium 2	75	44.44	54.55	66.67
BPS criterium 3	41.67	100	100	41.67
BPS criterium 4	30	85.71	75	46.15
BPS criterium 5	57.14	66.67	88.89	25
BPS criterium 6	100	75	81.82	100
BPS criterium 7	84.62	50	84.62	50
BPS criterium 8	87.5	77.78	77.78	87.5
BPS criterium 9	100	87.5	90	100

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis; PVW = positief voorspellende waarde; NVW = negatief voorspellende waarde.

5: Discussie en aanbevelingen

Uit de resultaten van dit oriënterende onderzoek lijkt de Telescreen 4.0 voor de classificering van de borderline persoonlijkheidsstoornis geen volwaardig diagnostisch instrument in vergelijking tot de SCID-II en de BPDSI-IV. Deze verwachting komt voort uit een zwakke overeenstemming in uitkomsten op de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis tussen de Telescreen 4.0 en de BPDSI-IV en SCID-II binnen dit onderzoek. Dit betekent dat de uitkomst van de borderline diagnoses merendeel verschillend zijn. Hierdoor lijkt de validiteit van de Telescreen 4.0 op de classificatie van de borderline persoonlijkheidsstoornis onvoldoende te zijn. Op basis hiervan zou de Telescreen 4.0 mogelijk geen alternatief kunnen zijn voor de SCID-II en de BPDSI-IV.

De zwakke overeenstemming is in eerste instantie te vinden bij de totaal scores. Ondanks deze zwakke overeenstemming lijkt de Telescreen 4.0 de aanwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis in voldoende tot uitstekende mate correct als aan-/afwezig te detecteren.

Wanneer aanwezigheid verondersteld wordt lijkt de Telescreen 4.0 in uitstekende mate correct vast te kunnen stellen of de stoornis daadwerkelijk aanwezig is. Wanneer afwezigheid verondersteld wordt lukt dit volgens de BPDSI-IV matig, terwijl dit volgens de SCID-II voldoende lukt. De discrepantie is te herleiden naar het hoog aantal foutief gestelde diagnoses met de BPDSI-IV.

Daarnaast is de zwakke overeenstemming te vinden bij de uitkomsten van criterium 2, 6, 8 en 9. De significante afwijking bij criterium 2 zit echter precies op de grens van het significante niveau. Tevens komt bij criterium 2 in de vergelijking met de BPDSI-IV geen significante afwijking naar voren. Opvallend is dat ook bij criterium 6, 8 en 9 de Telescreen 4.0 in voldoende mate correct aan-/afwezigheid lijkt te kunnen stellen. Bij criterium 2 wordt alleen in voldoende mate correct aanwezigheid gesteld. Bij de overige criteriumscores wordt geen significante afwijking in uitkomsten gevonden, echter meten deze criteria veelal incorrect aan-/afwezigheid. Bij deze criteria lijkt er sprake van zowel onder- als overdiagnose. Bij criterium 1, criterium 3 en criterium 4 lijkt er sprake te zijn van onderdiagnosticering. Dit betekent dat patiënten met de borderline persoonlijkheidsstoornis niet dusdanig herkend worden door de Telescreen 4.0. Bij criterium 2 en criterium 7 lijkt er sprake te zijn van overdiagnosticering. Dit betekent dat patiënten zonder de borderline persoonlijkheidsstoornis onterecht worden geclassificeerd met de persoonlijkheidsstoornis. Bij criterium 5 komt er uitsluitend met de BPDSI-IV een onder- en overdiagnosticering naar voren.

De bevindingen van dit onderzoek komen grotendeels overeen met bevindingen uit soortgelijke onderzoeken. Onderzoekers Verheul, van de Brink, Spinhoven en Haringsma (2000) raden het gebruik van zelfbeoordelingsvragenlijsten voor diagnosticering af door validiteitsproblemen. Uit onderzoek van Zimmerman (1994) komt naar voren dat er bij diagnosticering vaak een lage overeenstemming wordt gevonden tussen zelfbeoordelingsvragenlijsten en interviews. Vele onderzoekers (Bos, van Velzen & Meester, 2005; Hopwood et al., 2008; Koeter et al., 1987; Ouwersloot, van den Brink, Diekstra & Hoogduin, 1994; Verheul, van de Brink, Spinhoven en Haringsma, 2000; Zimmerman, 1994) geven kanttekeningen, zoals eerder bediscussieerd, bij het gebruik van zelfbeoordelingsvragenlijsten als verklaring voor de validiteitsproblemen. Hierbij wordt het overdiagnosticerende karakter van zelfbeoordelingsvragenlijsten veel genoemd (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Dingemans & Sno, 2004). Tevens binnen dit onderzoek is naar voren gekomen dat de Telescreen 4.0 bij specifieke criteria lijkt over te diagnosticeren. De bevindingen van dit onderzoek over de sensitiviteit en specificiteit van de totale score van de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn vergelijkbaar met onderzoek van Dijksman, Dinant en Spigt (2016) en Velmans (2017). In vergelijking met de SCID-II komt ook de negatief voorspellende waarde overeen met hun onderzoeksbevindingen. In vergelijking met de BPDSI-IV is dit echter niet het geval. Uit deze vergelijking komt in dit onderzoek een lagere waarde uit dan die van Dijksman, Dinant en Spigt (2016) en Velmans (2017). De gevonden positief voorspellende waarde in dit onderzoek komt ook niet overeen met hun onderzoeksbevindingen. In dit onderzoek valt deze waarde hoger uit.

