

Indicatoren voor de zorgtoewijzing bij persoonlijkheidsstoornissen: resultaten van een concept map analyse

Concept mapping of indicators for treatment allocation in patients with personality disorders

Onderzoeksrapport

Van Manen, J.G., Goossensen, A., Knapen, P., Ingenhoven, T.,
De Saeger, H., Cornelissen, C., Kamphuis, J.H., Timman, R.,
Verheul, R., Busschbach, J.J.V.

Augustus 2010

Correspondentie:

Drs. J.G. van Manen
Viersprong Institute for Studies on Personality disorders (VISPD)
De Beeklaan 2
4661 EP Halsteren
janine.van.manen@deviersprong.nl
+31 164 632289

<http://www.vispd.nl>

Auteurs:

Drs. J.G. van Manen^{1,2}
Drs. P. Knapen³
Dr. T. Ingenhoven⁴
Drs. H. De Saeger^{1,5}
Drs. K. Cornelissen⁵
Prof.dr. J.H. Kamphuis^{1,2}
Dr. A. Goossensen⁶
Dr. R. Timman^{1,7}
Prof.dr. R. Verheul^{2,5}
Prof.dr. J.J.V. Busschbach^{1,7}

¹ Viersprong Institute for Studies on Personality disorders (VISPD), Halsteren

² Universiteit van Amsterdam (UvA)

³ Psychotherapiepraktijk Eindhoven Centrum (PEC)

⁴ Symfora groep, Amersfoort

⁵ Psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong', Halsteren

⁶ Hogeschool INHOLLAND, Den Haag

⁷ Erasmus Universitair Medisch Centrum (Erasmus MC)

Aansprakelijkheid

Beste lezers,

Dit rapport is een eerste en uitgebreide beschrijving van ons onderzoek. Het rapport heeft als doel om de resultaten zo compleet en transparant mogelijk te presenteren, zodat een duidelijke communicatie tussen de betrokken onderzoekers mogelijk is. Het rapport is een eerste, ruwe versie en de conclusies en interpretaties in dit rapport moeten als voorlopig worden beschouwd. Deze versie van het rapport brengt met zich mee dat de schrijfstijl soms informeel kan overkomen en er kunnen type- en spellingsfouten voorkomen. Dit rapport wordt gebruikt als een basis voor het schrijven van artikelen in 'peer reviewed'-tijdschriften. Het blijft beschikbaar en is opvraagbaar voor onderzoekers die daarin geïnteresseerd zijn.

Mede namens alle auteurs,

Janine van Manen

Disclaimer

Dear readers,

This report is meant as a detailed description of our investigation in order to allow communication between the researchers who were directly involved in the investigation. A goal of this report is to present our research as transparent as possible. Note that parts of the report still reveal the early thoughts and interpretations, the informal style, type and spelling errors are characteristic for a first report written after finishing the data collection. Although the report will probably remain the most detailed description of our research effort, it must not be seen as the final interpretation of the results. The report now serves as an easy accessible collection of research data, on which basis we hope to write peer-reviewed articles. The original report will remain available on request, for those researchers who would like to have a detailed description of the research and the data.

On behalf of the researchers,

Janine van Manen

Samenvatting

In dit onderzoek werden met behulp van de 'concept-mapping'-methode patiëntkenmerken gevonden die van belang zijn bij de indicatiestelling voor psychotherapeutische behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen. De concept map-methode omvat zowel kenmerken van kwalitatief als kwantitatief onderzoek en heeft als doel om een complex onderwerp visueel te presenteren en op te delen in een aantal onderliggende concepten. In dit onderzoek werd met behulp van de concept map-methode een literatuuronderzoek naar indicatiestelling geïntegreerd met kennis van 29 experts op het gebied van indicatiestelling en/of persoonlijkheidsproblematiek. Het doel was om een beperkt aantal concepten te bepalen die van belang zijn voor de indicatiestelling bij persoonlijkheidsproblemen. De conceptmap resulteerde in acht clusters: (1) ernst van de psychiatrische symptomatologie, (2) ernst van de (structurele) persoonlijkheidspathologie, (3) ego-adaptieve vermogens, (4) motivatie en vermogen tot het aangaan van een werkrelatie, (5) sociale context, (6) socio-demografische variabelen, (7) traumatisering en (8) behandelgeschiedenis en somatiek. In dit rapport wordt gedetailleerd verslag gedaan van de concept-map procedure en worden de uitkomsten gedetailleerd besproken.

Summary

Using the concept map method, this study revealed patient characteristics that are important for treatment selection decisions in patients with personality disorders. Concept mapping is a specific type of structured conceptualization process and describes the underlying structure of specific phenomena. The method uses qualitative and quantitative methods. In this study, we integrated a literature investigation with the opinions of 29 experts in the field of treatment allocation and/or personality disorders. Our goal was to reduce and describe the number of patient characteristics that are important for treatment allocation in personality disorders. The concept map procedure resulted in eight patient characteristics: (1) severity of symptoms, (2) severity of personality pathology, (3) ego-adaptive capacity, (4) motivation and capacity for a therapeutic alliance, (5) patient's social system, (6) social demographic variables, (7) traumata, (8) treatment history and physical examination. This report describes in detail the concept mapping procedure and the outcomes are discussed.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
1. Inleiding	6
2. Methode en resultaten.....	7
3. Discussie	24
4. Referenties	26
Bijlage 1. Resultaat literatuuronderzoek.....	28
Bijlage 2. Vragenlijst patientkenmerk selectie	32
Bijlage 3. Verbatim plenaire interpretatiebijeenkomst	38
Bijlage 4. Vragenlijst operationalisatie clusters	48
Bijlage 5. Tabel met samenvatting van de antwoorden van de operationalisatie clusters-vragenlijst ..	50

1. Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Naar schatting heeft ongeveer 1 op de 20 mensen in de normale populatie een persoonlijkheidsstoornis (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006). Een persoonlijkheidsstoornis wordt gediagnosticeerd als er sprake is één of meer persoonlijkheidstrekken (b.v. introversie of impulsiviteit) die in extreme mate aanwezig zijn en dusdanig inflexibel of duurzaam zijn dat deze trekken problemen veroorzaken in het dagelijks functioneren (American Psychiatric Association, 2000). Persoonlijkheidsstoornissen gaan gepaard met een hoge lijdenslast (Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008) en een grote last voor de directe omgeving (Scheirs & Bok, 2007; Steketee, 1997) en de maatschappij (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, & Busschbach, 2008). Onderzoek wijst uit dat persoonlijkheidsstoornissen goed te behandelen zijn met psychotherapeutische behandelingen: een Cochrane review (Binks, et al., 2006), meta-analyses (Leichsenring & Leibing, 2003; Perry, Banon, & Ianni, 1999) en (gerandomiseerde) effectstudies (Bartak, et al., 2010; Davidson, et al., 2006; Emmelkamp, et al., 2006; Giesen-Bloo, et al., 2006; Svartberg, Stiles, & Seltzer, 2004) hebben aangetoond dat psychotherapie bij persoonlijkheidsproblematiek effectief is.

Gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen

Het behandelaanbod voor persoonlijkheidsstoornissen beslaat het gehele spectrum van ambulante behandelingen tot en met klinische opnames, variërend in duur, en met verschillende toegepaste werkmodellen zoals schemagerichte therapie en transference-focused psychotherapie. Bij indicatiestelling gaat het om het beantwoorden van de vraag welke behandeling het meest passend is voor een specifieke diagnose en hulpvraag (Willemse, Lemmens, de Vries, & Hutschemaekers, 2000). De achterliggende hypothese is dat patiënten met een voor hun passend aanbod minder zullen uitvallen in de eerste fase van therapie en sneller zullen profiteren van de behandeling (Bleyen, Vertommen, & Van Audenhove, 1998; Truant, 1998). Voor klinici is indicatiestelling een veeleisende en ingewikkelde taak (Witteman & Kunst, 1997), en richtlijnen voor indicatiestelling zijn daarom wenselijk. Idealiter zouden de indicatiestelling richtlijnen gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de effecten van psychotherapie, echter de resultaten uit wetenschappelijke studies zijn vooralsnog weinig bruikbaar voor de indicatiestelling (Critchfield & Benjamin, 2006). Verschillende auteurs van effectstudies (Bartak, et al., 2010; Perry, et al., 1999) nuanceren bijvoorbeeld hun uitkomsten en wijzen op mogelijke verschillen in behandeluitkomsten bij verschillende subpopulaties binnen de groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Verder onderzoek is nodig naar de verschillende effecten van de behandelingen bij verschillende patiënten: matchingsonderzoek.

Huidige concept map studie naar indicatoren voor de zorgtoewijzing bij persoonlijkheidsstoornissen.

Een belangrijke eerste stap voor matchingsonderzoek is het bepalen welke patiëntkenmerken van belang zijn bij het matchen van patiënten aan behandelingen. Wanneer deze patiëntkenmerken bekend zijn, kan in een effectstudie worden vastgesteld of deze kenmerken inderdaad bepalend zijn voor de effectiviteit van de verschillende therapieën en dus voor de indicatiestelling. In dit onderzoek proberen we te bepalen welke patiëntkenmerken van belang zijn voor de indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen. We gebruiken hiervoor de concept map techniek (Trochim & Kane, 2005). Concept mapping is een gestructureerd conceptualisatie proces dat de onderliggende structuur en onderliggende concepten van een fenomeen beschrijft. De concept map methode gebruikt zowel kwantitatieve als kwalitatieve technieken, zoals brainstormen, sortering en beoordeling van items door experts, statistische analyses en een interpretatiebijeenkomst. Het resultaat is een figuur waarin clusters van factoren zijn gerepresenteerd. Concept mapping wordt als methode in verschillende psychotherapie gerelateerde onderzoeken toegepast zoals onderzoek naar werkzame factoren in psychotherapie (Paulson, Truscott, & Stuart, 1999), behandeling bij suïcide (Paulson & Worth, 2002), 'common factors' van psychotherapie (Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, & Wampold, 2003), coping (Gol & Cook, 2004) en de behandeling voor ernstig verslaafden (Roeg, Van de Goor, & Garretsen, 2005). In deze studie wordt de concept mapping techniek gebruikt om een set van patiëntkenmerken te bepalen die beslissend zijn voor de behandelkeuze bij persoonlijkheidsstoornissen.

2. Methode en resultaten

Voor dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de 'Concept Map methode' (Kane & Trochim, 2006). Het doel van de concept map methode is een visuele voorstelling (de 'concept map') van een complex onderwerp, waarbij de onderliggende concepten, het belang van deze concepten en hun onderlinge verbanden duidelijk worden (Trochim, 1989). De visuele voorstelling is het resultaat van methode die groepsprocessen (bijv.: sorteren, groepsinterpretatie) met verschillende multivariate statistische analyses (multidimensional schaling, hiërarchische clusteranalyse) combineert. Procedureel gezien zijn er de volgende fasen te herkennen (Kane & Trochim, 2006):

1. Vaststelling focus van de concept map en selectie experts
2. Literatuuronderzoek naar patiëntkenmerken van belang bij de indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen en inbreng van experts
3. Sorteren en beoordelen van de kenmerken door experts
4. Statische analyses
5. Interpretatie van de concept maps door de groep experts

De verschillende fasen en de resultaten worden hieronder besproken.

2.1 Vaststelling focus van de concept map en selectie experts

Focus

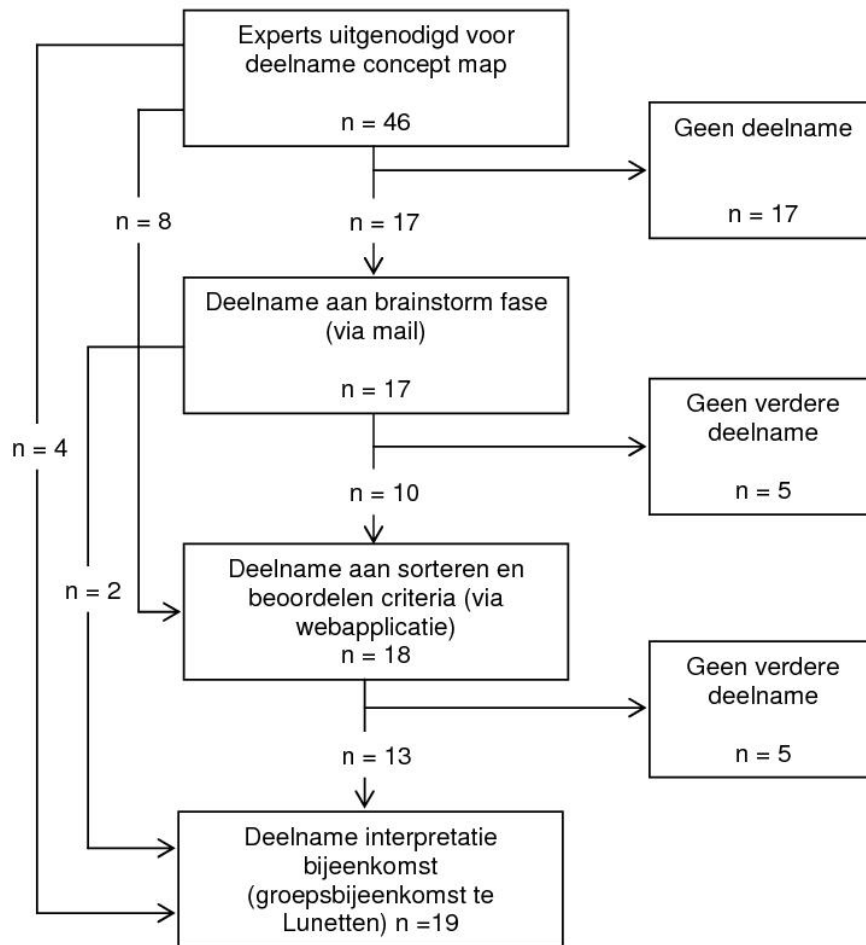
De focus van de concept map werd als volgt geformuleerd:

'welke patiënt-gebonden factoren zijn van belang bij het selecteren van de best passende psychotherapeutische behandeling bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen?'

Selectie van de deelnemende experts

Van de deelnemende experts werd gespecialiseerde kennis op het gebied van diagnostiek/indicatiestelling en/of behandeling van persoonlijkheidsstoornissen verlangd en/of het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op dat gebied. De selectieprocedure was als volgt: de eerste auteur van dit rapport stelde een lijst samen van Nederlandse auteurs die hebben geschreven over indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante onderwerpen in handboeken. Deze lijst werd uitgebreid door klinici en onderzoekers van De Viersprong op basis van hun netwerk. De uiteindelijke lijst omvatte 46 experts. Alle 46 experts zijn voor elke fase in de concept map procedure uitgenodigd. Een stroomdiagram van de deelnemende experts is te zien in **figuur 1**. Zoals te zien in figuur 1 hebben verschillende deelnemers in verschillende fase van de concept map procedure hun medewerking verleend. In totaal deden 29 verschillende experts mee aan het onderzoek. Een beschrijving van deze 29 experts is te zien in **tabel 1**.

Figuur 1. Stroomdiagram deelnemers



Tabel 1. Kenmerken deelnemers

Leeftijd (jaren) (n = 27)	Gemiddelde	48.6
	Standaard deviatie	9.1
Geslacht(n = 29)	Man n (%)	16 (55 %)
	Vrouw n (%)	13 (45 %)
Functie (n = 29)	Professor n (%)	2 (7 %)
	KP-psycholoog n (%)	16 (55 %)
	Psychotherapeut n (%)	4 (14 %)
	Psychiater n (%)	7 (24 %)
Referentiekader (n = 23)	Cogn. gedrags therapeutisch n (%)	8 (35 %)
	Psychodynamisch n (%)	7 (30 %)
	Integratief n (%)	8 (35 %)
Werkervaring (fulltime jaren) (n = 29)	Gemiddelde	21.0
	Standaard deviatie	9.5

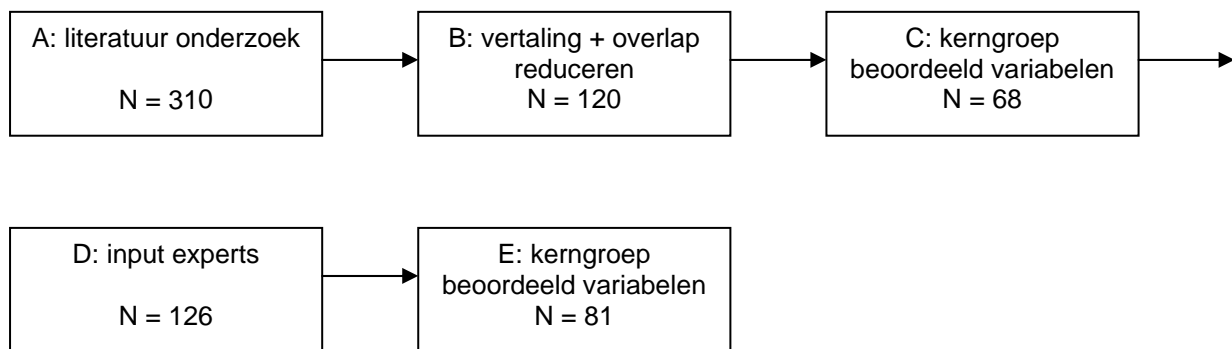
Samenstelling van de onderzoeksgroep

In het project werd een rolverdeling afgesproken. Er werd een kerngroep gevormd met beslisbevoegdheid: Anne Goossensen, Roel Verheul, Jan van Busschbach en Janine van Manen. Van deze groep was alleen Roel Verheul ook betrokken als expert in de concept mapping procedure.