Er zijn verscheidene verklaringen voor de zwakke overeenstemming tussen de Telescreen 4.0 en de BPDSI-IV en de SCID-II denkbaar. De verklaringen zijn tevens beperkingen van dit onderzoek. De eerste verklaring wordt gevonden in de onderlinge verschillen tussen de onderzoeksinstrumenten. Bij de Telescreen 4.0 wordt volstaan met een juist of onjuist antwoord, terwijl bij de andere instrumenten aanvullende vragen worden gesteld bij een bevestigend antwoord. De aanvullende vragen worden van groot belang geacht omdat hiermee getoetst wordt of er daadwerkelijk sprake is van het bijbehorende criterium. Bij de Telescreen 4.0 mist deze controle wat kan leiden tot onder- of overdiagnosticering. Patiënten binnen dit onderzoek hebben ook aangegeven dat zij moeite hadden met de beantwoording van de vragen omdat zij vaak twijfelden in hoeverre de stelling werkelijk van toepassing is. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat er vaak een vertekend beeld bij beantwoording van diagnostische vragen wordt gegeven door patiënten. Dit kan te wijden zijn aan comorbiditeit, onder gemiddeld realiteitsbesef en introspectief vermogen en sociaal wenselijk gedrag. Verder verschilt de meetpretentie van de BPDSI-IV van die van de Telescreen 4.0. De BPDSI-IV beoogt van aanwezige borderline problematiek de ernst en intensiteit binnen de afgelopen drie maanden te bepalen. Terwijl de Telescreen 4.0 meet in hoeverre de borderline persoonlijkheidsstoornis de afgelopen vijf jaar aanwezig is. Het verschil in meetpretentie vergt een andere beoordeling van de aan-/afwezigheid van criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit kan de gevonden onderzoeksresultaten beïnvloed hebben. De Telescreen 4.0 en de SCID-II hebben dezelfde meetpretentie.

Een andere verklaring kan gevonden worden in de ongecontroleerde setting waarin de Telescreen 4.0 is afgenomen. Patiënten vullen de vragenlijst op een door hun gekozen locatie en moment in. Dit betekent dat zorgverleners hier geen zicht op hebben. Invloeden van buitenaf kunnen een rol hebben gespeeld in beantwoording van de vragen. Hierbij kan gedacht worden aan afleidende factoren die ervoor kunnen zorgen dat vragen minder secuur worden gelezen. Daarnaast blijkt het dat mensen zichzelf makkelijker open kunnen stellen via het internet dan in een face-to-face aangelegenheid. Dit gaat met name op wanneer mensen persoonlijke informatie moeten delen (Richman, Kiesler, Weisband & Drasgow, 1999). Het kan zijn dat de mate van sociaal wenselijkheid bij de interviews hoger ligt dan bij de Telescreen 4.0. Als dit het geval is kan het zijn dat de Telescreen 4.0 een completer psychiatrisch beeld schetst dan de semigestructureerde interviews. De gevonden overdiagnose binnen dit onderzoek kan hieraan gerelateerd zijn.

Een volgende verklaring van de zwakke overeenstemming kan te wijden zijn aan het psychiatrische toestandsbeeld van de patiënten. De patiënten binnen de steekproef van dit onderzoek hebben comorbide stoornissen. Het is voorgekomen dat patiënten beperkt inzicht hadden in hun problematiek. Het kwam namelijk regelmatig voor dat de interviewers moesten achterhalen of benoemde gedragingen kenmerkend zijn voor de borderline persoonlijkheidsstoornis of andere as-I of as-II stoornissen. Patiënten weten deze scheiding veelal zelf niet te kunnen maken. Hierop aansluitend geven onderzoekers Bos, van Velzen en Meesters (2005) aan dat het uitsluiten van de invloed van het toestandsbeeld op de diagnosticering van persoonlijkheidsproblematiek een complex proces is. Zij

geven aan dat het complex is omdat de huidige problematiek ten dele veroorzaakt wordt door het toestandsbeeld en ten dele door de persoonlijkheidsstoornis. Voor gebruik van de SCID-II geven Bos, van Velzen en Meesters (2005) aan dat het toestandsbeeld een minder grote impact op de meting zou kunnen hebben. Zij wijzen hierbij op de instructies van de SCID-II, waarin staat aangegeven dat de interviewers bij beoordeling het toestandsbeeld eruit moeten filteren. Soortgelijke instructies kent de BPDSI-IV ook (Arnoud Arntz, 1999). Ondanks de instructies geeft Zimmerman (1994) aan dat het psychiatrische beeld ook binnen deze interviews vertekend kunnen zijn. Bij de Telescreen 4.0 wordt echter verwacht dat de vertekening van het psychiatrische toestandsbeeld groter is dan de semigestructureerde interviews, omdat bij de zelfbeoordelingsvragenlijst geen controle is op het toestandsbeeld.