2.2 Literatuuronderzoek naar patientkenmerken van belang bij de indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen en inbreng van experts

Het doel van deze fase is het bijeenbrengen van zoveel mogelijk kennis, visies en ideeën over welke factoren van belang zijn bij de zorgtoewijzing van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. In dit onderzoek zijn we gestart met een literatuuronderzoek en hebben we deze vervolgens uitgebreid door experts om aanvulling te vragen. De verschillende stappen worden getoond in **figuur 2**. en hieronder beschreven.

Figuur 2. Stroomdiagram concept map kenmerken



A. Er werd gestart met een literatuuronderzoek. Gezocht werd in de online elektronische databases Psychinfo en Pubmed. Zoektermen waren: client characteristic, patient selection, client treatment matching, patient care planning en treatment planning, in combinatie met de zoektermen: personality disorder of personality disorders. We selecteerden literatuur gepubliceerd na 1 januari 1990 en geschreven in het Nederlands of het Engels. Relevante verwijzingen in de gevonden artikels werden meegenomen (sneeuwbalmethode), naast twee interne rapport van de Viersprong (Lemmens, 1996a, 1996b). Zowel empirische literatuur als handboeken werden geselecteerd. De zoektocht heeft geresulteerd in 55 relevante artikels/boekhoofdstukken. Het resultaat wordt gepresenteerd in **bijlage 1**. Uit deze literatuur werden de patientkenmerken die van belang zijn voor de indicatiestelling afgeleid. Dit resulteerde in een lijst van 310 elkaar overlappende kenmerken.

B. De gevonden kenmerken werden door de eerste auteur vertaald naar het Nederlands en de overlappende variabelen werden uit de lijst gehaald. Dit resulteerde in een lijst van 120 kenmerken.

C. De lijst met 120 kenmerken is door de kerngroep beoordeeld op de volgende punten:

1. selecteer alleen de kenmerken die betrekking hebben op de focus vraag
2. selecteer de kortst mogelijke formulering
3. selecteer de meest specifieke formulering
4. de kenmerken moeten voor alle deelnemers duidelijk zijn
5. streef naar een zo vergelijkbaar mogelijk abstractieniveau
6. het totaal aantal kenmerken moet hanteerbaar zijn (maximaal 80)

Sommige patiëntkenmerken werden als gevolg van bovenstaande eisen herschreven, samengevoegd of weggelaten. Dit resulteerde in een lijst van 68 kenmerken.

D. De lijst met 68 kenmerken werd in de vorm van een vragenlijst naar de experts gestuurd met de vraag onduidelijke kenmerken te herschrijven, redundantie eruit te halen en eventueel aanvullingen te maken. De vragenlijst is weergegeven in **bijlage 2**. Zeventien experts vulde de vragenlijst in (zie figuur 2). Alle opmerkingen werden verzameld wat resulteerde in een lijst van 126 kenmerken.

E. Deze laatste lijst is door de eerste en laatste auteur gecheckt en verbeterd op de criteria die staan vermeld onder C). De uiteindelijke lijst omvat 81 patiëntkenmerken. Deze 81 factoren staan vermeld in tabel 2.

Tabel 2. Kenmerken van belang bij de indicatiestelling bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek

-
- 1 Extreeme verlegenheid
 - 2 Attributiestijl: het toeschrijven van de oorzaak van gedrag aan interne persoonlijke oorzaken dan wel aan externe gebeurtenissen in de omgeving
 - 3 Ernst van de persoonlijkheidspathologie

- 4 Aantal persoonlijkheidsstoornissen en/of aantal persoonlijkheidstrekken
- 5 Kwaliteit van het sociale netwerk of steunsysteem
- 6 Relationele capaciteiten: het vermogen tot het aangaan van intieme, betekenisvolle en stabiele relaties
- 7 Seksueel misbruik na de kindertijd
- 8 Aard en duur van eerdere behandelingen
- 9 Angstklachten
- 10 Behandelmotivatie: zich verantwoordelijk voelen voor de eigen problemen en drang om de problemen te overwinnen ondanks een eventueel moeizaam en pijnlijk veranderproces
- 11 Posttraumatische stressklachten (herbelevingen, nachtmerries)
- 12 Psychopathie
- 13 Anacritische persoonlijkheid: afhankelijk zijn van liefde, zorg en aandacht van anderen
- 14 Justitiële status (zoals arrestaties, veroordelingen, lopende zaken)
- 15 Overbetrokken houding van ouders in de kindertijd
- 16 Gebruik van psychofarmaca
- 17 Leeftijd
- 18 Verloop van eerdere behandelingen zoals drop-out en de mate waarin ervan geprofiteerd is
- 19 Seksueel misbruik in de kindertijd
- 20 Introspectieve en reflexieve vermogens: het vermogen om als van een afstand te kijken naar eigen gevoelens, fantasieën, motieven en gedragingen
- 21 Suicidaal gedrag
- 22 Emotionele en/of fysieke verwaarlozing in de kindertijd
- 23 Chroniciteit van de psychiatrische/psychische klachten
- 24 Levensfase
- 25 Nederlandse taalvaardigheid
- 26 Zinnige dagbesteding (zoals werk, zorg voor kinderen, studie)
- 27 Cognitieve capaciteiten of intelligentie
- 28 Focaliteit: mate waarin de klachten zijn te omschrijven als een specifiek probleemgebied waaruit de meeste klachten voortvloeien
- 29 Aard van de relatie tussen patient en intaker
- 30 Dissociatieve klachten
- 31 Patient kan behandelkosten dragen
- 32 Reactie op proefinterventies: toegenomen motivatie, positief affect, uitingen van waardering of overeenstemming, intense angst, verwarring, fragmentatie, desorganisatie, primitieve afweermechanismen
- 33 Gehechtheidstijl
- 34 Eetproblemen (eetbuien, braken, ondergewicht, overgewicht)
- 35 Patroon van agressief gedrag
- 36 Voorkeur van de patient wat betreft kenmerken van de behandeling zoals de setting en duur
- 37 Autismespectrumstoornis
- 38 Aanwezigheid van relatie-, gezins- of andere systeemproblematiek
- 39 Aanwezigheid van psychopathologie bij familieleden
- 40 Geslacht
- 41 Sociale klasse
- 42 Primitieve afweer: het gebruik van onder andere splitting en projectieve identificatie om emotionele conflicten of interne of externe stressoren niet tot zich te laten doordringen
- 43 Pestverleden
- 44 Identiteitsintegratie: het vermogen tot stabiele, geïntegreerde en positieve zelfrepresentaties en het eigen leven als zinvol beschouwen
- 45 Type persoonlijkheidsstoornis
- 46 Sociale vaardigheden en aanpassingsvermogen
- 47 Aanhoudende en/of actuele traumatiserende omstandigheden
- 48 Concentratie en/of aandachtsproblemen
- 49 Zelfwerkzaamheid: het vermogen om zelfstandig tot actie over te gaan bij het oplossen van problemen
- 50 Neuroticisme of emotionele instabiliteit
- 51 Perfectionisme

- 52 Introjectieve persoonlijkheid: hoog niveau van zelfkritisch perfectionisme en autonoom gedrag
 - 53 Vermogen tot altruïsme
 - 54 Vertrouwen in de betrokkenheid en de motieven van de intaker
 - 55 Geen vaste woon- of verblijfplaats
 - 56 Onoverkomelijke schulden
 - 57 Inschikkelijkheid: de geneigdheid om in interpersoonlijke conflicten toe te geven, ruzie te vermijden of boosheid te bedwingen
 - 58 Ouderlijk geweld (fysiek, verbaal) in de kindertijd
 - 59 Mentaliserend vermogen: het vermogen om eigen en andermans gedrag te begrijpen aan de hand van mentale toestanden zoals gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens
 - 60 Depressieve klachten en/of (hypo)mane episoden
 - 61 Culturele achtergrond
 - 62 Automutilatie
 - 63 Schizofrenie
 - 64 Egosterkte: de capaciteit om de eigen emoties en impulsen te hanteren en het zelfgevoel te bewaren versus het risico op fragmentatie en psychotische decompensatie
 - 65 Psychotische episoden
 - 66 Verlies of scheiding van de ouders/verzorgers tijdens de kindertijd
 - 67 Echtscheiding van de ouders in de kindertijd
 - 68 Merkwaardige spraak (vaag, wijdlopig, metaforisch, met een overmaat aan details, stereotiep)
 - 69 Therapietrouw
 - 70 Opleidingsniveau
 - 71 Ernstige somatische problematiek die kan interfereren met de behandeling
 - 72 Psychological mindedness: capaciteit om problemen van jezelf en anderen te beschrijven in termen van een intrapsychisch conflict
 - 73 Extraversie: naar buiten gerichte aandacht, energie en orientatie
 - 74 Religie
 - 75 Mate waarin er sprake is van probleembesef
 - 76 Middelenmisbruik of middelenafhankelijkheid
 - 77 Hobbys
 - 78 Wens tot continueren werk of studie
 - 79 Patient kan niet gemist worden in de zorg voor zijn/haar kinderen
 - 80 Persoonlijkheidsorganisatie (psychotisch, borderline, neurotisch)
 - 81 Simulatie van psychische- en psychiatrische symptomen
-

2.3 Sorteren en beoordelen van de kenmerken door experts

De deelnemende experts werden verzocht de 81 kenmerken te sorteren of groeperen in 'stapeltjes'. Dat gebeurde middels een webapplicatie (www.conceptsystemsglobal.com). De gegeven instructie en een voorbeeld van de webapplicatie staan in respectievelijk **figuur 3 en 4**. Gemiddeld verdeelden de experts de 81 kenmerken in ongeveer 11 stapeltjes ($M = 10.9$, $SD = 3.2$).

Figuur 3. De instructie voor het sorteren van de kenmerken.

INSTRUCTIONS: In this activity, you will categorize the statements, according to your view of their meaning or theme. To do this, you will sort each statement into categories in a way that makes sense to you.

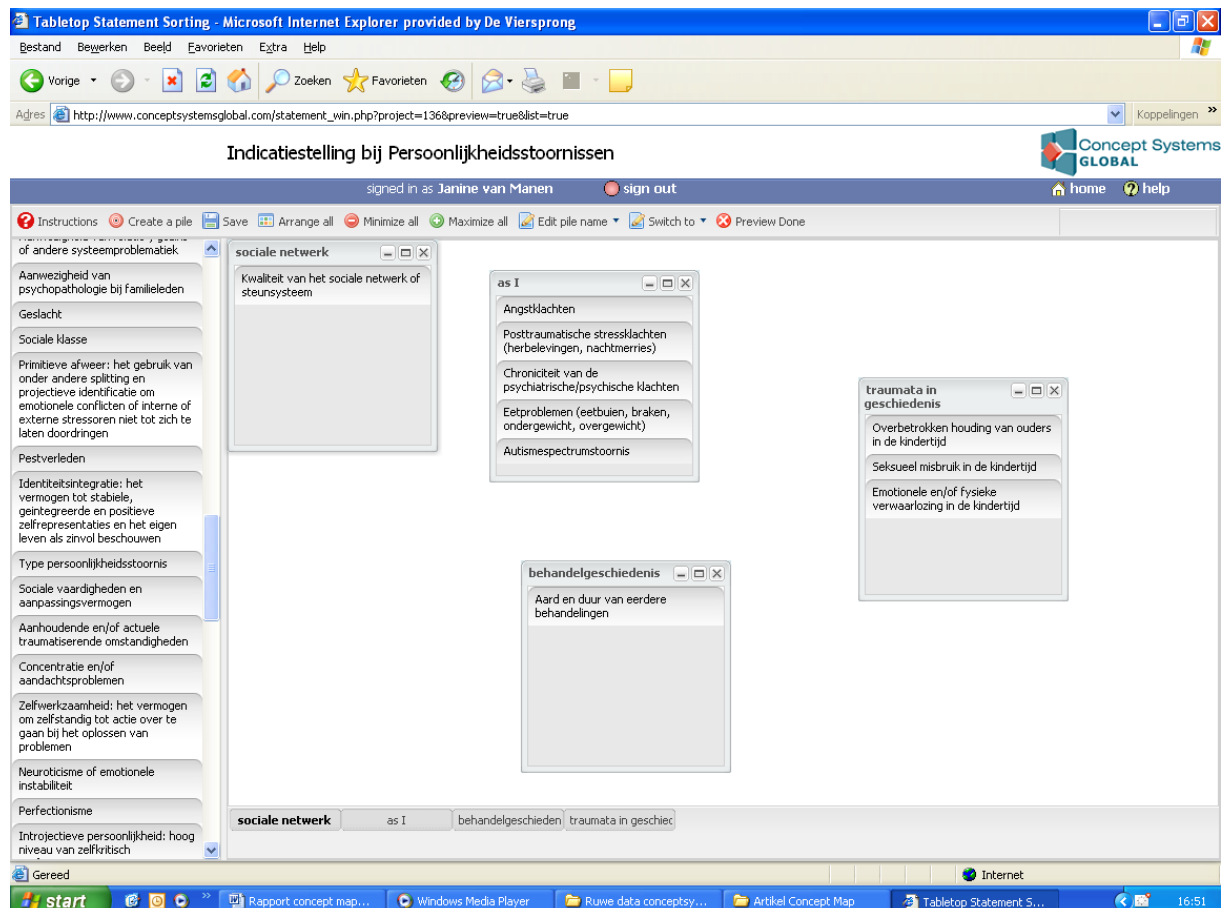
1. First, read through the statements in the Unsorted Statements column below.
2. Next, sort each statement into a category you create. Group the statements for how similar in meaning or theme they are to one another. Give each category a name that describes its theme or contents.

Do NOT create categories according to priority, or value, such as 'Important', or 'Hard To Do.'

Do NOT create categories such as 'Miscellaneous' or "Other" that group together dissimilar statements. Put a statement alone in its own category if it is unrelated to all the other statements. Make sure every statement is put somewhere. Do not leave any statements in the Unsorted Statements column.

People vary in how many categories they create. Usually 5 to 20 categories works well to organize this number of statements.

Figuur 4. Voorbeeld van de internetapplicatie die deelnemers gebruikten voor het sorteren van de kenmerken.

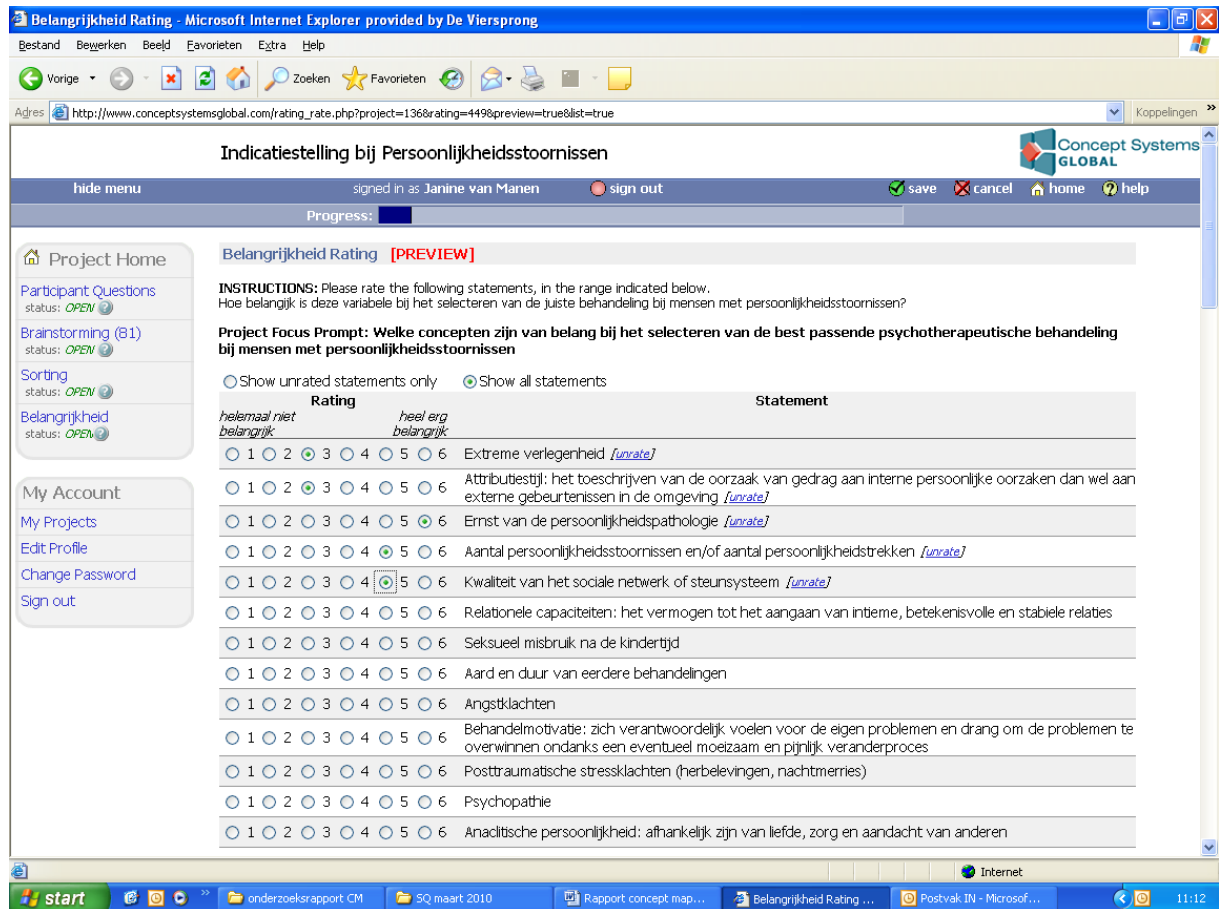


De deelnemende experts werden eveneens gevraagd alle 81 kenmerken te beoordelen op hoe belangrijk de factor is in het indicatiestellingproces. De instructie en een voorbeeld van de applicatie worden in figuur 5 en 6 beschreven:

Figuur 5. Instructie voor het beoordelen van de kenmerken

INSTRUCTIONS: Please rate the following statements, in the range indicated below.

Figuur 6. Voorbeeld van de internetapplicatie die deelnemers gebruikten voor het beoordelen van de kenmerken.



Het aantal deelnemers dat heeft meegewerkt aan het sorteren en beoordelen van de kenmerken was 18 (zie figuur 2.)

2.4 Statistische analyses

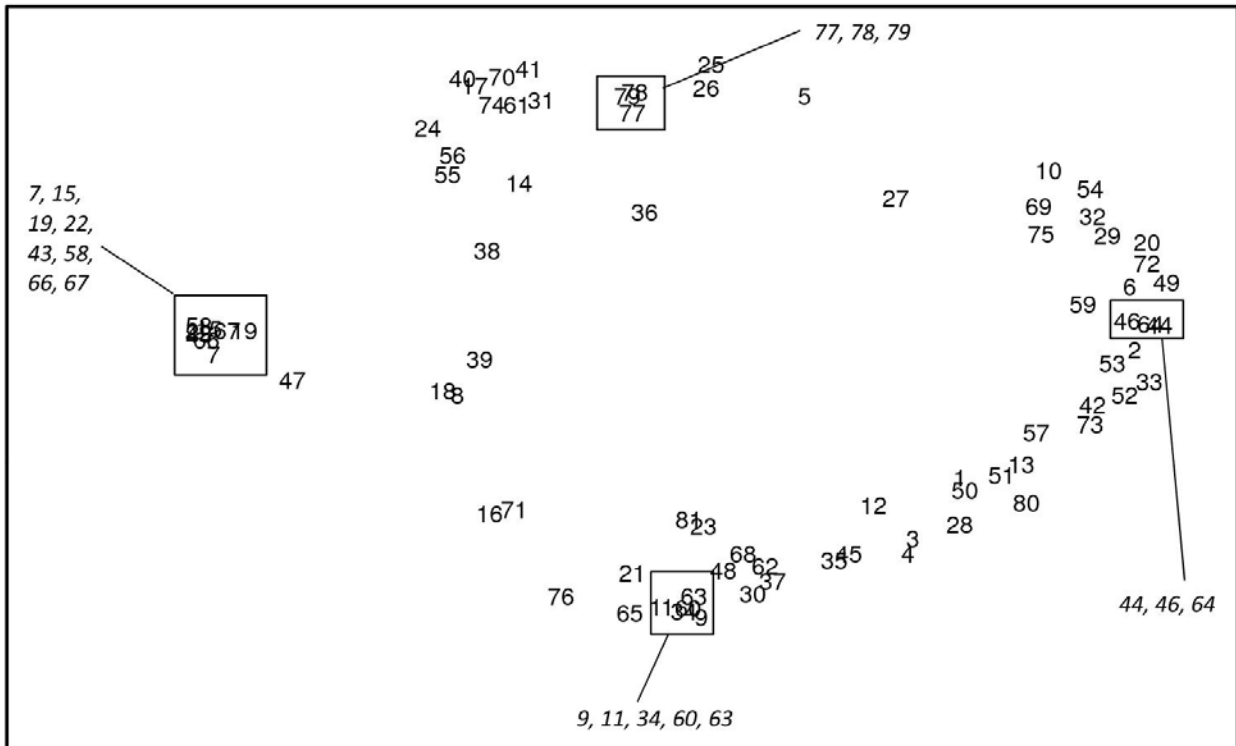
De statistische analyses zijn uitgevoerd gebruikmakend van het software programma 'The Concept Systems' (Concept Systems Inc., 2003), het programma combineert multidimensional scaling met cluster analyse.

Alle resultaten werden eerst op deelnemersniveau verzameld en omgezet in een 'individual binary symmetric similarity matrix'. Dit is een matrix met evenveel kolommen en rijen als het aantal te sorteren kenmerken. Een één in een cel van de matrix betekent dat de rij en kolom kenmerk door de deelnemer in dezelfde stapel is gelegd, een nul betekent dat de twee kenmerken niet bij elkaar in een stapel zijn gelegd. Deze individuele matrices worden opgeteld over alle deelnemers wat resulteert in de 'combined group similarity matrix'. Ook deze matrix heeft evenveel rijen en kolommen als het aantal kenmerken. De waarde in een bepaalde cel geeft aan hoeveel deelnemers de twee kenmerken in een stapeltje hebben geplaatst, ongeacht welke andere kenmerken door de deelnemers in een stapel zijn geplaatst, of juist niet hadden geplaatst. De waarden in de 'combined group similarity matrix' zijn een maat voor de gelijkenis tussen twee kenmerken.

Een nonmetric multidimensional scaling (MDS) – procedure werd uitgevoerd op data van de 'combined Group similarity matrix'. Het doel is het presenteren van de gelijkenis data in een tweedimensionaal vlak. MDS plaatst iteratief punten in de ruimte, waarbij de punten de kenmerken representeren en de afstanden tussen de punten representeert de frequentie waarmee de twee kenmerken in een stapeltje zijn geplaatst. Een twee dimensionale oplossing wordt aanbevolen omdat het belangrijkste doel van de MDS-procedure is het visueel presenteren van de samenhang van de kenmerken, wat moeilijk is bij oplossingen met drie of meer dimensies (Kruskal & Wish, 1978). De

MDS-procedure resulteert in een zogenaamde 'point map'. De MDS-procedure voor twee dimensionale oplossing resulteerde in een final stress van .22. Dit geeft aan dat het model redelijk stabiel is (Kane & Trochim, 2006). De stress waarde is een index voor de mate waarin de afstanden tussen de kenmerken van de MDS-oplossing overeenkomt met de afstanden zoals ze te vinden zijn in de 'combined group similarity matrix', en neemt waarden aan van 0 (geen discrepantie tussen de MDS-afstanden en de 'combined group similarity matrix') tot 1 (de MDS-afstanden lijken volledig random). In **figuur 7** wordt de point map getoond.

Figuur 7. Point map



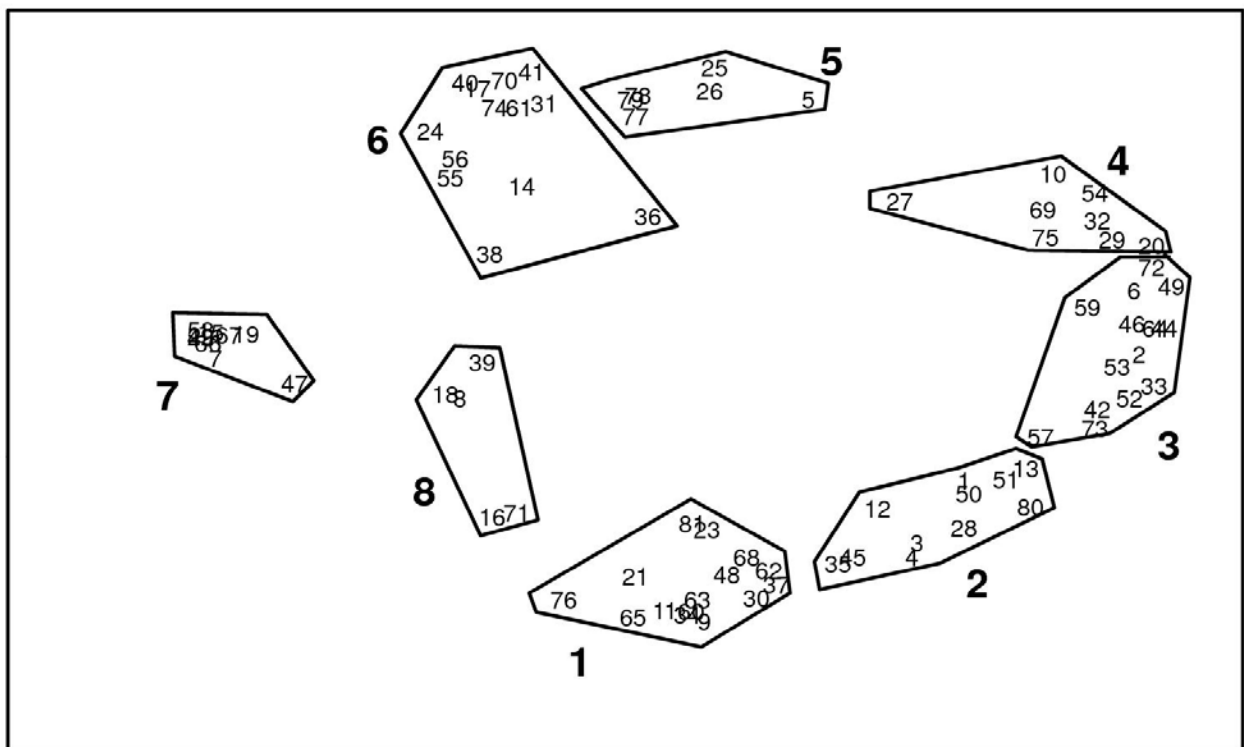
Beschrijving. Naarmate de kenmerken dicht bij elkaar liggen, hebben ze in de perceptie van de deelnemers meer met elkaar te maken; zijn ze verder van elkaar verwijderd dan hebben ze minder met elkaar te maken. Zo liggen de kenmerken 24 (Levensfase) en 80 (Aantal persoonlijkheidsstoornissen en/of aantal persoonlijkheidstrekken) ver van elkaar en de kenmerken 67 (Echtscheiding van de ouders in de kindertijd) en 66 (Verlies of scheiding van de ouders/verzorgers tijdens de kindertijd) dicht bij elkaar.

Vervolgens werd de hiërarchische clusteranalyse uitgevoerd. Het doel is het verdelen van de kenmerken in de point map in elkaar niet overlappende en inhoudelijk consistente clusters. De coördinaten (X- en Y-waarden) van de kenmerken in de point map waren de input voor de hiërarchische clusteranalyse volgens Ward's algoritme (Ward, 1963). De methode begint met 81 kenmerken (het maximaal aantal kenmerken in deze studie) en voegt stap voor stap kenmerken bij elkaar. Het algoritme voor het bij elkaar voegen van de verschillende kenmerken is gebaseerd op het minimum van de 'sum of squares' van de afstanden tussen de kenmerken in elk mogelijke samenvoeging. Het resultaat is een 'tree structure', die grafisch toont hoe de kenmerken hiërarchisch samengevoegd moeten worden: van één cluster tot alle kenmerken apart. Er bestaat geen zinvol mathematisch criterium dat gebruikt kan worden om het optimale aantal clusters te selecteren (Jackson & Trochim, 2002). De keuze voor het aantal clusters is dus subjectief binnen de mogelijkheden die de uitkomst van de hiërarchische clusteranalyse geeft. Kane en Trochim (2006) hebben op basis van jarenlange ervaring een voorstel gedaan voor het selectie proces. Ze stellen een klein en besluitvaardig groepje mensen samen bestaande uit onderzoekers eventueel geholpen door een kleine groep experts. Vervolgens dienen zij het maximale en minimale aantal clusters te bepalen afhankelijk van het verlangde niveau van specificiteit en het doel waarvoor de concept map uiteindelijk gebruikt gaat worden. Daarna beoordelen ze stap voor stap de verschillende samenvoegingen van de clusters van het maximale aantal clusteroplossingen naar het minimale aantal clusteroplossingen. Daarbij moet gebalanceerd worden tussen het behouden van de inhoudelijke verschillen en het samenvoegen van de overeenkomsten. De kerngroep van deze studie heeft bovenstaande stappen gevolgd en voor een clusteroplossing met 8 clusters gekozen. Bij de stap van 8 naar 7 clusters

werden clusters 5 en 6 samengevoegd, terwijl de kerngroep vond dat er inhoudelijk voldoende verschillen waren om een splitsing te rechtvaardigen. In **figuur 8** worden de 8 clusters getoond in de point map. In **tabel 3** staan de clusters genoemd met hun onderliggende kenmerken.

Twee argumenten ondersteunen de keuze voor de ‘acht clusters’ oplossing. Ten eerste ligt het aantal gekozen clusters dicht bij het gemiddelde aantal stapeltjes waarin de experts de kenmerken verdeelden ($M = 10.9$, $SD = 3.2$). Ten tweede zijn de cluster bridging values vrij laag. Cluster bridging values variëren tussen de 0 en de 1, en geven aan in welke mate de kenmerken binnen een bepaald cluster gesorteerd zijn met kenmerken die dicht bij geplaatst zijn op de point map in vergelijking met kenmerken die verder weg zijn geplaatst op de point map (Concept Systems Inc., 2003). Een hoge cluster bridging value geeft aan dat het cluster een brug (vandaar bridging value) vormt tussen twee of meer clusters, dat wil zeggen de kenmerken in een bepaald cluster werden vaak gesorteerd met kenmerken uit andere clusters (Paulson, et al., 1999). Lage cluster bridging values geven aan dat de kenmerken in een bepaald cluster niet vaak gesorteerd werden met kenmerken uit andere clusters. Een lage gemiddelde bridge value van een cluster geeft aan dat de kenmerken in het cluster sterk samenhangen, en dat het cluster dus vrij homogeen is. In **tabel 3** worden de cluster bridging values getoond. De resultaten laten zien dat alleen cluster 8 een hoge bridging value heeft, wat betekent dat het cluster veel samenhang vertoont met omliggende clusters, en er weinig interne samenhang is.

Figuur 8. Uiteindelijke concept map met acht clusters



Tabel 3. Cluster indeling volgens de concept map met mean bridging value en rating value

Cluster en items	Bridging value (mean)	Rating value (mean)
Cluster 1	0.19	4.47
9 Angstklachten		
11 Posttraumatische stressklachten (herbelevingen, nachtmerries)		
21 Suicidaal gedrag		
23 Chroniciteit van de psychiatrische/psychische klachten		
30 Dissociatieve klachten		
34 Eetproblemen (eetbuien, braken, ondergewicht, overgewicht)		

37	Autismespectrumstoornis		
48	Concentratie en/of aandachtsproblemen		
60	Depressieve klachten en/of (hypo)mane episoden		
62	Automutilatie		
63	Schizofrenie		
65	Psychotische episoden		
68	Merkwaardige spraak (vaag, wijdlopig, metaforisch, met een overmaat aan details, stereotiep)		
76	Middelenmisbruik of middelenafhankelijkheid		
81	Simulatie van psychische- en psychiatrische symptomen		
	Cluster 2	0.34	4.26
1	Extreme verlegenheid		
3	Ernst van de persoonlijkheidspathologie		
4	Aantal persoonlijkheidsstoornissen en/of aantal persoonlijkheidstrekken		
12	Psychopathie		
13	Anaclitische persoonlijkheid: afhankelijk zijn van liefde, zorg en aandacht van anderen		
28	Focaliteit: mate waarin de klachten zijn te omschrijven als een specifiek probleemgebied waaruit de meeste klachten voortvloeien		
35	Patroon van agressief gedrag		
45	Type persoonlijkheidsstoornis		
50	Neuroticisme of emotionele instabiliteit		
51	Perfectionisme		
80	Persoonlijkheidsorganisatie (psychotisch, borderline, neurotisch)		
	Cluster 3	0.30	4.24
2	Attribuтиestijl: het toeschrijven van de oorzaak van gedrag aan interne persoonlijke oorzaken dan wel aan externe gebeurtenissen in de omgeving		
6	Relationele capaciteiten: het vermogen tot het aangaan van intieme, betekenisvolle en stabiele relaties		
33	Gehechtheidstijl		
42	Primitieve afweer: het gebruik van onder andere splitting en projectieve identificatie om emotionele conflicten of interne of externe stressoren niet tot zich te laten doordringen		
44	Identiteitsintegratie: het vermogen tot stabiele, geïntegreerde en positieve zelfrepresentaties en het eigen leven als zinvol beschouwen		
46	Sociale vaardigheden en aanpassingsvermogen		
49	Zelfwerkzaamheid: het vermogen om zelfstandig tot actie over te gaan bij het oplossen van problemen		
52	Introjectieve persoonlijkheid: hoog niveau van zelfkritisch perfectionisme en autonoom gedrag		
53	Vermogen tot altruïsme		
57	Inschikkelijkheid: de geneigdheid om in interpersoonlijke conflicten toe te geven, ruzie te vermijden of boosheid te bedwingen		
59	Mentaliserend vermogen: het vermogen om eigen en andermans gedrag te begrijpen aan de hand van mentale toestanden zoals gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens		
64	Egosterkte: de capaciteit om de eigen emoties en impulsen te hanteren en het zelfgevoel te bewaren versus het risico op fragmentatie en psychotische decompensatie		
72	Psychological mindedness: capaciteit om problemen van jezelf en anderen te beschrijven in termen van een intrapsychisch conflict		
73	Extraversie: naar buiten gerichte aandacht, energie en orientatie		
	Cluster 4	0.44	4.53
10	Behandelmotivatie: zich verantwoordelijk voelen voor de eigen problemen en drang om de problemen te overwinnen ondanks een eventueel moeizaam en pijnlijk veranderproces		