Een beperking van dit onderzoek is het uitblijven van statistiek voor de bepaling van de samenhang van de uitkomsten. Normaliter wordt dit veelal toegepast binnen soortgelijke onderzoeken (Bos, van Velzen & Meesters, 2005; Dijksman, Dinant & Spigt, 2016). Onderzoek naar de samenhang van uitkomsten geeft een nauwkeurig beeld van de validiteit van een diagnostisch instrument, omdat het meer nuance geeft in uitkomsten. Alleen een berekening van de sensitiviteit en specificiteit is niet voldoende (Mileman & van den Hout, 2007). In dit onderzoek is niet gekozen voor een samenhang berekening omdat er sprake is van een kleine steekproef. Dit betekent dat dit onderzoek een onvolledige meting heeft van de validiteit van de Telescreen 4.0 op de borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast is deze keuze gemaakt om zo de metingen van dit onderzoek en het soortgelijke onderzoek van Velmans (2017) vrijwel gelijk te houden. Zowel dit onderzoek als het onderzoek van Velmans (2017) is een oriënterend onderzoek voor het grootschalige onderzoek van Scelta naar de validiteit van de Telescreen 4.0.

Zoals net benoemd kent dit onderzoek een kleine steekproef. Dit vormt een beperking van dit onderzoek. Bij gebruik van een kleine steekproef kunnen de onderzoeksresultaten vertekend zijn. De nauwkeurigheid van een meting is lager met een kleine steekproef (Baarda & de Goede, 2006). Een grotere steekproef vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2011). Tevens is de kans dat de gevonden onderzoeksbevindingen op toeval berusten groter bij een kleine steekproef (Baarda, de Goede & van Dijkum, 2011). Door de kanttekeningen van een kleine steekproef kunnen de bevindingen in dit onderzoek alleen een verwachting scheppen voor vervolgonderzoek.

Een andere beperking van dit onderzoek is de gehanteerde cutoff scores voor elk criterium bij de BPDSI-IV. Aan de hand van de cutoff scores is een beoordeling op aan/-afwezigheid van criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis gegeven. De gehanteerde cutoff scores komen niet uit bestaand onderzoek. De cutoff scores per criterium zijn in bestaand onderzoek invalide. De berekening van de bestaande cutoff scores is gedaan aan de hand van data waarin meetfouten en scheve verdelingen van de subschalen in voor kwamen (A. Arntz, persoonlijke communicatie, 1 juni 2017). Tevens zijn deze cutoff scores laag uitgevallen door een berekening aan de hand van een klinische en niet klinische steekproef. De lage cutoff scores kunnen veroorzaakt zijn door een groot

verschil in gemiddelden en standaard deviaties op de subschalen tussen beide groepen (Leppänen, Lindeman, Arntz & Hakko, 2013). Binnen Scelta is er alleen sprake van een klinische groep waardoor de hantering van de lage cutoff scores veelal incorrect de aanwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis veronderstelt. Om incorrecte diagnoses zo veel mogelijk te beperken zijn er cutoff scores per subschaal berekend aan de hand van een Nederlandse borderline groep en een Duitse psychiatrische groep met as-I stoornissen en/of cluster C persoonlijkheidsstoornissen (Kröger, Vonau, Kliem, Röpke, Kosfelder & Arntz, 2012; Leppänen, Lindeman, Arntz & Hakko, 2013; Vonau, 2009). De keuze is uitgegaan naar een Duitse groep, omdat voor de Nederlandse groep geen gemiddelden of standaarddeviaties bekend zijn die nodig zijn voor de berekening (zie tabel 9, bijlage 2). De cutoff scores (zie tabel 9, bijlage 2) zijn echter berekend aan de hand van de gemiddelden en de standaarddeviaties van de subschalen waarin meetfouten en scheve verdelingen voorkomen. Dit kan van invloed zijn op de nauwkeurigheid van de scores. Daarnaast kunnen de gemiddelden en standaarddeviaties van de Duitse psychiatrische groep afwijken van een Nederlandse psychiatrische groep door culturele verschillen. Ook dit kan de nauwkeurigheid van de cutoff scores beïnvloed hebben. Echter, kwam de aan-/afwezigheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis op de totale score en op criteriumniveau overeen. Bij geen enkele patiënt kwam op criteriumniveau de borderline persoonlijkheidsstoornis als aan-/afwezig naar voren wanneer dit bij de totale score niet het geval was. Dit kan veronderstellen dat de gehanteerde cutoff scores van voldoende nauwkeurigheid zijn.