20	Introspectieve en reflexieve vermogens: het vermogen om als van een afstand te kijken naar eigen gevoelens, fantasieën, motieven en gedragingen		
27	Cognitieve capaciteiten of intelligentie		
29	Aard van de relatie tussen patient en intaker		
32	Reactie op proefinterventies: toegenomen motivatie, positief affect, uitingen van waardering of overeenstemming, intense angst, verwarring, fragmentatie, desorganisatie, primitieve afweermechanismen		
54	Vertrouwen in de betrokkenheid en de motieven van de intaker		
69	Therapietrouw		
75	Mate waarin er sprake is van probleembesef		
	Cluster 5	0.38	3.81
5	Kwaliteit van het sociale netwerk of steunsysteem		
25	Nederlandse taalvaardigheid		
26	Zinnvolle dagbesteding (zoals werk, zorg voor kinderen, studie)		
77	Hobbys		
78	Wens tot continueren werk of studie		
79	Patient kan niet gemist worden in de zorg voor zijn/haar kinderen		
	Cluster 6	0.28	3.48
14	Justitiële status (zoals arrestaties, veroordelingen, lopende zaken)		
17	Leeftijd		
24	Levensfase		
31	Patient kan behandelkosten dragen		
36	Voorkeur van de patient wat betreft kenmerken van de behandeling zoals de setting en duur		
38	Aanwezigheid van relatie-, gezins- of andere systeemproblematiek		
40	Geslacht		
41	Sociale klasse		
55	Geen vaste woon- of verblijfplaats		
56	Onoverkomelijke schulden		
61	Culturele achtergrond		
70	Opleidingsniveau		
74	Religie		
	Cluster 7	0.13	3.20
7	Seksueel misbruik na de kindertijd		
15	Overbetrokken houding van ouders in de kindertijd		
19	Seksueel misbruik in de kindertijd		
22	Emotionele en/of fysieke verwaarlozing in de kindertijd		
43	Pestverleden		
47	Aanhoudende en/of actuele traumatiserende omstandigheden		
58	Ouderlijk geweld (fysiek, verbaal) in de kindertijd		
66	Verlies of scheiding van de ouders/verzorgers tijdens de kindertijd		
67	Echtscheiding van de ouders in de kindertijd		
	Cluster 8	0.84	4.12
8	Aard en duur van eerdere behandelingen		
16	Gebruik van psychofarmaca		
18	Verloop van eerdere behandelingen zoals drop-out en de mate waarin ervan geprofiteerd is		
39	Aanwezigheid van psychopathologie bij familieleden		
71	Ernstige somatische problematiek die kan interfereren met de behandeling		

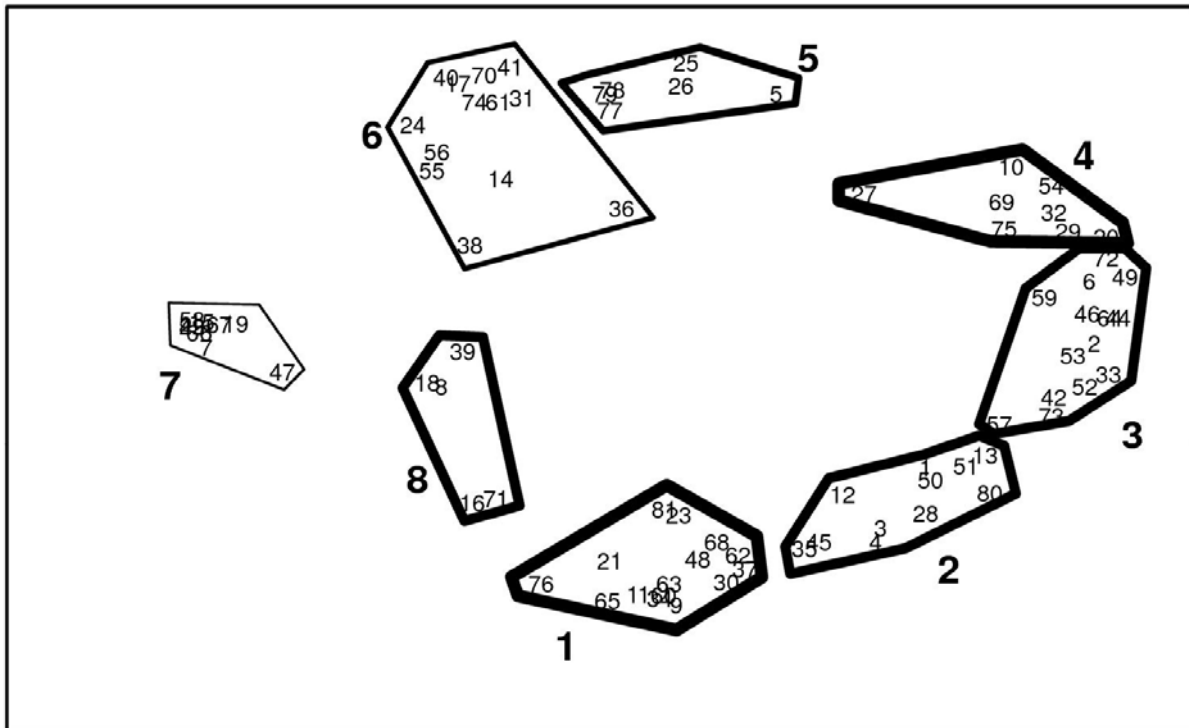
Vervolgens werd de beoordelingsdata geanalyseerd. Aan de deelnemers werd gevraagd om per kenmerk aan te geven hoe belangrijk het betreffende kenmerk is voor de indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen, op een schaal van 1 (helemaal niet belangrijk) tot 6 (zeer belangrijk). Op basis van deze gegevens (n = 18) hebben we de gemiddelde waarderingsscore per cluster berekend. In **tabel 4** worden de resultaten getoond: op de diagonaal staat het gemiddelde belang van de clusters volgens de experts. Aangezien de verschillen op het oog klein waren, zijn de verschillen getoetst op statistische significantie met behulp van een t-toets, de resultaten worden eveneens getoond in **tabel 4**, in de cellen boven de diagonaal. De acht clusters krijgen een waardering tussen de 3.20 en 4.53. De resultaten laten zien dat de clusters 5, 6 en 7 significant afwijken van de clusters 1, 2, 3 en 4. De clusters sociale context (cluster 5), socio demografische variabelen (cluster 6) en aard van het trauma (cluster 7) worden significant lager als belangrijk gescoord dan de clusters ernst van de (structurele) persoonlijkheidspathologie (cluster 1), ernst van de psychiatrische symptomatologie (cluster 2), ego adaptieve capaciteiten (cluster 3), vermogen toe het aangaan van een werkrelatie (cluster 4). In **figuur 9** is de waardering voor elk cluster uitgedrukt in de dikte van de randen. Hoe dikker de randen, hoe groter het toegekende belang is.

Tabel 4. Gemiddelde belang van de clusters en t-test resultaten voor de verschillen in het belang van de clusters.

Clusters	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1. Cluster 1	(4.26)	-2.08	0.15	-2.21	4.32**	6.07**	7.40**	0.83
2. Cluster 2	.	(4.47)	1.38	-0.29	5.01**	8.62**	7.83**	3.00*
3. Cluster 3	.	.	(4.24)	-4.06**	3.42*	4.57**	5.61**	0.60
4. Cluster 4	.	.	.	(4.53)	5.74**	5.94**	6.27**	1.88
5. Cluster 5	(3.81)	2.46	3.03*	-1.82
6. Cluster 6	(3.48)	1,71	-5.95**
7. Cluster 7	(3.20)	-4.34**
8. Cluster 8	(4.12)

Beschrijving . Op de diagonaal wordt het gemiddelde belang van de cluster gepresenteerd volgens de deelnemers (n=18). Boven de diagonaal staan de t-statistic met df = 17, en het significantieniveau. Vanwege de multiple t-testen werd een er een strengere significantie niveau berekend van 0.0018 middels de Bonferroni correctie. * p<0.01 ** p<0.0018

Figuur 9. Uiteindelijke concept map met acht clusters inclusief het geschatte belang van de clusters



Trochim (1993) beveelt aan om voor elke concept map de betrouwbaarheid te rapporteren. In tegenstelling tot de gangbare betrouwbaarheidsanalyses waarin wordt gekeken naar de betrouwbaarheid van de testitems (de 81 patientkenmerken in deze studie), wordt er binnen de conceptmapping literatuur gekeken naar de betrouwbaarheid van de antwoorden van de proefpersonen (de experts in deze studie) (Trochim, 1993). We berekenen de ‘accuracy’ betrouwbaarheid zoals voorgesteld door Jackson en Trochim (2002) alsook beschreven door Trochim (1993) en Bedi (2006):

Accuracy reliability: de mate van samenhang tussen elke individuele sortering en de totale groeps sortering. Deze samenhang werd berekend door voor elke expert de ‘individual binary symmetric similarity matrix’ te correleren met de ‘combined group similarity matrix’ (Point-Biserial correlation) en deze te middelen (Bedi, 2006; Jackson & Trochim, 2002).

De resultaten van de betrouwbaarheidsanalyse zijn afgezet tegen de resultaten van studies van Trochim (1993) en Bedi (2006). Trochim heeft een meta-analyse uitgevoerd over 33 concept-map studies en presenteerde gemiddelde betrouwbaarheidswaarden. Bedi heeft in 2006 een concept map uitgevoerd en daarbij betrouwbaarheidsgegevens gerapporteerd. De resultaten staat vermeld in **tabel 5**. We zien dat de huidige studie een hoge betrouwbaarheidsschatter heeft vergeleken met beide andere studies.

Tabel 5. Betrouwbaarheidsschatter van huidig onderzoek vergeleken met de betrouwbaarheidsschatters van Trochim (1993) en Bedi (2006)

Studie	Huidige studie	Trochim (1993)	Bedi (2006)
Accuracy reliability	0.56	0.29 ¹	0.45

De validiteit van concept map is moeilijk te bepalen, aangezien er geen ‘juiste’ standaard is om de gevonden concepten tegen af te zetten. Bij de bepaling van de validiteit van een concept-map

¹ Volgens Bedi (2006) heeft Trochim (1993) de Spearman-Brown correctie in zijn meta-analyse onconventioneel toegepast bij de berekening van de betrouwbaarheidsschatters. In de tabel staat de ongecorrigeerde score.

oplossing gaat het volgens Jackson en Trochim (2002) om de vraag of de gevonden concept map daadwerkelijk de impliciete kennisstructuur van de experts zichtbaar maakt, waarbij de sturende invloed van de onderzoekers zo klein als mogelijk dient te zijn. De invloed van de onderzoeker is op verschillende momenten in de concept map-procedure aanwezig, zoals bij het bepalen van de factoren die later worden gesorteerd, het selecteren van de experts en bij het bepalen van het uiteindelijke aantal concepten in de conceptmap. Om de validiteit te waarborgen hebben we in dit onderzoek ervoor gekozen om bij elke stap in de concept-map experts te raadplegen. Tijdens het literatuuronderzoek heeft de inbreng van de experts er bijvoorbeeld in geresulteerd dat er 13 patientkenmerken werden toegevoegd aan de patientkenmerken die in de literatuur werden gevonden.

2.5 Interpretatie van de conceptmap door de groep experts

2.5.1 *Proces*

In de laatste fase werden de resultaten van de concept map besproken in een 4 uur durende groepsbijeenkomst in Lunetten. In totaal namen 19 experts deel aan de bijeenkomst (**zie figuur 1.**). Anne Goossensen was de voorzitter en stuurde aan op consensus, zij heeft specifieke ervaring heeft op het gebied van concept mapbijeenkomsten. Allereerst werden plenair de clusters van een interpretatie voorzien en werden de onderliggende assen in het tweedimensionale vlak van de concept map benoemd. Een woord voor woord uitgeschreven verslag van de bijeenkomst is te vinden in **bijlage 3**. De experts werden vervolgens in 8 groepen verdeeld, deze groepen kregen een cluster toebedeeld met de opdracht een vragenlijst in te vullen. Het doel van de vragenlijst was om de clusters te operationaliseren: vragen waren bijvoorbeeld: 'Welke vragen dienen in de intake gesteld te worden om de waarde van het cluster vast te stellen?'. De vragenlijst is bijgevoegd als **bijlage 4**. Een tabel met de samenvatting van de antwoorden worden weergegeven in **bijlage 5**. De resultaten werden plenair besproken.

2.5.2 *Bespreking inhoud clusters*

Cluster 1 'Ernst van de symptomatologie' omvat met name symptomen van diverse persoonlijkheidsstoornissen (zoals suïcidaal gedrag, automutilatie) en symptomen van andere psychische stoornissen (schizofrenie, autismespectrum stoornissen, middelenafhankelijkheid). Dit cluster omvat de uiterlijke verschijningsvormen van psychische stoornissen en kijkt daarbij met name naar de ernst van de klachten en problemen.

Voor de beschrijving van de inhoud van **cluster 2**: 'Ernst van de (structurele) persoonlijkheidspathologie' wordt er gebruikt gemaakt van zowel het psychodynamische kader als ook het categoriaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen (DSM-IV-TR). Psychodynamische begrippen zijn met name de persoonlijkheidsorganisatie², focaliteit³ en rigiditeit⁴. De classificerende begrippen zijn: aantal persoonlijkheidstrekken en type persoonlijkheidsstoornis zoals beschreven in de DSM-IV-TR. Het concept wat door deze items gerepresenteerd lijkt is de mate waarin de persoonlijkheid aangetast is, maladaptief functioneert, of afwijkt van het normale spectrum.

Cluster 3 omvat veel psychodynamische begrippen als ego-sterkte, identiteitsintegratie, afweer, maar ook aan de psychodynamische theorie gerelateerde begrippen als gehechtheidstijl en mentaliserend vermogen. Dit cluster werd ego-adaptieve vermogens genoemd. Een van de deelnemende experts omschreef dit cluster als volgt: 'het gaat over een intern proces waarbij gemiddeld wordt tussen de interne en de externe wereld, zoals bijvoorbeeld impulsen die je onder controle wilt houden, of eisen uit de omgeving waaraan je moet voldoen'.

Cluster 2 en 3 zijn gerelateerd, wat tot uiting komt in het nabij van elkaar liggen van de clusters op de concept map. Toch zijn er ook verschillen, conceptueel zou mogelijk het volgende onderscheid kunnen bestaan: cluster 2 'ernst van de structurele persoonlijkheidspathologie' gaat zoals de naam ook al aangeeft over de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek, dus de mate van disfunctioneren

² Term uit de theorie van Kernberg die verwijst naar de onderverdeling van de psychische structuur in een neurotische, borderline- en psychotische organisatie (Schalkwijk, 2003)

³ Term uit met name de kortdurende psychodynamische therapie stromingen. De term verwijst naar een afgegrensd probleemgebied in de persoonlijkheid, voortkomend uit onverwerkte herinneringen aan en gevoelens over vroegere belangrijke anderen en die gereactiveerd zijn geraakt in de problematiek waarvoor de patiënt behandeling zoekt (Cornelissen, 1993).

⁴ Persoonlijkheidstrekken gekenmerkt door cognitieve, perceptuele en sociale rigiditeit (Reber, 1997)

van de persoonlijkheid, het is een meer statisch begrip. Cluster 3 is een meer dynamisch begrip, het beschrijft de disfunctionerende processen vanuit verschillende uitvalshoeken zoals de gehechtheidstheorie of theorie van de Zelfpsychologie (mate van identiteitsintegratie).

Cluster 4 omvat feitelijk twee nauw verwante concepten, zoals ook in de titel van de concepten naar voren komt: 'motivatie en het vermogen tot het aangaan van een werkrelatie'. Factoren van belang zijn: Mate waarin er sprake is van probleembesef, zich verantwoordelijk voelen voor de eigen problemen en gedrag, introspectieve vermogens en vertrouwen in de betrokkenheid en motieven van de intaker.

Ook cluster 3 en 4 liggen dicht naast elkaar op de conceptmap waardoor een grote samenhang vermoed wordt. We veronderstellen dat cluster 4 (motivatie en het aangaan van een werkrelatie) in feite ook 'egoadaptieve vermogens' zijn zoals cluster 3. Toch volgde uit de hiërarchische clusteranalyse dat beide eilandjes apart gezien dienen te worden, waardoor het specifieke belang van dit cluster benadrukt wordt. Volgens de experts is het voor de indicatiestelling van specifiek belang dat naast de ernst (cluster 2) en de dynamiek van het persoonlijkheidspathologie (cluster 3) ook inzicht wordt verkregen in hoe de patiënt reageert in een therapeutische omgeving (cluster 4). Naast informatie over hoe de pathologie zich in de dagelijkse praktijk laat zien (clusters 2 en 3) is het nodig om te weten of het voor de patiënt mogelijk is, en of de patiënt bereid is, te profiteren van een psychotherapeutische behandeling (cluster 4).

Cluster 5 werd 'sociale context' genoemd, het omvat variabelen die zicht geven het werk, gezinssituatie, sociale netwerk zowel op de kwantiteit als de kwaliteit.

Cluster 6 omvat 'sociaal demografische variabelen', het is een cluster dat feitelijke informatie omvat zoals leeftijd, geslacht, woonsituatie, religie, financiële situatie.

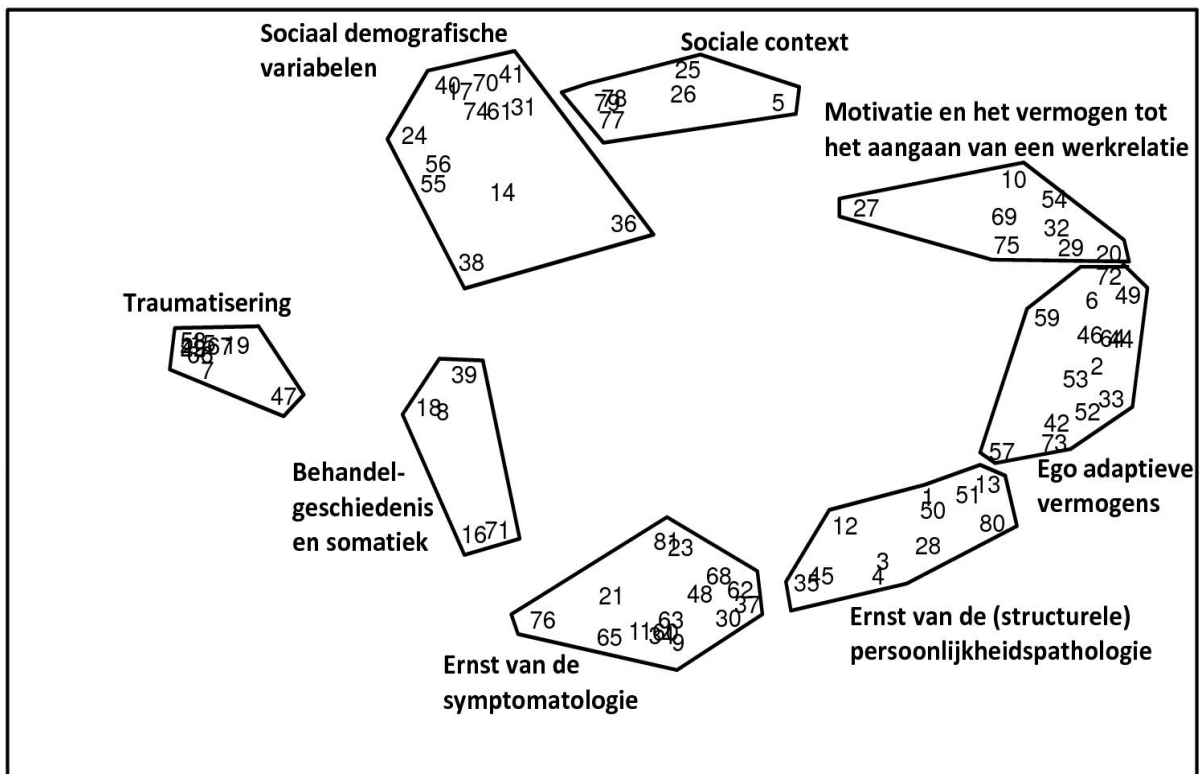
De deelnemende experts ervoeren veel inhoudelijke overlap tussen cluster 5 en 6. Dit komt overeen met de hiërarchische clusteranalyse aangezien cluster 5 en 6 als laatste gesplitst zijn. Toch werd er verschil waargenomen tussen de clusters. Cluster 6 'sociaal demografische variabelen' omvat informatie over vaststaande feiten van de patiënt en zijn omgeving die weinig tot niet te beïnvloeden zijn, zoals geslacht, leeftijd, financiële situatie, woonsituatie, culturele achtergrond. Cluster 5 'sociale context' omvat ook variabelen over de sociale context van de patiënt, maar daar is de invloed van de patiënt duidelijker aanwezig, bijvoorbeeld: in hoeverre is patiënt in staat geweest om een sociaal netwerk uit te bouwen, in hoeverre is patiënt erin geslaagd om een baan te vinden die hij vast kan houden en die waar hij plezier in heeft.

Cluster 7 is een inhoudelijk vrij uniform cluster en werd 'traumatisering' genoemd. Het cluster lijkt te gaan over allerlei vormen en ernst gradaties van traumata en/of emotionele verwaarlozing zowel in het verleden als in het hier en nu. Het gaat hierbij zowel om de feitelijke informatie als ook om de hoe de patiënt met de belastende ervaringen omgaat. Factoren zijn bijvoorbeeld: emotionele of fysieke verwaarlozing in de kindertijd, pestverleden, verlies of scheiding van de ouders in de kindertijd, actuele traumatiserende omstandigheden.

Cluster 8: 'behandelgeschiedenis en somatiek' is een cluster dat weinig uniform is, zoals ook blijkt uit de vrije hoge bridging cluster value. Het omvat meerdere factoren maar de inhoud is samen te vatten als aard en duur en verloop van eerdere behandelingen en somatische problematiek die van belang kan zijn in een eventuele psychotherapeutische behandeling.

In onderstaande figuur wordt de concept map inclusief de namen van de clusters weergegeven.

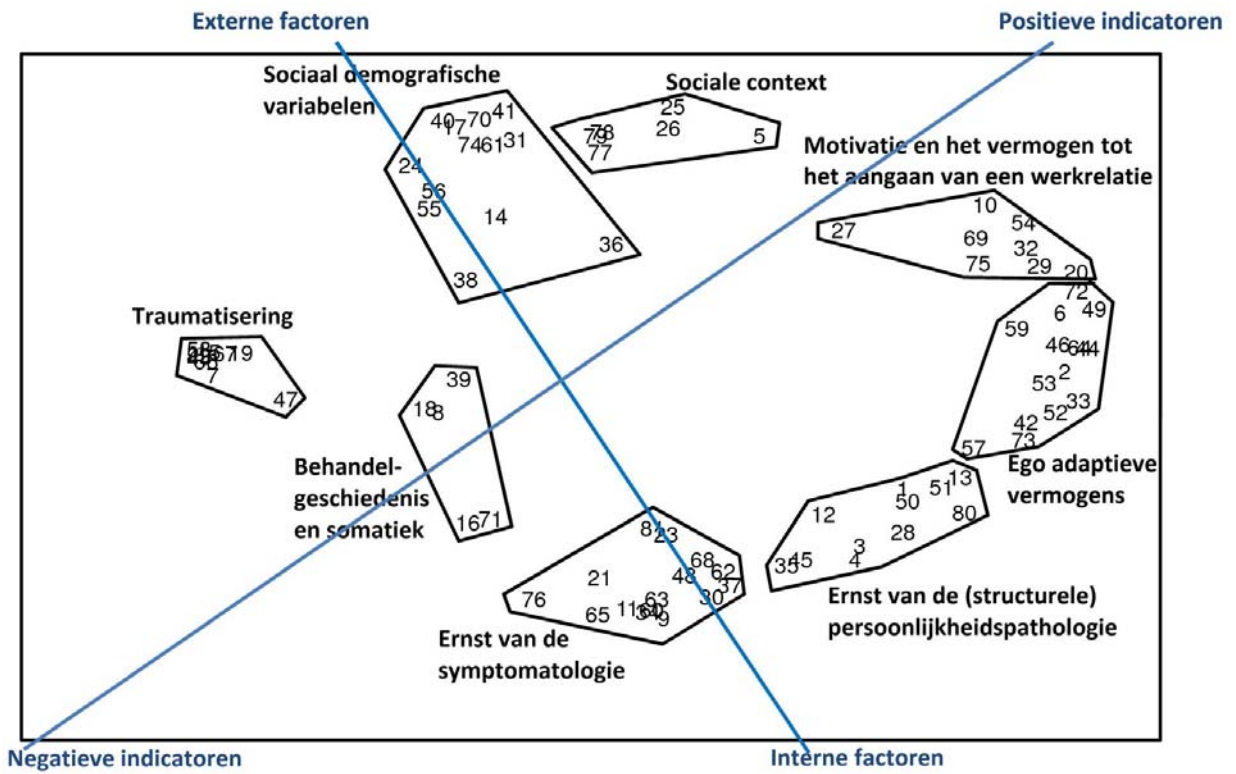
Figuur 10. Uiteindelijk concept map met acht clusters inclusief de namen van de clusters



2.5.3 Interpretatie assen

De groep experts is gevraagd om te onderzoeken of er onderliggende dimensies te benoemen zijn die aanwezig kunnen zijn in de concept map. Over één as bleek consensus te bestaan: de as van 'ernst van de symptomatologie' naar cluster 'socio-demografische variabelen': de as loopt van intermenselijke factoren naar externe factoren. De as haaks hierop: van cluster 'behandelgeschiedenis en somatiek' tussen de clusters 'motivatie en vermogen tot een werkrelatie' en 'sociale context' door, werd met meer moeite benoemd. Deze as lijkt samen te hangen met de veranderbaarheid van de problematiek: links onderin lijkt het te gaan om kwetsbaarheid van de patiënt of negatieve indicatoren voor behandeling of een indicatie voor een langere behandeling, rechts bovenin lijkt het te gaan over positieve patientkenmerken die de behandeling kunnen versnellen

Figuur 11. Uiteindelijke concept map met acht clusters inclusief de interpretatieassen



3. Discussie

Voor zover bij ons bekend, is dit de eerste studie naar patiëntkenmerken die van belang zijn bij de indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen. Het doel van deze studie was het vinden van een set patiëntkenmerken die voor matchingstudies bij persoonlijkheidsstoornissen gebruikt kunnen worden. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van de concept map-methode, een methode om impliciete expertkennis inzichtelijk te maken. Als onderdeel van de concept map-methode is er een literatuurstudie uitgevoerd waardoor zowel de huidige wetenschappelijke stand van zaken als expertkennis tot uiting komt in de uiteindelijke concept map. We startten de concept-map procedure met 310 patiëntkenmerken uit de literatuur en door middel van klinische kennis en statistische technieken hebben we dit aantal terug gebracht naar acht clusters. De uiteindelijke concept map is stabiel (stess = 0.22) en de betrouwbaarheidsschatter voldoende ($r = 0.56$). De acht uiteindelijke clusters zijn: (1) ernst van de symptomatologie, (2) ernst van de (structurele) persoonlijkheidspathologie, (3) ego-adaptieve vermogens, (4) motivatie en het vermogen tot het aangaan van een werkrelatie, (5) sociale context, (6) sociaal demografische variabelen, (7) traumatisering en (8) behandelgeschiedenis en somatiek.

Theoretische implicaties

We vinden een significant verschil tussen de clusters wat betreft het ingeschatte belang van deze clusters volgens de experts. De experts waarden de clusters: sociale context, sociaal demografische variabelen en traumatisering lager dan de concepten ernst van de (structurele) persoonlijkheidspathologie, ernst van de symptomatologie, ego adaptieve vermogens en motivatie en het vermogen tot het aangaan van een werkrelatie. Mogelijk worden de ernst concepten, de concepten met betrekking tot adaptieve capaciteiten, motivatie en werkrelatie belangrijker ingeschat omdat deze concepten vereist zijn om te bepalen welke behandeling het meest past bij de patiënt zijn problematiek en mogelijkheden. De minder van belang geschatte concepten, en dan met name de concepten sociale context en sociaaldemografische variabelen, worden mogelijk minder gebruikt om de juiste behandelindicatie te stellen, maar bepalen of de meest passende behandeling praktisch haalbaar is. Of intakers ook daadwerkelijk op deze manier de behandelindicatie stellen zal verder moeten worden onderzocht.

De dimensies van de concept map zoals benoemd door de experts, namelijk intern versus externe factoren en kwetsbaarheid versus kracht factoren, wijst mogelijk op de twee belangrijkste criteria die in de intake moeten worden nagegaan om tot een geschikt behandelplan te komen. Ten eerste moet worden bepaald welke mate van druk een patiënt kan verdragen in de behandeling (dimensie kwetsbaarheid-kracht). Ten tweede moet worden onderzocht of het aangrijpingspunt in de behandeling eerder bij het systeem of juist meer bij de patiënt zelf ligt (dimensie interne versus externe factoren). Mogelijk verwijst de dimensie kwetsbaarheid-kracht naar indicaties voor een supportieve respectievelijk confronterende behandeling. De dimensie intern-extern zou kunnen wijzen op de focus in de behandeling: of het creëren van een stabiele en steunende omgeving of het bewerken van as I of as II pathologie.

Klinische implicatie

Uit onderzoek (Witteman, 1992) blijkt dat er onder ervaren psychotherapeuten consensus bestaat dat alle informatie van de patiënt moet worden beoordeeld en alle behandelopties moeten worden overwogen voordat een behandelplan wordt gekozen. In de praktijk blijkt echter dat de psychotherapeuten niet volgens deze consensus werken: ze maken een interpretatie van alle informatie en kiezen een behandeloptie die daarbij past, waarbij alle disconformerende informatie wordt genegeerd (Witteman & Kunst, 1997). Dit kan komen doordat ze met name binnen hun eigen behandelmethode denken waarin ze zijn opgeleid (Witteman & Kunst, 1997). Als de acht concepten uit het huidige onderzoek als focus worden gebruikt in de indicatiestellingsgesprekken met de patiënt en vervolgens ook systematisch worden meegenomen in de besluitvorming omtrent het behandeladvies, zal het risico op het negeren van informatie worden verkleind. Dit kan er toe bijdragen dat intakers betere indicaties kunnen stellen.

Beperkingen huidige onderzoek

De belangrijkste beperking van het huidig onderzoek betreft de validiteit van de bevindingen. De procedure die we gevolgd hebben in deze studie is systematisch, gestructureerd en herhaalbaar, wat de interne validiteit van de studie vergroot. Wat betreft de externe validiteit, dat wil zeggen in hoeverre de gevonden concepten ook gevonden worden op een ander moment en met andere onderzoekers en proefpersonen, is onduidelijk. Verder onderzoek kan dit duidelijk maken. Specifieke methodologische beperkingen zijn verder: (1) ondanks dat we het literatuuronderzoek systematisch hebben aangepakt, kan het zijn dat de gekozen zoektermen niet breed genoeg waren geformuleerd en anderzijds de criteria voor inclusie van de gevonden literatuur te weinig expliciet en (2) de experts hebben mogelijk de patiëntkenmerken verschillend geïnterpreteerd waardoor de consensus lager uitvalt dan wanneer over alle begrippen was gesproken in de deelnemersgroep.

Conclusie

Het doel van deze studie was om een beperkt en bruikbaar aantal criteria te bepalen die van belang zijn in de intake bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Aan de hand wetenschappelijke kennis en klinische kennis bleek het mogelijk acht criteria te bepalen. Deze acht criteria zouden bij gebrek aan verdere evidence based richtlijnen direct gebruikt kunnen worden als focus in de intake gesprekken en behandelverslagen. Verder onderzoek is echter noodzakelijk. Onderzocht dient te worden of bepaalde patiënt-behandeling combinaties inderdaad betere behandelresultaten laten zien dan andere patiënt-behandeling combinaties. Zo zou de hypothese getoetst kunnen worden of mensen met weinig gezonde ego adaptieve capaciteiten een beter behandelresultaat laten zien in een supportieve behandeling dan in een meer confronterende behandeling. Om deze vraag te beantwoorden is verder matchingsonderzoek nodig.

4. Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B. V., et al. (2010). Effectiveness of Different Modalities of Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster C Personality Disorders: Results of a Large Prospective Multicentre Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(1), 20-30.
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. [Proceedings Paper]. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 26-35.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), 68.
- Bleyen, K., Vertommen, H., & Van Audenhove, C. (1998). A negotiation approach to systematic treatment selection: An evaluation of its impact on the initial phase of psychotherapy. [Article]. *European Journal of Psychological Assessment*, 14(1), 14-25.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. [Article]. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Concept Systems Inc. (2003). *The concept map system facilitator training seminar manual*. Ithaca, NY.
- Cornelissen, C. L. M. (1993). Het eerste gesprek, indicatiestelling en selectie. In T. J. C. Berk, M. El Boushy, E. Gans, T. A. E. Hoijsink, T. H. te Lintelo, G. H. C. Missian & M. van Noort (Eds.), *Handboek Groepspsychotherapie, losbladig*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2006). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. [Article]. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465.
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. [Article]. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60-64.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder - Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. [Article]. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Gol, A. R., & Cook, S. W. (2004). Exploring the underlying dimensions of coping: A concept mapping approach. [Proceedings Paper]. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 155-171.
- Jackson, K. M., & Trochim, W. (2002). Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses. [Proceedings Paper]. *Organizational Research Methods*, 5(4), 307-336.
- Kane, M., & Trochim, W. (2006). *Concept Mapping for Planning and Evaluation*. Thousand Oaks, California: Sage publications, Inc.
- Kruskal, J. B., & Wish, M. (1978). *Multidimensional Scaling*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. [Review]. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Lemmens, F. (1996a). *Een nieuwe indicatieprocedure voor De Viersprong. Het panel-onderzoek in vogelvlucht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lemmens, F. (1996b). *VIP: De Viersprong Indiciestellings-Procedure; eindrapport*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counseling. [Article]. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 317-324.
- Paulson, B. L., & Worth, M. (2002). Counseling for suicide: Client perspectives. [Article]. *Journal of Counseling and Development*, 80(1), 86-93.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156(9), 1312-1321.
- Reber, A. S. (1997). *Woordenboek van de psychologie*. Amsterdam: Bert Bakker.

- Roeg, D., Van de Goor, I., & Garretsen, H. (2005). Towards quality indicators for assertive outreach programmes for severely impaired substance abusers: concept mapping with Dutch experts. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 203-208.
- Schalkwijk, F. W. (2003). *Diagnostiek in de praktijk, een handleiding voor beginnende hulpverleners*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Scheirs, J. G. M., & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. [Article]. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-265.
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 259-268.
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. [Review]. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 42(9), 919-928.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*, 161(5), 810-817.
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. [Article]. *Psychotherapy Research*, 13(4), 401-413.
- Trochim, W. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12(1), 1-16.
- Trochim, W. (1993). *Reliability of Concept Mapping*. Paper presented at the Annual Conference of the American Evaluation Association, Dallas, Texas. from <http://www.socialresearchmethods.net/research/Reliable/reliable.htm>
- Trochim, W., & Kane, M. (2005). Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 187-191.
- Truant, G. S. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy I. Introduction and the assessment process. [Article]. *American Journal of Psychotherapy*, 52(4), 397-411.
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *American Statistical Association Journal*, 58, 236-244.
- Willemse, G., Lemmens, F., de Vries, W., & Hutschemaekers, G. (2000). *Indicatiestelling bij stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Witteman, C. (1992). *Competence and performance in belief revision and a case study of belief in a treatment method for depression*. Utrecht University, Utrecht.
- Witteman, C., & Kunst, H. (1997). Planning the treatment of a depressed patient. [Article]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(3), 157-171.