Dit onderzoek kent een hogere mate van betrouwbaarheid door het hanteren van een kwantitatieve onderzoeksmethode en het gebruik van de BPDSI-IV en de SCID-II. De BPDSI-IV en de SCID-II hebben een gestandaardiseerde wijze van afname en scoring en goede psychometrische kwaliteiten. Tevens ondervindt de scoring op de SCID-II een peer review door een klinisch psycholoog. Dit leidt tot een betrouwbaardere scoring en indirect tot een betrouwbaarder vergelijkingsstandaard voor validiteitsonderzoek. Tevens is de betrouwbaarheid hoger door de vergelijking van de Telescreen 4.0 met twee vergelijkingsstandaarden waar vrijwel dezelfde bevindingen naar voren komen. Wanneer het onderzoek herhaald wordt met een grotere steekproef bestaat de kans dat het onderzoeksresultaat afwijkt van bevindingen in dit onderzoek. Echter, kan de afwijking door het gebruik van de twee instrumenten als standaard maat beperkt blijven. Door de kleine steekproef kan de validiteit in dit onderzoek lager uitvallen. Echter, komen de waarden van de sensitiviteit, specificiteit en negatief voorspellende waarde vrijwel overeen met eerder onderzoek naar de Telescreen.

De bevindingen van dit onderzoek zijn van voldoende waarde voor het grootschalige onderzoek van Scelta naar de validiteit van de Telescreen 4.0. De bevindingen geven een oriëntatie op mogelijke uitkomsten bij het grootschalige validiteitsonderzoek. Daarnaast kunnen beperkingen aangepakt worden zodat deze geen of beperkt invloed hebben bij het grootschalige onderzoek. Tevens kunnen de aanbevelingen ten goede komen voor het onderzoek.

Ondanks de gevonden zwakke overeenstemming in dit onderzoek blijft de Telescreen 4.0 bruikbaar voor screeningsdoeleinden, totdat vervolgonderzoek een voldoende overeenstemming voor diagnosticering verondersteld.

5.1: Aanbevelingen

Scelta wil een valide eHealth zelfbeoordelingsvragenlijst inzetten voor de diagnosticering van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis. Naar aanleiding van de validiteitsbevindingen in dit onderzoek, wordt verondersteld dat er meer onderzoek nodig is om de Telescreen 4.0 in te kunnen zetten voor valide diagnostiek. Het wordt Scelta aangeraden om de gevonden beperkingen in dit onderzoek aan te pakken voor aanvang van vervolgonderzoek. Het percentage van de foutief gemeten aan-/afwezigheid van criteria en diagnoses zou verlaagd moeten worden tot een sensitiviteit of specificiteit van tenminste 70 procent. Dit kan bereikt worden door als organisatie samen te werken met de uitgever van de Telescreen 4.0 Telespy. Een toegepast psycholoog kan deze samenwerking aangaan. In de samenwerking kan er gekeken worden naar een oplossing voor het groot aantal foutieve positieven en negatieve diagnoses. Hierbij kan gedacht worden aan het aanpassen van de vraagstelling en antwoordkeuzes. Er zouden meer stellingen per criterium toegevoegd kunnen worden om nauwkeuriger te weten of het een borderline gedraging of andersoortige problematiek betreft. Tevens kan bij bevestiging van een stelling een antwoordvlak met een vereiste van bijvoorbeeld twee voorbeelden toegevoegd worden. Een zorgverlener kan dan ter controle bekijken in hoeverre een patiënt werkelijk voldoet of niet voldoet aan het bijbehorende criterium. Om na te gaan in hoeverre de aanpassingen binnen de Telescreen 4.0 het percentage van de foutief gemeten aan-/afwezigheid van criteria heeft verlaagd ten opzichte van de huidige Telescreen 4.0 kan er een effectmeting verricht worden. De voor- en nameting moet gedaan worden binnen dezelfde steekproef of met twee verschillende steekproeven. De grootte en kenmerken van de steekproef moeten voor de voor- en nameting gelijk zijn. De effectmeting kan uitgevoerd worden door een toegepast psycholoog.

Voor vervolgonderzoek naar de validiteit van de Telescreen 4.0 wordt aangeraden om correlatie berekeningen te doen om nauwkeuriger de validiteit te kunnen meten. Hierbij kan gedacht worden aan het berekenen van correlatie coëfficiënten. Tevens wordt aangeraden om een grotere steekproef te hanteren. Een grote steekproef kan een hoge betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de onderzoeksresultaten geven.