Bijlage 1. Resultaat literatuuronderzoek

- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy, 24*(3), 357-376.
- APA (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 158*(Suppl10), 1-52.
- Black, D. W., Monahan, P., Baumgard, C. H., & Bell, S. E. (1997). Predictors of Long-Term Outcome in 45 Men with Antisocial Personality Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 9*(4), 211-217.
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital - Quantitative and qualitative study. *British Journal of Psychiatry, 177*, 107-111.
- Clarkin, J. F. (2008). Clinical approaches to Axis II comorbidity: Commentary. [Editorial Material]. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 222-230.
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. [Article]. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice, 78*, 235-248.
- Copas, J. B., O'Brien, M., Roberts, J., & Whiteley, J. S. (1984). Treatment outcome in personality disorder: The effect of social, psychological and behavioural variables. *Personality and Individual Differences, 5*(5), 565-573.
- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2006). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Fischer-Kern, M., Leithner, K., Hilger, E., Löffler-Stastka, H., & Schuster, P. (2004). Context-Oriented Model Development in Psychotherapy Planning ('COMEPP'): a useful adjunct to diagnosis and therapy of severe personality disorders. *Acta Psychiatr Scand, 109*(3), 235-238.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. [Article]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 22-31.
- Gabbard, G. O., & Coyne, L. (1987). Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. *Hospital & Community Psychiatry, 38*(11), 1181-1185.
- Gude, T., Monsen, J. T., & Hoffart, A. (2001). Schemas, Affect Consciousness, and Cluster C Personality Pathology: A Prospective One-Year Follow-Up Study of Patients in a Schema-Focused Short-Term Treatment Program. *Psychotherapy Research, 11*(1), 85 - 98.
- Gude, T., & Vaglum, P. (2001). One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within cluster C, and "pure" C with "pure" cluster A or B conditions. [Article]. *Journal of Personality Disorders, 15*(3), 216-228.
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., et al. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 822-826.

- Hooley, J. M., & Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*(10), 1557-1562.
- Karterud, S. M. D., Vaglum, S. M. D., Friis, S. M. D., Irion, T., Johns, S., & Vaglum, P. M. D. (1992). Day Hospital Therapeutic Community Treatment for Patients with Personality Disorders: An Empirical Evaluation of the Containment Function. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *180*(4), 238-243.
- Lemmens, F. (1996). *Een nieuwe indicatieprocedure voor De Viersprong. Het panel-onderzoek in vogelvlucht*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: Prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. [Article]. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, *43*(3), 265-270.
- Links, P. S., Mitton, M. J. E., & Steiner, M. (1993). Stability of Borderline Personality-Disorder. [Article]. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, *38*(4), 255-259.
- Loffler-Stastka, H., Ponocny-Seliger, E., Fischer-Kern, M., & Leithner, K. (2005). Utilization of psychotherapy in patients with personality disorder: The impact of gender, character traits, affect regulation, and quality of object-relations. [Article]. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, *78*, 531-548.
- LSMR (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen - richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patienten met een persoonlijkheidsstoornis*.
- Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., et al. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy. findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, *37*(4), 471-481.
- Marini, M., Semenzin, M., Vignaga, F., Gardiolo, M., Drago, A., Caon, F., et al. (2005). Dropout in Institutional Emotional Crisis Counseling and Brief Focused Intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *5*(4), 356-367.
- McCallum, M., & Piper, W. E. (1999). Personality Disorders and Response to Group-Oriented Evening Treatment. *Group Dynamics: Theory, Research, & Practice*, *3*(1), 3-14.
- McGlashan, T. H. (1985). Prediction of outcome in borderline personality disorder. In T. H. McGlashan (Ed.), *The Borderline: Current Empirical Research* (pp. 61-98). Washington, D.C.: Psychiatric Press.
- Miller, J. D., Pilkonis, P. A., & Mulvey, E. P. (2006). Treatment utilization and satisfaction: Examining the contributions of axis II psychopathology and the five-factor model of personality. [Article]. *Journal of Personality Disorders*, *20*(4), 369-387.
- Mitton, M. J. E., Links, P. S., & Durocher, G. (1997). A history of childhood sexual abuse and the course of borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (Vol. 49, pp. 181-202). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Najavits, L. M., & Gunderson, J. G. (1995). Better than expected: Improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study. *Comprehensive Psychiatry*, *36*(4), 296-302.

- Norton, K., & Hinshelwood, R. (1996). Severe personality disorders. Treatment issues and selection for in-patient psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 168(6), 723-731.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Lynd, L. D., Piper, W. E., Steinberg, P. I., & Richardson, K. (2008). Predictors of premature termination of day treatment for personality disorder. [Article]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(6), 365-371.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (2001). Using DSM Axis II information to predict outcome in short-term individual psychotherapy. [Article]. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 110-122.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-535.
- Paris, J., Nowlis, D., & Brown, R. (1988). Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2), 147-150.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 558-567.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Rosie, J. S., & Azim, H. F. A. (1994). Psychological Mindedness, Work, and Outcome in Day Treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(3), 291-311.
- Plakun, E. M. (1991). Prediction of outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(2), 93-101.
- Plakun, E. M., Burkhardt, P. E., & Muller, J. P. (1985). 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26(5), 448-455.
- Ryle, A., & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. [Article]. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197-210.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Svanborg, P., Gustavsson, J. P., & Weinryb, R. M. (1999). What patient characteristics make therapists recommend psychodynamic psychotherapy or other treatment forms? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(2), 87-94.
- Tasca, G. A., Balfour, H., Bissada, H., Busby, K., Conrad, G., Cameron, P., et al. (1999). Treatment completion and outcome in a partial hospitalization program: Interactions among patient variables. [Article]. *Psychotherapy Research*, 9(2), 232-247.
- Thormahlen, B., Weinryb, R. M., Noren, K., Vinnars, B., Bagedahl-Strindlund, M., & Barber, J. P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13(4), 493-509.
- Tillett, R. (1996). Psychotherapy assessment and treatment selection. *British Journal of Psychiatry*, 168(1), 10-15.
- Truant, G. S. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy I. Introduction and the assessment process. [Article]. *American Journal of Psychotherapy*, 52(4), 397-411.

- Vaglum, P., Friis, S., Irion, T., Johns, S., Karterud, S., Larsen, F., et al. (1990). Treatment response of severe and nonsevere personality disorders in a therapeutic community day unit. *Journal of Personality disorders*, 4, 161-172.
- Valbak, K., Rosenbaum, B., & Hougaard, E. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: validation of the Dynamic Assessment Interview (DAI). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 179-186.
- Van Manen, J., Kamphuis, J. H., Visbach, G., Ziegler, U., Gerritsen, A., Van Rossum, B., et al. (2008). How do intake clinicians use patient characteristics to select treatment for patients with personality disorders? [Article]. *Psychotherapy Research*, 18(6), 711-718.
- Van Manen, J. G., Andrea, H., Van den Eijnden, E., Meerman, A. M. M. A., Thunnissen, M. M., Hamers, E. F. M., et al. (in press). Relationship between patient characteristics and treatment allocation for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*.
- Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder - 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. [Article]. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Vervaeke, G. A. C., & Emmelkamp, P. M. G. (1998). Treatment selection: What do we know? [Article]. *European Journal of Psychological Assessment*, 14(1), 50-59.
- Voorhoeve, J. N. (1997). Indicatiestelling en behandelingsmodaliteiten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39(2), 170-184.
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L., Urnes, O., & Vaglum, P. (1998). Patterns of short-term course in patients treated in a day unit for personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39(2), 75-84.
- Wilczek, A., Weinryb, R. M., Gustavsson, P. J., Barber, J. P., Schubert, J., & Asberg, M. (1998). Symptoms and character traits in patients selected for long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7(1), 23-34.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1985). Sociopathy and Psychotherapy Outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 42(11), 1081-1086.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. [Article]. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.

Bijlage 2. Vragenlijst patientkenmerk selectie

Instructie

Concept mapping is een methode om een lijst met ideeën, uitspraken, of waarden door middel van groepconsensus te herstructureren naar een aantal hogere orde concepten. Deze ideeën, uitspraken of waarden worden uiteindelijk gepresenteerd in een grafiek, waarin de concepten grafisch worden weergegeven. Zowel de inhoud van de grafiek als de interpretatie ervan wordt volledig bepaald door een groep van experts.

De concept map methode wordt in het “project indicatiestelling” gebruikt om te komen tot de belangrijke concepten die uitgevraagd moeten worden in de intake om tot een juiste behandel keuze te komen. Meer specifiek is onze focus van de concept map als volgt:

FOCUS: Welke concepten zijn van belang bij het selecteren van de best passende psychotherapeutische behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen?

Een eerste stap in de concept map methode is het vormen van een lijst met variabelen die volgens wetenschappers en klinici van belang zijn in het indicatiestellingproces. Stap 2 is het sorteren van de variabelen, en de derde stap is het statistisch analyseren van de gegevens om tot een grafiek te komen, die in de concept bijeenkomst geïnterpreteerd wordt. We vragen u nu om mee te helpen met stap 1.

Om u op weg te helpen hebben we een lijst met variabelen opgesteld. Deze lijst (hieronder bijgevoegd) is het resultaat van een literatuur onderzoek naar predictoren voor behandelresultaat bij persoonlijkheidsstoornissen. Deze lijst hebben we aangevuld met informatie uit richtlijnen en andere wetenschappelijke literatuur over de behandelselectie bij persoonlijkheidsstoornissen. Deze lijst is alleen gebaseerd op een literatuurstudie en mist wetenschappelijke inzichten, klinische kennis en ervaring. U wordt gevraagd om deze lijst door te lopen en onduidelijkheden op te sporen en te verbeteren, en/of aanvullingen te geven zodat volgens u alle factoren die van belang zijn om in de intake na te vragen aan bod zijn gekomen.

Tijdens het doorlopen van lijst dienen de volgende zaken in acht te worden genomen:

- We zijn niet op zoek naar variabelen die van belang zijn bij indicatiestelling in het algemeen, maar we zijn op zoek naar variabelen die van belang zijn bij het kiezen van een behandeling als er een vermoeden is van persoonlijkheidspathologie of al persoonlijkheidsproblemen zijn vastgesteld.
- We zijn niet op zoek naar variabelen die van belang zijn voor het stellen van een bepaalde diagnose, we zijn op zoek naar variabelen die uitgevraagd dienen te worden om te komen tot een juiste behandelkeuze. Het kan echter wel zo zijn dat de diagnose voor u van belang is, om tot behandelselectie te komen, de variabelen die u hiervoor nodig heeft kunt u aan deze lijst aanvullen (als ze nog niet genoemd staan)
- Het gaat over indicatiestelling voor een psychotherapeutische behandeling, medicatiebeleid is geen focus van deze concept map.
- Belangrijk is steeds de focus vraag in uw achterhoofd te houden (zie hierboven).

De lijst met variabelen staat hieronder, een formulier om uw op- of aanmerkingen te noteren is achteraan bijgevoegd. U wordt ook gevraagd persoonlijke gegevens te noteren.

Voor tijdige verwerking van de gegevens is het noodzakelijk dat u de ingevulde lijsten per mail inlevert (tip: eerst het ingevulde bestand opslaan op uw computer voordat u het bestand wegstuurt) bij Janine van Manen (janine.van.manen@deviersprong.nl) tot uiterlijk vrijdag 6 juni om 12.00 uur.

Voor vragen of opmerkingen kunt u terecht bij Janine van Manen, tel: 0164-632200, of e-mail: (janine.van.manen@deviersprong.nl). Indien telefonisch onbereikbaar, laat dan een bericht achter bij de telefooncentrale met uw naam en telefoonnummer dan wordt u zo spoedig mogelijk terug gebeld.

Vragenlijst expert kenmerken

Datum:	
Naam:	
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Leeftijd: Jaar
Functie:	<input type="checkbox"/> Promovendus (drs./ master graad) <input type="checkbox"/> Wetenschappelijk medewerker (dr.) <input type="checkbox"/> Post doc <input type="checkbox"/> Universitair docent (UD) <input type="checkbox"/> Universitair hoofd docent (UHD) <input type="checkbox"/> Professor/hoogleraar <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> GZ-psycholoog in opleiding <input type="checkbox"/> GZ-psycholoog <input type="checkbox"/> Klinisch psycholoog in opleiding <input type="checkbox"/> Klinisch psycholoog <input type="checkbox"/> Psychotherapeut in opleiding <input type="checkbox"/> Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Psychiater in opleiding <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Psychiater in opleiding <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Overig, namelijk.....
BIG-registratie	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> GZ-psycholoog <input type="checkbox"/> Klinisch psycholoog <input type="checkbox"/> Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Overig, namelijk.....
Aantal jaren relevante werkervaring: (betreft werkervaring die naar uw inschatting relevant is voor uw functie) Jaar <input type="checkbox"/> Fulltime (minstens 0.6 fte) <input type="checkbox"/> Parttime (minder dan 0.6 fte) <input type="checkbox"/> Combinatie

FOCUS: Welke concepten zijn van belang bij het selecteren van de best passende psychotherapeutische behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen?

Variabelenlijst

1. Depressie(s) en depressieve klachten
2. Fobische klachten
3. Concentratieproblemen
4. Crisissituatie die om een directe oplossing vraagt (bijv. traumatische situatie)
5. Acting out
6. Automutilatie
7. Suïcide poging(en)
8. Alcohol misbruik/afhankelijkheid
9. Aanvallend agressief gedrag
10. Obsessieve persoonlijkheidstrekken
11. Heeft het gevoel bijzondere rechten te hebben
12. Merkwaardige spraak (vaag, wijdlopig, metaforisch, met een overmaat aan details, stereotiep)
13. Korte psychotische episodes van voorbijgaande aard
14. Chronisch gevoel van leegte
15. Zelfdestructieve handelingen
16. Afwezigheid van angst
17. Stemningswisselingen
18. Impulsiviteit
19. Simulatie van psychische en psychiatrische symptomen
20. As II diagnosebepaling volgens de DSM-IV-TR
21. Aantal persoonlijkheidsstoornissen en aantal persoonlijkheidstrekken
22. Ernst van de persoonlijkheidspathologie
23. Aantal jaren dat een patiënt psychiatrische/psychische klachten ondervindt
24. Identiteitsintegratie: het vermogen tot stabiele, geïntegreerde en positieve zelfrepresentaties en het eigen leven als zinvol beschouwen
25. Focaliteit: mate waarin de klachten zijn te omschrijven als een specifiek probleemgebied waaruit de meeste klachten voortvloeien
26. Psychological mindedness: capaciteit om problemen van jezelf en anderen te beschrijven in termen van een intrapsychisch conflict

FOCUS: Welke concepten zijn van belang bij het selecteren van de best passende psychotherapeutische behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen?

27. Kwaliteit van de objectrelatie: verwijst naar een duurzaam patroon van relatievorming, dit patroon kan geplaatst worden op een schaal van primitief-volwassen
28. Ik-sterkte: de capaciteit om het zelfgevoel te bewaren ondanks psychische pijn, spanningen, veranderingen, conflicten tussen interne impulsen, en de eisen van de omgeving
29. Gehechtheidstijl
30. Affect consciousness: mate waarin patiënt zich bewust is van zijn of haar affecten, deze kan verdragen, en benoemen
31. Neuroticisme: contrasteer emotionele stabiliteit/aanpassing met emotionele labiliteit, meet zowel het niveau van negatieve gevoelens als de neiging om bij tegenslagen als frustratie als stress te reageren met negatieve gevoelens
32. Inschikkelijkheid: geeft aan in hoeverre patiënt geneigd is in interpersoonlijke conflicten toe te geven, ruzie te vermijden of boosheid te bedwingen
33. Mate van extraversie: naar buiten gerichte aandacht, energie en oriëntatie
34. Attributie stijl: het toeschrijven van de oorzaak van gedrag aan interne persoonlijke oorzaken of het toeschrijven van de oorzaak van gedrag aan externe gebeurtenissen in de omgeving
35. Mate van weerstand: algemene term voor alle mechanismen in een patient die de therapievoortgang belemmeren, maar waarmee pijnlijke gevoelens worden voorkomen (zoals: te laat komen, aandacht verschuiven naar minder belangrijke zaken)
36. Afweer: mechanisme waarvan de patient gebruik maak ter bescherming tegen angst en om emotionele conflicten of interne of externe stressoren niet tot zich te laten doordringen
37. Frustratie tolerantie: vermogen om frustraties en tegenslagen te verdragen
38. Relationeel vermogen: het vermogen tot het aangaan van betekenisvolle en stabiele relaties
39. Kwaliteit en omvang van het sociale netwerk
40. Aantrekkelijkheid van de patiënt zodanig dat de intaker met patiënt psychotherapeutisch aan de slag wil
41. Patient's vertrouwen in de betrokkenheid en de motieven van de intaker
42. Er is overeenstemming tussen patient en intaker over de psychische achtergrond van de problemen, het ontstaan en de in stand houdende factoren, en de doelen en werkwijze van de behandeling
43. Patiënt voelt zich verantwoordelijk voor zijn problemen en heeft een sterke drang om de problemen te overwinnen ondanks een eventueel moeizaam en pijnlijk veranderproces
44. Patient's voorkeuren wat betreft de behandeling
45. Reactie op proefinterventies: positief (toegenomen motivatie, positief affect, uitingen van waardering of overeenstemming) en negatief (intense angst, verwarring, fragmentatie, desorganisatie, primitieve afweermechanismen)
46. Soort en duur van eerdere behandelingen
47. Drop-out in eerdere behandelingen

FOCUS: Welke concepten zijn van belang bij het selecteren van de best passende psychotherapeutische behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen?