Voor het gebruik van de Telescreen 4.0 wordt aangeraden om de Telescreen 4.0 in te laten vullen binnen een gecontroleerde setting. Invloeden van buitenaf kunnen op deze manier ondervangen worden. Tevens kan het mogelijke verschil in sociaal wenselijk antwoorden tussen de zelfbeoordelingsvragenlijst en de semigestructureerde interviews gereduceerd worden. Daarnaast wordt aangeraden om een evaluatieonderzoek te doen naar het gebruik van de Telescreen 4.0 door patiënten. Hierbij kan gedacht worden aan ervaringen die patiënten hadden tijdens het invullen van de vragenlijst. De evaluatie kan verbeterpunten aanreiken voor de inhoud van de Telescreen 4.0 en een beeld schetsen van de oorzaken van onder- of overdiagnose. Verder wordt aangeraden om

onderzoek te verrichten naar de cutoff scores van de BPDSI-IV voor de gemeten criteria binnen een Nederlandse steekproef. Als met onderzoek cutoff scores worden gevonden, kunnen deze in toekomstig onderzoek naar de Telescreen 4.0 in vergelijking tot de BPDSI-IV een nauwkeurigere meting geven.

Als laatste wordt aangeraden om in vervolgonderzoek aandacht te hebben voor de kritiek uit het werkveld op de door de DSM categoriale classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Er is voornamelijk kritiek op de rigide criteria waar patiënten met hun symptomen in zouden moeten vallen. Binnen de DSM-V is op de kritiek geanticipeerd door een alternatief hybride dimensionaal-categoriaal systeem te ontwikkelen voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Echter, is dit systeem niet geaccepteerd als leidraad. Wel is dit systeem opgenomen in de bijlagen van de DSM-V. Zorgverleners kunnen zelf bepalen of zij dit alternatieve systeem voor classificatie willen toepassen (American Psychiatric Association, 2013). Binnen dit onderzoek is dit alternatieve systeem niet meegenomen omdat met de onderzoeksinstrumenten de DSM-IV wordt gehanteerd. Voor vervolgonderzoek kan het waardevol zijn om de nieuwe inslag van de DSM-V mee te nemen, omdat het lijkt dat de diagnostiek in de toekomst richting het gebruik van een alternatief model gaat.

Literatuur

Aanesen, M., Lotherington, A. T. & Olsen, F. (2011). Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care. *Journal of Health Informatics, 17*, 161-172. doi:10.1177/1460458211409716

Adams, H. E. & Sutker, P. B. (2004). *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3de ed.). New York, NY: Springer Science Business Media.

Akkerhuis, G. W., Kupka, R. W., van Groenestijn, M. A. C. & Nolen, W. A. (1996). *PDQ-4+: Vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken.* Lisse, Nederland: Swets & Zeitlinger.

Altman, D. G. & Bland, J. M. (2012). Diagnostic tests (1) – sensitivity and specificity. *Journal of Phlebology, 27,* 250-251.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 whitepaper: Persoonlijkheidsstoornissen.* Geraadpleegd op https://www.boompsychologie.nl/documenten/uitgeverij_boom/whitepapers/whitepapers_nieuw/dsm_whitepaper_10_persoonlijkheidsstoornissen_2.pdf

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O. & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Journal of Elsevier, 41*, 288-294. http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016

Arntz, A. (1999). *BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index versie IV.* Maastricht, Nederland: Universiteit Maastricht.

Arntz, A., van Beijsterveldt, B., Hoekstra, R., Hofman, A., Eussen, M. & Sallaerts, S. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality disorders. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica, 85,* 394-300.

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C. & De Bie, A. J. H. T. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders, 17,* 45-59. https://doi.org/10.1521/pedi.17.1.45.24053

Baarda, D. B. & de Goede, M. P. M. (2006). *Basisboek methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (4de ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Baarda, D. B., de Goede, M. P. M. & van Dijkum, C. (2011). *Basisboek statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks) gegevens* (4de ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *Journal of the American Journal of Psychiatry, 158,* 295-302. doi:10.1176/appi.ajp.158.2.295

Besseling & Shestalova. (2011). *Forecasting public health expenditures in the Netherlands* (Report). Geraadpleegd op CPB Netherlands bureau for economic policy analysis website: https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/medium-term-forecast-health-expenditures_0.pdf

Bijenhof, A. M., Folkertsma, M. A., Kommer, G. J., Slobbe, L. C. J. & Polder, J. J. (2012). *Kostenontwikkeling GGZ: Kosten van ziekten notities 2012-1* (Rapport Nr. KVZ 2012-1). Geraadpleegd op https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16171_kvz-2012-1-kostenontwikkeling-ggz.pdf

Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., . . . Sheikh, A. (2011). The impact of ehealth on the quality and safety of health care: A systematic overview. *Journal of PLOS Medicine, 8*, 1-16. doi:10.1371/journal.pmed.1000387