48. Mate waarin patiënt geprofiteerd heeft van eerdere behandelingen
49. Herhaaldelijk liegen, valse namen en oplichting
50. Justitiële status (arrestaties, veroordelingen, lopende zaken)
51. Overbetrokken houding van ouders in de kindertijd
52. Ouders zijn gescheiden in kindertijd
53. Seksueel misbruik in kindertijd
54. Ouderlijk geweld (fysiek, verbaal) in de kindertijd
55. Verwaarlozing in de kindertijd
56. Aanwezigheid van psychische stoornis bij familieleden
57. Patient heeft op jonge leeftijd zijn/haar ouders/verzorgers verloren of werd ervan gescheiden
58. Werkstatus (werk is ook zorg voor kinderen, student zijn, vrijwilligerswerk op minimaal parttime basis): stabiliteit en niveau van functioneren
59. Opleidingsniveau (hoogst afgeronde opleiding)
60. IQ lager dan 80
61. Leeftijd
62. Geslacht
63. Sociale klasse
64. Zorg voor kinderen
65. Beschikbaarheid van de behandelingen
66. Wachtijd voor behandelingen
67. Kosten van een bepaalde therapie
68. Huidig inkomensniveau

FOCUS: Welke concepten zijn van belang bij het selecteren van de best passende psychotherapeutische behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen?

Antwoordformulier variabelenlijst

Op- of aanmerkingen variabelenlijst

(bijvoorbeeld: onduidelijke variabelen, variabelen die volledig overlappen, verkeerd omschreven variabelen)

(vul hier uw antwoord in)

Aanvullingen op de concepten lijst

(variabelen die niet in de lijst genoemd staan, maar die volgens u wel van belang zijn bij de keuze van de meest geschikte psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen)

(vul hier uw antwoord in)

Bijlage 3. Verbatim plenaire interpretatiebijeenkomst

Let op: de volgorde van de clusternummers liepen niet mooi op in de originele clustermap, vandaar dat in het verslag de clusternummers 1 en 2 zijn omgedraaid ten opzichte van de clusternummers hieronder. De items en de naam van de clusters blijven uiteraard wel dezelfde.

Plenaire bespreking van de clusternamen

CD1

Cluster 1:

Geen opname

Cluster 2:

Geen opname

Cluster 3:

EXPERT 1: Psychologische capaciteiten vind ik te oppervlakkig, het gaat over een intern proces waarbij gemiddeld wordt tussen de interne en de externe wereld met druk en moeilijkheden en waarbij die persoon goed moet bemiddelen. Ik noem dit egoadaptive capaciteiten.

EXPERT 2: Het gaat te weinig over een spectrum, dit moet wel benadrukt worden.

EXPERT 7: Ego adaptieve capaciteiten gaat het meer over cognitieve stijl.

EXPERT 2: Een meer dynamische naam is passend bij dit cluster

Vermogen van mensen om na te kunnen denken, om te kunnen mentaliseren en een relatie aan te gaan

EXPERT 1: Er is een onderscheid tussen interne en extern processen, impulsen die je onder controle houdt, eisen die aan je gesteld worden.

Psychologisch ontwikkelings niveau

EXPERT 3: Wat heeft de patiënt voor een mogelijkheden om zich aan te passen aan de dingen die op zijn pad komen.

Er zijn ook mensen die zich heel goed kunnen adapteren zonder dit vermogen.

EXPERT 1: Dan heb je het over afweer hè.

Dan heb je het over 'as if personalities' die zich kunnen aanpassen, maar nog wel primitief zijn gebleven. Ik zou elegant vinden: differentiatie en integratie.

EXPERT 4: Het gaat dan over niet adaptief maar schijn adaptief.

Adaptieve vermogens

Het benadert maar een kant van een polariteit dan.

EXPERT 5: Capaciteiten geeft beter het spectrum weer.

In capaciteiten zit ook afweer in en differentiatie.

EXPERT 2: Ego adaptieve capaciteiten

JvM: Vermogens

Cluster 4:

EXPERT 6: Er zit een deel introspectie in en voor een deel kwaliteit van de behandelrelatie, is iemand in staat tot adequaat stabiel contact.

Vermogen tot samenwerken

EXPERT 1: Object relaties, als iemand dit niet kan wat is er dan met de object relaties: relaterend vermogen.

Aanleunen tegen iemand? Nee het gaat hier over echte contact wat je hebt.

Kwaliteit van de (werk)relatie

Stukje lijdensdruk en kwaliteit van de werk relatie.

Therapeutische alliantie is een hele specifieke relatie: er zijn verschillende posities, de therapeut biedt iets anders dan de patiënt, je probeer te matchen.

Relaterend vermogend is meer een goede graadmeter van wat iemand kan in de therapeutische alliantie.

Het is meer ziektebesef en van daaruit de motivatie een binding aan te gaan.

EXPERT 7: Er lopen twee dingen door elkaar: de wens en het vermogen om te veranderen.

EXPERT 2: dan een combinatie van de wens en vermogen tot verandering.

Motivatie en vermogen om tot verandering

EXPERT 7: Jammer dat nu de samenwerkingsrelatie er uit is.

EXPERT 7: De relatie is toch je voortuin voor verandering.

Het gaat om het aangaan van iets en de wens tot verandering.

Motivatief en affiliatief vermogen

EXPERT 2: Waar lezen jullie affiliatief vermogen?

Item 29 en 54

Introspectie kan alleen bestaan in een relatie met een ander.

Kwaliteit van de werkrelatie.

Je bent intaker, iemand komt binnen, heb je dan al een werkrelatie?

Je kunt de relatie die je hebt met die patient als indicatie gebruiken voor de werkrelatie in de behandelaar.

Motivatief en kwaliteit van de werkrelatie

Werkrelatie gaat over een relatie die al bestaat, in de intake heb je nog geen relatie dus beter:

Cluster 5:

Psychosociale inbedding

Context factoren

Persoonlijke situatie

Waarom cluster samen nemen met 7?

Beperkende omstandigheden

Praktische determinanten

Situatie

Sociale context

Intacte levensgebieden

Als je het sociale context noemt is er onvoldoende met cluster 6.

Ik zit ook al naar 6 te kijken.

EXPERT 2: clusters 5 en 6 zijn als laatste gesplitst: ze hebben toch iets apart vandaar toch gesplitst.

EXPERT 8: als je 4 van de 6 dingen hebt, bijvoorbeeld dat je niet gemist kan worden voor je kinderen, of als je niet weg kan bij je werk..... dit zijn echt beperkende factoren.

EXPERT 2: Ja maar het is beperkende factor voor wel of niet klinische opname niet voor wel of niet behandeling.

Contextuele variabelen

EXPERT 9: Je moet het meer van cluster 6 onderscheiden, kun je hier niet psychosociaal van maken?

Je moet ook kijken naar of iemand makkelijk uit zijn systeem gehaald kan worden, of iemand zich makkelijk los kan maken.

Iets met maatschappelijke...?

Voorwaarden?

EXPERT 2: Nee geen voorwaarden, het gaat om voorwaarden voor opname, gaat niet om voorwaarden voor behandeling.

EXPERT 5: Dit zegt veel over 4 en 5, Psychosociaal?

Psychosociale context??

Hoezo psycho?

Alleen sociale context?

Het moet wel onderscheidend zijn van cluster 6.

Cluster 6:

EXPERT 10: Biografische variabelen?

Demografische variabelen?

Sociodemografische var?

EXPERT 2: Is er dan wel voldoende onderscheid met cluster 6?

EXPERT 1: Ik vind het een beetje rommelig, dingen zoals leeftijd moet je eruit uitgooien.

EXPERT 2: In de volgende ronde mag je er dingen uitgooien.

Dit cluster meet losse variabelen, cluster 5 geeft meer de context aan.

Ik zie wel verschil.

Ik zou psychosociaal bij cluster 5 wel op zijn plaats vinden.

Het gaat bij cluster 5 meer over psychosociale inbedding niet zozeer om context variabelen.

EXPERT 8: cluster 5 is iets met keuze belemmerende omstandigheden ofzo.

In een ambulante behandeling kunnen het juist positieve kenmerken zijn en geen belemmerende factoren.

EXPERT 11: Als je nu te brede kopjes neemt, heb je daar straks in de operationalisatiefase last van omdat je veel info kwijt raakt. Dit is echt wel een belangrijk punt.

Misschien ipv variabelen omstandigheden?

Nee dit zijn echte variabelen, leeftijd is geen omstandigheid.

Cluster 7:

Psychotrauma

Etiologie

EXPERT 1: Traumastatus: het gaat om allerlei verschillende gradaties en allerlei vormen van trauma: ernstig trauma, chronisch trauma?

Toch echt psychotrauma geen as 3.

Verwaarlozing

Verwaarlozing is ook trauma

Psychotraumata

EXPERT 6: Ik denk dat er meer items onder zouden kunnen vallen dan er nu staan. Het gaat niet alleen over vroeger je kan ook ontslag krijgen of een recent overlijden.

Eerder Life-events?

Lijkt toch ook iets structureels.

Stresserende levensomstandig?

Trauma is zo belangrijk in deze groep

Majeur stresserende omstandigheden?

EXPERT 1: Je ziet in de praktijk veel trauma's die incidenten zijn, maar patiënten hebben de neiging om hun trauma's weer te herhalen, traumatisatie hoopt zich zo steeds verder op, dat is heel belangrijk.

EXPERT 5: Wat je zegt is inherent aan begrip traumata, dus waarom niet gewoon traumata?

EXPERT 1: Ik zou de dynamiek erin willen hebben, de herhaalfactor.

EXPERT 14: Herhalen is wel heel belangrijk maar het staat niet in de factoren.

EXPERT 7: Ik begrijp dat Kees het breder wil hebben dan enkele de gebeurtenis zelf, maar het zit niet in deze lijst, het gaat om het soort en de ernst van traumata, dat wij ideeën hebben over dynamiek van traumata zijn we allen over eens.

Chronische traumatisering?

EXPERT 11: Nee, het gaat erom wat jullie straks in de intake moeten vragen. Jullie gaan straks zelfs uitzoeken wat je uit moet vragen. Dan moet misschien die herhaalfactor er wel in.

EXPERT 12: Mate waarin iemand gekwetst is?

EXPERT 1: Trauma is meestal een kwetsing in de band. Vanuit de hechting gezien zeggen op zich staande trauma's niet zoveel, het gaat om herhalende trauma's in de band. Je moet meer naar object relaties en hechting enzo, daar wil ik een lans voor breken.

EXPERT 7: De ernst van de traumata zegt niets over de indicatiestelling. We zijn nu bezig met de clusters een naam te geven, straks gaan we kijken hoe deze uit te vragen zijn.

EXPERT 11: We zijn nu een naam aan het geven aan dit cluster, straks komen we op de invulling van dit cluster.

Trauma's is te breed, het gaat om de ernst trauma's.

Trauma status: dat je een lijst opneemt van wat er is op het gebied van trauma?

Traumatisering?

EXPERT 8: Als je zonder theorie kijkt naar de items en kijk hoe ze in het cluster liggen dan valt op dat item 47 er beetje uit valt. Puur aan de hand van wat er staat denk ik aan vroege traumatisering of psychotrauma's in kindertijd. Beste samenvatting puur van wat er staat.

Maar je hebt meer nodig voor indicatiestelling, er is nu een te smalle naam, dan sluit je al veel uit bij herhalende trauma

Traumatisering

EXPERT 7: Ja, als het traumatisering wordt dan kan je later bekijken hoe iemand omgaat met traumatisering.

Ja dat kan

Cluster 8:

Nee, dit is geen rest categorie

Somatiek

Interfererende somatiek.

Er zit ook iets van kwetsbaarheid in, een versturende factor.

Ik vind geen interne samenhang.

EXPERT 2: Wij dachten aan behandelgeschiedenis en complicerende factoren.

Complicaties en behandelactoren

EXPERT 13: Psychofarmaca is geen complicerende factor lijkt me.

EXPERT 1: Dat kan wel degelijk: als je een waslijst hebt aan medicatie.

Complicerende factoren.

Complicerende factoren is misschien veel te breed.

EXPERT 1: Het heeft ook vaak met trauma's te maken.

Behandelgeschiedenis.

EXPERT 2: Psychopathologie bij familie moet eruit.

Behandelfactoren

Complicerende behandelfactoren.

Er zit iets van geschiedenis in.

Medische aspecten/geschiedenis? Nee het is niet alleen medisch.

Complicerende factoren en behandelgeschiedenis

Complicerende factoren

Onder complicerende behandel factoren valt ook behandelgeschiedenis.

Ja, maar onder complicerende factoren valt alles.

Hier wordt toch gepleit voor behandelgeschiedenis. Hier valt dan medicatie ook onder.

De aanwezigheid van psychopathologie bij familie\$ valt er echt uit. Of valt het ook onder behandel geschiedenis?

Behandelgeschiedenis

EXPERT 1: Hier ben ik het niet mee eens, het ontbreken van een behandelgeschiedenis kan net zo goed een complicerende factor kan zijn, dat mensen er helemaal niets aan gedaan hebben. Dat mensen zo iets gecompliceerds met zich meebrengen dat de behandeling steeds geblokkeerd wordt.

Gecompliceerd behandelverloop.

EXPERT 15: Psychofarmaca vind ik geen complicerend iets.

EXPERT 7: De discussie gaat hier weer over of iemand wel of niet in behandeling moet komen en dat is niet de kwestie, het gaat om welk soort behandeling. Voor de een kan dit complicerend zijn en voor een ander juist een positief iets.

EXPERT 13: Als intaker wil ik dit weten omdat ik wil weten of mijn idee over indicatie klopt. Wat voor behandeling iemand gehad heeft en hoe is dat verlopen.

EXPERT 15: Ernstige somatiek die kan interfereren met de behandeling is geen behandelgeschiedenis

Dus wel weer complicerende factoren.

EXPERT 11: We doen gewoon complicerende factoren en behandelgeschiedenis.

EXPERT 15: Ik zou het in het geheel ergens anders plaatsen. Als je iets van de geschiedenis zegt dan heb je toch punt 71 er niet in.

EXPERT 11: Het gaat om de onderliggende dimensie die essentieel is om uit te vragen en dan kan het best per ongeluk een outlier tussen zitten.

Er zitten twee dingen in behandelgeschiedenis en nog iets, maar wat dan?

Behandelgeschiedenis in de breedste zin: van ontbreken van een behandelgeschiedenis tot ziekenhuis opnames? Ook de behandelgeschiedenis van ouders?

EXPERT 16: Waarom moet het precies geschiedenis zijn? Waarom is het niet voorgaande hulpverlening? Ook goed.

Ik sluit aan bij EXPERT 13, in feite gaat het erom dat het verleden de beste voorspeller is van de toekomst. Je wil toch iets weten van hoe iemand zich geëngageerd heeft aan een eerdere behandeling.

Geëngageerd, dat durf ik te betwijfelen.

Nou ja dan niet geëngageerd, maar hetgeen een behandeling heeft doorkruist.

EXPERT 1: Generaliseerbare belemmeringen?

Wat ik mis met alleen maar behandelgeschiedenis is hetgeen je wil weten in de intake.

Behandelgeschiedenis in brede zin.

We zijn geneigd om complicerende factoren negatief te nemen, maar het gaat om een spectrum, dus je kan het ook positief nemen. Dus wel of geen complicerende factoren: zijn eerdere behandelingen wel of niet goed verlopen. Of heb je wel of geen medicatie gebruikt. Wel of niet somatische problemen.

Ja.

Dus dan is het plots allemaal niet meer zo complicerend, dan breng je verschillende dingen gewoon in kaart, wat is allemaal al gebeurd?

EXPERT 1: Dus je zegt eigenlijk iets voorspellends.

EXPERT 2: Het zijn in feite allemaal voorspellers.

En als je kiest voor behandel fase of behandelproces?

Benaming van de onderliggende assen

CD1

EXPERT 7: Horizontaal-links vroegere events, helemaal rechts huidige persoonlijke kwaliteiten.

EXPERT 11: Mij lijkt helemaal links pijnlijke dingen, van vroeger, nare ervaringen, en rechts meer iemands kwaliteiten, meer van nu.

EXPERT 2: Dit geldt niet voor ernst van de structuur van de persoonlijkheid pathologie.

EXPERT 11: Zowel links als rechts iets individueels.

EXPERT 7: Links is events en rechts meer persoonlijkheids trekken

EXPERT 16: Een as van egoadaptive vermogens naar motivatie/werkrelatie, dat zegt iets over het ego en het individu. En dan naar rechts naar de ernst van de structurele persoonlijkheids pathologie en symptomatologie.

EXPERT 11: Deze as loopt niet door het midden. Dus deze kan niet.

Ik zie wel kwadranten. De lijnen lopen tussen cluster 4 en 5 naar 8 en 2 en tussen cluster 7 en 6 en 1 en 3. Kwadrant cluster 1 en 2 gaat over de ernst van de persoonlijkheidspathologie en de huidige symptomatologie. Rechtsboven gaat meer over de psychologische functies etc. en cluster 7 en 8 gaan over traumatisering en vroegere behandelingen, cluster 5 en 6 zijn de sociale context.