Bogaerts, S., Bogaerts, A. & Kanters, T. (2014). *Literatuurscan verdiepingsdiagnostiek: ten behoeve van de Werkgroep "Kwaliteit Forensische Zorg".* Geraadpleegd op https://www.kfz.nl/web/images/uploads/Literatuurscan_verdiepingsdiagnostiek_10102014.pdf

Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T. & Stieglitz, R. D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Journal of Psychopathology, 40,* 126-132. doi:10.1159/000098493

Bos, J., van Velzen, C. & Meesters, Y. (2005). Het meten van persoonlijkheidsstoornissen: PDQ-4 + versus SCID-II. *Nederlands Tijdschrift Psychologie, 60,* 99-106. doi:10.1007/BF03062347

Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Journal of CyberPsychology & Behavior, 6*, 375-382. doi:10.1089/109493103322278754

Davidson, S., Leese, M. & Taylor, P. J. (2001). Examination of the screening properties of the personality diagnotic questionnaire 4+ (PDQ-4) in a prison population. *Journal of Personality Disorders, 15,* 180-194. doi:10.1521/pedi.15.2.180.19212

Dingemans, P. M. A. J. & Sno, H. N. (2004). Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie, 46,* 705-709. Geraadpleegd op http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1295pdf.pdf

Dijksman, L., Dinant, G. J. & Spigt, M. (2016). The concurrent validity of a new adiagnostic system for mental disorders in primary care. *Journal of Family Practice, 00,* 1-10. doi:10.1093/fampra/cmw069

Faber, S., van Geenhuizen, M. & de Reuver, M. (2017). eHealth adoption factors in medical hospitals: A focus on the Netherlands. *International Journal of Medical Informatics, 100*, 77-89. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.01.009

Fassbinder, E., Hauer, A., Schaich, A., Schweiger, U., Jacob, G. A. & Arntz, A. (2015). Integration of e-health tools into face-to-face psychotherapy for borderline personality disorder: A chance to close the gap between demand and supply? *Journal of clinical psychology, 00,* 1-14. doi:10.1002/jclp.22204

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II).* New York, NY: American Psychiatric.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I personality disorders (SCID-I).* New York, NY: American Psychiatric.

Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Journal of Elsevier, 49*, 136-141. doi:10.1016/j.paid.2010.03.023

Habermeyer, E., Habermeyer, V., Jähn, K., Domes, G., Nagel, E. & Herpertz, S. C. (2009). Fachlich moderiertes internetforum für menschen mit borderline-persönlichkeitsstörung. *Journal of Psychiatrische Praxis, 36,* 23-29. doi:10.1055/s-2008-1067508

Heumann, K. A. & Morey, L. C. (1990). Reliability of categorical and dimensional judgements of personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 147,* 498-500. doi:10.1176/ajp.147.4.498

Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, A. . . . Skodol, A. E. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Journal of Psychological Assessment, 20,* 81-85. doi:10.1037/1040-3590.20.1.81

Hyler, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, D. & Doidge, N. (1992). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: A replication in an outpatient sample. *Journal of the American Psychopathological Association, 33,* 73-77. https://doi.org/10.1016/0010-440X(92)90001-7

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 12-19. dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12

Jerome, L. W. & Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Journal of Professional Psychology Research and Practice, 31*, 478-483. doi:10.1037/0735-7028.31.5.478

Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G-J., van Gennip, L. & Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt: eHealth-monitor 2013* (Rapport). Geraadpleegd op http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ehealth-verder-dan-je-denkt.pdf

Kroll, J. (1998). The disorders: Speciality articles from the encyclopedia of mental health. In H. S. Friedman (Red.), *Borderline personality disorder* (pp. 107-116). https://doi.org/10.1016/B978-012267805-9/50012-2

Koeter, M. W. J., Ormel, J., van den Brink, W., Dijkstra, W., Schoenmacker, J. & Staal, J. (1987). De waarde van de GHQ als toestandsmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 29,* 667-679. Geraadpleegd op http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_748pdf.pdf

Kröger, C., Vonau, M., Kliem, S., Röpke, S., Kosfelder, J. & Arntz, A. (2012). Psychometric properties of the German version of the Borderline Personality Disorder Severity Index – versie IV. *Journal of Psychopathology, 46,* 396-403. doi:10.1159/000345404

Lalkhen, A. G. & McCluskey, A. (2008). Clinical tests: Sensitivity and specificity. *Journal of Anaesthesia, 8,* 221-223. https://doi.org/10.1093/bjaceac-cp/mkn041

Lionarons, H., Van de Leur, E. & Essed, M. (2013). *Handleiding: Telescreen*. Geraadpleegd op https://www.telepsy.nl/sites/default/files/Handleiding%20Telescreen%20(april%202013).pdf

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., . . . Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/alcohol, drug abuse, and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Journal of Archives of General Psychiatry, 51,* 215-224. Geraadpleegd op https://www.researchgate.net/publication/15076211_The_International_Personality_Disorder_Examination_The_World_Health_OrganizationAlcohol_Drug_Abuse_and_Mental_Health_Administration_international_pilot_study_of_personality_disorders

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini M. C. & Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Journal of Personality Disorders, 102,* 256-264. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x

Mileman, P. A. & van den Hout, W. B. (2007). Evidence-based diagnostiek en klinische besluitvorming. *Nederlands tijdschrift Tandheelkunde, 114,* 187-194.

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M. & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Journal of Quality of Life Research, 19,* 539-549. doi:10.1007/s11136-010-9606-8

Ouwersloot, G., van de Brink, W., Diekstra, R. F. W. & Hoogduin, C. A. L. (1994). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen: Een evaluatie van Nederlandstalig instrumentarium. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 36,* 558-570. Geraadpleegd op http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1055pdf.pdf

Pfohl, B., Blum, N., John, D. S., McCormick, B., Allen, J. & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23,* 281-293. doi:10.1521/pedi.2009.23.3.281

Pfohl, B., Blum, N. & Zimmerman, M. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality SIDP-IV. Iowa: Universiteit van Iowa.

Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Ruddy, J. & Serrao, P. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: The use of the LEAD standard. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3,* 46-54.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *E-health in zicht* (Rapport). Geraadpleegd op https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Ehealth_in_zicht.pdf

Reich, J. H. & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179,* 74-82.

Richman, W. L., Kiesler, S., Weisband, S. P. & Drasgow, F. (1999). A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *Journal of Applied Psychology, 84,* 754-775. doi:10.1037/0021-9010.84.5.754

Rijksoverheid. (2013). *Bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Geraadpleegd op https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017

Scelta. (z.j.). Over Scelta. Geraadpleegd op http://www.scelta.net/site/Over%20Scelta/

Schotte, C. K. W. (2002). Assessment of borderline personality disorder: Considering a diagnostic strategy. *Journal of Acta Neuropsychiatrica, 14,* 55-59. doi:10.1034/j.1601-5215.2002.140201.x

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B. Widiger, T. A., Livesly, W. J. & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Journal of Society of Biological Psychiatry, 51,* 936-950. http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0

Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, M. C., Boon, B., & Blankers, M. (2011). Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: How implementation of eHealth interventions improves cost-effectiveness. *Journal of Medical Internet Research, 13*, e56. doi:10.2196/jmir.1694

Smits, J. & Edens, R. (2011). *Onderzoek met SPSS en Excel* (3de ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Education Benelux bv.

Stichting Topklinische GGz. (2017). *Criteria voor het TOPGGz keurmerk geldig van 1 januari 2017 tot 1 januari 2019.* Geraadpleegd op http://www.topggz.nl/cms/upload/files/Keurmerk/Criteria%202017-2018.pdf

Stone, M. H. (2016). Borderline personality disorder: Therapeutic factors. *Journal of Psychodynamic Psychiatry, 44,* 505-540. doi:10.1521/pdps.2016.44.4.505

Urueña, A., Hidalgo, A. & Arenas, A. E. (2016). Identifying capabilities in innovation projects: Evidences from ehealth. *Journal of Business Research, 69*, 4843-4848. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.04.041

van der Geest, L., Boudeling, M. & Janssen, W. (2013). *Gezond online: In control met ehealth.* Geraadpleegd op http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2013/05/NYFER-RAPPORT-Gezond-online.pdf

van Ewijk, C., Van der Horst A., & Besseling, P. (2013). *The future of health care* (Rapport Nr. 978-90-5833-597-5). Geraadpleegd op CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis website: https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-policy-brief-2013-03-future-health-care.pdf

van Rooijen, M., Goedvolk, R. & Houwert, T. (2013). *A vision for the Dutch health care system in 2040: Towards a sustainable, high-quality health care system* (Rapport). Geraadpleegd op McKinsey&Company website: http://www.mckinsey.com/search?q=(PDF)+A+vision+for+the+Dutch+health+care+system+in+2040+Towards+a+sustainable%2C+high-quality+health+care+system&start=1&sort=default&ignoreSpellingSuggestion=false

Velmans, M. (2017). *Pilotstudie naar de convergente validiteit van de Telescreen 4.0 op AS-II stoornissen volgens de DSM-IV* (Bachelor thesis). Geraadpleegd op https://postit.saxion.nl/resolver/getfile/14C3E850-DFB4-487C-8C270D34B79D1297

Verheul, R., Van den Brink, W., Spinhoven, P. H. & Haringsma, R. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie, 42, 409-422.* Geraadpleegd op http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_355pdf.pdf

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4de ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma

Vonau, M. K. (2009). *Validierung des störungsspezifischen interviews Borderline Personality Disorder Severity Index – version IV (BPDSI-IV)* (Bachelor thesis). Geraadpleegd op http://rzbl04.biblio.etc.tu-bs.de:8080/docportal/servlets/MCRFileNodeServlet/DocPortal_derivate_00007590/Dissertation.pdf

Walther, J. B. & Burgoon, J. K. (1992). Relational Communication in Computer-Mediated Interaction. *Journal of Human Communication Research, 19*, 50-88. doi:10.1111/j.1468-2958.1992.tb00295.x

Weertman, A., Arntz, A., Dreessen, L., van Velzen, C. & Vertommen, S. (2003). Short interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders, 17,* 562-567.

Wong, H. B. & Lim, G. H. (2011). Measures of diagnostic accuracy: Sensitivity, specificity, PPV and NPV. *Journal of Proceedings of Singapore Healthcare, 20,* 316-318. doi:10.1177/201010581102000411

Stoff, D. M., Breiling, J. & Maser, J. D. (1997). *Handbook of antisocial behavior*. New York, NY: Wiley.

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Frankenburg, F. R. & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17,* 233-242. doi:10.1521/pedi.17.3.233.22147

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Journal of Archives of General Psychiatry, 51,* 225-245. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030061006

Zittel, C. & Westen, D. (1998). Conceptual issues and research findings on borderline personality disorder: What every clinician should know. *Journal of In Session: Psychotherapy in Practice, 4,* 5-20. doi:10.1002/(SICI)1520-6572(199822)4:2<5::AID-SESS2>3.0.CO;2-K

Bijlage 1: Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring

Voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek:

Een validiteitsonderzoek van de TeleScreen, een online screening voor psychische stoornissen

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem verwerkt worden, en niet herleidbaar zijn naar mij als persoon. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: …… Geboortedatum:……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …..……

In te vullen door verantwoordelijk onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

……..……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ...……

Bijlage 2: Aanvullende tabellen

In tabel 8 is er een overzicht van de thema's behorend bij elk criterium van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2000).

Tabel 8. *Overzicht thema's van de 9 criteria van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis*

Variabele	Thema's
BPS criterium 1	Verlatingsangst
BPS criterium 2	Instabiele relaties
BPS criterium 3	Identiteitsstoornis
BPS criterium 4	In potentie schadelijk impulsief gedrag
BPS criterium 5	Recidiverende suïcidale gedragingen
BPS criterium 6	Affectlabiliteit
BPS criterium 7	Chronisch gevoel van leegte
BPS criterium 8	Inadequate, intense of moeilijk beheersbare woede
BPS criterium 9	Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis.

In dit onderzoek is gekozen om de cutoff scores per criterium te berekenen aan de hand van de bijbehorende formule uit onderzoek van Jacobson en Truax (1991) en Vonau (2009):

Cutoff score = $\frac{(Gem1\ x\ SD2) + (Gem2\ x\ SD1)}{(SD1 + SD2)}$

De verkregen cutoff scores staan weergegeven in tabel 8.

Tabel 9. Overzicht berekende *BPDSI-IV cutoff scores per BPS criterium*

Variabele	Cutoff score
BPS criterium 1	2.25
BPS criterium 2	1.62
BPS criterium 3	2.13
BPS criterium 4	0.62
BPS criterium 5	0.46
BPS criterium 6	5.53
BPS criterium 7	4.38
BPS criterium 8	1.98
BPS criterium 9	1.82

Noot. BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis.

Bijlage 3: Stellingen

Student: C. T. R. van der Horst
Studentnummer: 345329
School: Hogeschool Saxion Deventer
Opleiding: Toegepaste Psychologie, hoofdstroom Klinische Psychologie

Onderwerp scriptie: Online diagnostiek van de DSM-IV borderline persoonlijkheidsstoornis: Een vergelijking met de BPDSI-IV en de SCID-II

Stelling 1: Het is van belang dat er tijdens de behandeling meerdere feedbackmomenten zijn voor de patiënten ten opzichte van de behandelaar.

Stelling 2: Het is van belang dat nazorg als een verplicht onderdeel van behandeling wordt gesteld binnen de derdelijns geestelijke gezondheidszorg.

Stelling 3: Het is van belang dat er nationale richtlijnen komen ten aanzien van de tijdsduur tussen diagnostische afname en terugkoppeling.

Stelling 4: Wanneer het SCID-interview tijdens behandeling wordt ingezet is het van belang om de terugkoppeling door de hoofdbehandelaar te laten geschieden.

Stelling 5: Het is van belang dat nationaal de beddencapaciteit binnen de derdelijns geestelijke gezondheidszorg omhoog moet om de wachtlijsten te reduceren.

Bijlage 4: Eigen werk verklaring

EIGEN WERK VERKLARING

Ondergetekende(n): C. T. R. van der Horst

verklaart ondubbelzinnig dat:

1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.

2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.

3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.

4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Apeldoorn

Datum: 26.06.2017

Handtekening:

Vertrouwelijk

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.