EXPERT 11: Hoe heten dan de assen?

EXPERT 2: Als je aan de ene kant de egoadaptive vermogens hebt en motivatie en de sociale context redelijk is dan is de veranderbaarheid groot en kun je snel en ontregelend werken. Als je aan de andere kant een vreselijk lange behandelgeschiedenis hebt, ernstige psychotraumata en ernstige symptomatologie hebt dan zit je in deze onderhoek dan moet je langer durend, steunend werken en dan is de veranderbaarheid laag. Dan is de dimensie dus veranderbaarheid: de snelheid waarmee je kan veranderen. Dit is meer individuele problematiek en dit is meer systeem en sociale problematiek.

EXPERT 17: De as kan iets meer naar rechts gedraaid. Linksboven is dan sociale uitkomst.

Rechtsonder heb je het persoonsfundament. Links onder heb je schade en rechtsboven behandelopties.

EXPERT 11: Dat kan niet, het gaat over wat je bij persoon kan uitvragen.

Dan behandelbaarheid?

EXPERT 5: Mij valt het SSKK model binnen: links de traumatisering de stress-factoren (cluster 7 en 8), boven de steun kwadrant (cluster 5 en 6), onder de kwetsbaarheid (cluster 1 en 2), rechts de kracht (cluster 3 en 4). Dit is een bestaand model.

EXPERT 2: We moeten toch zoeken naar dimensies: een van stress-kracht en een van kwetsbaarheid-steun. Hoe noem je deze assen?

EXPERT 1: Je kan ook werken met de tweedeling extern – intern. Clusters 5 en 6: extern, clusters 1 en 2 intern, clusters 3 en 4 veranderingspotentieel, clusters 7 en 8 veranderingsbeperking.

EXPERT 8: De assen lopen schuin en dan heb je van belemmering naar kracht en van context factor naar persoonsfactor. Het gaat van contextueel naar persoonsgebonden of intern-extern. En daar belemmering-kracht. De sociale context nu zijn met name belemmeringen, de dingen worden alleen gegroepeerd op gelijkheid, dus ik neem aan dat je ook negatieve items gaat krijgen. Dus ze kunnen ook een andere waarde krijgen dus moeten ze een andere waarde hebben als je gaat brainstormen.

EXPERT 10: Ontregelen of <niet te verstaan>

EXPERT 15: Het is niet zo dat je de 'belemmerden' niet behandelt.

EXPERT 11: jullie zijn het eens over de clusters, dat is het belangrijkste, de assen kunnen nog helpen om nog eventueel te begrijpen hoe ze met elkaar verhouden.

EXPERT 9: Als de assen 45 graden draaien: rechtsboven gunstige factoren/vermogens, linksonder beperking/onvermogen, links individueel-omgeving, als je dit en kwart slag draait dan.....

EXPERT 1: Je zou kunnen zeggen externe context-intern context.

EXPERT 2: Veranderpotentieel heet die as (veel-weinig), die andere daar heb ik nog niet een woord voor.

Allen: Interne-externe context?

EXPERT 7: Interne context is verwarrend want je bedoelt daar de interne dynamiek mee.

EXPERT 11: Het hoeft niet per se een plus en een min factor op een as, ik heb heel vaak twee woorden voor de uiteinden van de assen gehad.

EXPERT 4: Als je nu per cluster een as zou bedenken dan heb je per cluster een plus en een min waarde, twee polen, je kan verschillend scoren op de items in een bepaald clusters. Dan heb je 4 assen. Je zit nu dingen samen te voegen die..... <niet te verstaan>

EXPERT 11: Maar bijvoorbeeld cluster 8 waren wel negatieve factoren, dus de lading is negatief.

EXPERT 1: Complicerende factoren zijn niet negatief het vraagt alleen een andere behandeling.

EXPERT 9: Als ik goed kijk ben ik toch niet helemaal tevreden met hoe de assen lopen. Ik denk een as tussen cluster 1 en 2 die loopt naar het midden van cluster 5 en 6. De andere as tussen cluster 7-8 en 3-4. Dan is bijvoorbeeld 1 en 2 toch iets van de ernst van de pathologie, en daarboven steunsysteem zal ik maar zeggen. Ik weet niet of die assen per se loodrecht op elkaar moeten staan.

EXPERT 11: Dat moet.

EXPERT 9: Dan heb je aan de ene kant de vermogen/wens tot investeren tov een zeker onvermogen.

EXPERT 1: Jammer dat het woord onvermogen valt. Ik heb juist het idee dat je op zoek bent naar verschillende soorten problematiek met verschillende behandel vormen. Daar hoort geen onvermogen bij. Daar hoort een andere behandeling bij.

EXPERT 11: Veranderingspotentieel?

EXPERT 9: conflicts vs deficit

EXPERT 7: resilience-veerkracht

Plenaire bespreking operationalisatie clusters

CD2

Cluster 1:

EXPERT 7: Er moet veel uit omdat er veel items inzaten in verschillende orde van grote (overlap). Dus te specifieke dingen hebben we eruit gegooid. Dan houd je over:

1. Organisatie of structuur van de persoonlijkheid. Er is verschil tussen maar dat slaan we hier over.
2. Type en ernst van de persoonlijkheidspathologie, dan bedoel ik dus ook ernst/zwaarte per type, (anders vraag je hoe meet je de ernst? door de ernst te meten). Ernst kan in DSM kan ook breder: hoeveel van de kenmerken heb je.
3. Aantal persoonlijkheidsstoornissen: of een index hiervan.
4. Index van rigiditeit van de PD: hoe stabiel is het, hoe verankerd is het: deze is toegevoegd

EXPERT 10: Waarom item 4 toegevoegd?

EXPERT 7: Omdat het iets zegt over de ernst van de persoonlijkheidsstoornis. Stel je hebt een persoonlijkheidsstoornis in cluster B en een in cluster C, ook het type en de zwaarte ervan en dan moet er ook iets gezegd of gemeten worden over de rigiditeit.

EXPERT 1: Het gaat over de hardnekkigheid van het consistente patroon, dat overal en altijd toegepast wordt zonder dat je erover nadenkt. Pervasiviteit, pervasive pattern. Is genest in het soort persoonlijkheidsstoornis (bijv OBCMP). Rigiditeit van het type.

EXPERT 2: Dit is een aspect van ernst wat jullie extra belangrijk vinden.

EXPERT 1: Als je het aantal trekken hebt weet je nog niet hoe je die trekken moet wegen, hoe ze zich verhouden tot elkaar.

EXPERT 7: Meten doe je met het diagnostisch gesprek, klinisch onderzoek en de anamnese. De voorkeur gaat uit naar klinische diagnostiek aangevuld met semigestructureerde interviews (SCID) omdat je dan vaak een opvallend verschil krijgt. Preklinische diagnostiek = gesprek. Interessant is vaak dat er verschillen bestaan tussen de scid en wat je gewoon ziet. Bijv dat jij als intaker onder de indruk bent van de ernst maar dat je niets terug ziet op de scid.

EXPERT 2: Vinden jullie dat je voor dit cluster een persoonlijkheidsvragenlijst moet afnemen?

EXPERT 16: Nu ontbreekt de klinische diagnostiek te veel, we moeten dat meer doen.

EXPERT 2: Het is duidelijk dat er naast een interview een semigestructureerd interview afgenomen dient te worden. Moet in aanvulling daarop ook nog vragenlijsten ingevuld worden?

EXPERT 9: Het heeft geen zin om vragenlijsten af te nemen als je geen klinische diagnostiek doet. Andersom kan je wel klinische diagnostiek aanvullen met vragenlijsten.

EXPERT 11: Heeft iemand die vragenlijsten niet nodig?

EXPERT 9: Ik heb ze niet per se nodig in ieder geval.

EXPERT 10: Je hoeft geen vragenlijsten af te nemen: maar je moet wel een standaard hebben, dat kan ook een interview zijn.

EXPERT 15: De vragenlijsten moeten wel afgenomen worden, ook om de ontwikkeling van de vragenlijsten ook input te geven. We weten nog niet veel, wat we weten is operationeel te gebruiken: bijvoorbeeld de SIPP.

EXPERT 2: Er zijn wel meer instrumenten in de markt.

EXPERT 2: Zijn vragenlijsten noodzakelijk om af te nemen, standaard?

EXPERT 9: Ik weet niet of je het standaard moet doen, maar als je kijkt naar de internationale klinische literatuur, dan zie je dat met name bij ernstigere stoornissen je klinische blik is gebaseerd op ervaringen, intuïtie, kennis, maar ook op de rapportage, hoe iemand zich interpreteert, het hangt erg af van de interviewer hoe de patient zich presenteert. Er is steeds meer een tendens in de literatuur die ik ook volg naar indirecte meetmethoden, daarom zou ik het ook niet beperken tot vragenlijsten.

Het gaat er ook om hoe je de vragenlijsten toepast. Met indirecte meetmethoden zijn juist in staat die onderste lagen in kaart te brengen.

EXPERT 11: Wat versta je onder indirecte meetmethoden?

EXPERT 9: Alles waarmee je de zelfrapportage omzeilt. De narcisten presteren het best op de SIPP bijvoorbeeld. Je hebt iets naast de vragenlijsten nodig om te bekijken waarom scoort hij zo goed terwijl hij van zijn leven een puinhoop maakt.

EXPERT 11: We besluiten dat er verschillende visies zijn.

EXPERT 7: Er zijn dus drie opties:

1. klinisch gesprek
2. semigestructureerd interview (SCID)
3. persoonlijkheids onderzoek

En we zijn er niet uit of je nu alledrie moet nemen om ernst te meten of alleen de eerste twee. Iedereen is het ermee eens dat je 1. en 2. moet gebruiken om de ernst van de persoonlijkheid. pathologie wilt meten.

EXPERT 11: Iedereen mee eens?

EXPERT 9: Nee, classificeren heeft niets met diagnostiek te maken.

EXPERT 10: Het hangt erg af van welk model je kiest om ernst te meten.

Cluster 2:

EXPERT 7: Wat er nodig is, is een complete inventarisatie van de symptomen. Met een nadruk op 'complete'. Wat we eruit geknikkerd hebben zijn voorbeelden daarvan, uitvoerende voorbeelden zoals schizofrenie, autismespectrum, chroniciteit, merkwaardige spraak zijn allemaal subcategorieën ervan. Deze kan je misschien wel navragen maar het hoort niet in die lijst thuis. Voor een complete inventarisatie zul je ze eerst moeten rubriceren en keyvragen opstellen, aan de hand van de antwoorden op de keyvragen kun je een bepaald deel van een (klin) interview je moet doen. Dan heb je een complete lijst van de symptomen. Opties voor lijsten: SCID-I, MINI-plus, BSI. SCID-I is mooi maar ook nogal uitgebreid, in de praktijk wordt de BSI er tegenaan gegooid.

Anne: Zijn dit zijn allemaal lijsten die de clinicus zelf in kan vullen, of zijn dit ook lijsten die de patiënt zelf kan invullen van tevoren of via internet?

EXPERT 7: Ja, of door de diagnosticus of door de groep of wat dan ook.

EXPERT 7: Het is ondoenlijk om de hele zaak uit te vragen, dus dan moet je selecteren met behulp van zo'n rubrieken lijst, en via de antwoorden daarop kan je doorvragen.

EXPERT 11: Nog amendementen op deze uitwerking?

EXPERT 10: Er ontstaat nu een soort willekeur aan vragenlijsten die worden voorgesteld af te nemen, terwijl je wel zo'n dik boek aan vragenlijsten kan gebruiken bij elk cluster. Of moeten we daar op een ander moment op een ander niveau over doorpraten?

EXPERT 11: Ja, dit is een eerste aanzet, verkenning, dit is nog niet vastgesteld, daarmee moeten we voorzichtig zijn.

Cluster 3:

EXPERT 10: Volgens mij moeten we een nieuw cluster introduceren. Want bij cluster 1 werden er allerlei typen uitgegooid en dat doen wij ook weer, wij hebben allerlei persoonlijkheidstrekken eruit gegooid. De laatste 5, namelijk: extraversie, altruïsme, inschikkelijkheid, introjectieve persoonlijkheid. Als je die gaat clusteren met de eerder eruitgegooiden: neuroticisme, perfectionisme, extreme verlegenheid, dan vind je een soort trekkencluster. De eerste 5: egosterkte, mentaliserend vermogen, identiteitsintegratie en dat soort zaken die vonden we het beste dit cluster dekken. We hadden nog discussie over gehechtheidstijl die vonden we te algemeen geformuleerd, zoals ook 'sociale vaardigheden en aanpassingsvermogen'. Met name in hoe is geformuleerd is te algemeen zodat we het niet goed konden verbinden met de term van het cluster. We hebben ook nagedacht over welke vragen we moeten stellen, dus heel concreet wat doen we nu als intakers als we ego-adaptieve vermogens bevragen. Wij vragen allemaal wel een beschrijving van het zelf als een vehikel om dat bij iemand te gaan onderzoeken. Dan vraag je zowel naar de differentiatie van de anderen als wel naar de integratie van het zelf. Waarbij je bij integratie van het zelf ook kijkt naar de mogelijkheid om ambivalentie te verdragen en verschillende onderdelen van jezelf als eenheid van identiteit.... Daarover te reflecteren. Dit gaat over de inhoud van de vragen die je stelt. We kwamen er ook achter dat de aard van de vragen of de wijze van interviewen hier ook van belang is, dan gaat het over abstinentie, druk opvoeren, spanning opvoeren zodat je primitieve afweer naar boven krijgt (of niet) en dat je profinterventies doet om voorspellingen kan maken, en dat je ook als interviewer naar jezelf kijkt: wat heb ik allemaal van tegenoverdrachtsverschijnselen of ervaringen die ik beleef in dit contact die iets zouden kunnen zeggen over egoadaptieve vermogens van de patiënt. Zo kwamen we ook op

wat lijsten, dit is ook een willekeurige samenraapsel van lijsten die je zou kunnen gebruiken. Echter we hadden wel dat het psychodynamische interview hier prevaleert, en dat je dat als intaker ook kunt. Hier kwamen we ook op het senior-junior aspect uit: dat hoe meer senior je bent hoe beter je dat kan waarschijnlijk. Junioren hebben wel eens de neiging om als scidter een psychodynamisch interview te doen, en dan krijg je er toch niet helemaal uit wat de bedoeling was. Je kan het ontwikkelingsprofiel gebruiken, het interview van Kernberg, je kan specifiek schalen gebruiken die het reflectieve vermogen nagaan, zoals de SIPP. De PMAP daar kwam Roel nog mee, dat is een onderzoeksinstrument waarmee je naar reflectief vermogen gaat kijken. Projectieve materialen, gehechtheidbiografisch interview.

EXPERT 7: Je zou het nog kunnen aanvullen met een assessment van het mentaliserend vermogen. Daar is geen schaal voor maar wel een klinische methode. Een interview om het mentaliseren te bevorderen. De lijst van Bateman, assessment van Bateman aan de hand van een interview. Meet bij welke prikkeling van het gehechtheidsysteem het mentaliseren ophoudt. Dus context afhankelijk

Cluster 4:

EXPERT 10: Alles was oke wat daar aan vragen en items instond. We hebben nog gediscussieerd over of IQ geen sociodemografische variabele was. Dat is het niet. We vonden dat nr 36 (Voorkeur van de patient wat betreft kenmerken van de behandeling zoals setting en duur) onder cluster 4 past. We misten hier lijdensdruk als variabele. Waar kijken klinici naar in de intake:

- Komt patient op tijd?
- Vragen naar eerdere behandelervaringen
- Hoeveel heb je ervoor over in tijd, geld, motivatie inzet, psychische inzet
- Doorvragen naar consequenties van veranderen, deze ook voorspiegelen en vragen of iemand dat er wel voor over heeft.
- Proefinterventies doen door de therapie te voorspellen: bij dwangneuroten: over twee dagen ken je alle regels van ons centrum en ga je alle conflicten vermijden. Hoe reageert iemand daarop?
- Vragen naar de verwachting van de aard van de oplossingen. Extern of intern: ga ik veranderen of verandert mijn partner. Moet het centrum de oplossing bieden of ga ik het zelf doen.
- Hoe zie je jezelf over 5 jaar.
- Vragen naar wat je van mij als intaker vindt. Vragen naar de aard van de relatie en de aard van de intake, wat je op gang hebt gebracht in de intake.

EXPERT 15: Heb je behandel geschiedenis, nr 18 en 8 hier nu bij gehaald?

EXPERT 10: Nee. Het gaat erover hoe de behandeling is verlopen, wat je destijds van de therapeut vond, hoe is het mislukt, gaat erom om de aard van de werkrelatie te onderzoeken.

EXPERT 10: Vragenlijsten die bedacht zijn: IQ, hulp vragenlijst van Vertommen, psychodiagnostisch kan je indirect iets zeggen over de aard van de relatie. Bijvoorbeeld iemand met een hoge openheid, hij zal cognitief erg geïnteresseerd zijn, echter emotioneel veel minder.

Cluster 5:

EXPERT 5: Het verschil tussen cluster 5 (sociale context) en 6 (sociodemografische kenmerken): cluster 5 is meer de kwaliteit, flexibiliteit, veranderbaarheid van sociale systeem. Cluster 6, is meer de sociodemografische factoren, zijn meer de vaststaande factoren. Cluster 5 meer as IV, as V (GAF). Cluster 4 is wat iemand van zijn leven maakt.

Veranderingen: item 36 naar cluster 5 vanwege de veranderbaarheid van item 35.

Item 79 is de enige negatief gekleurde, deze hebben we geneutraliseerd, nu wordt het 'algemeen van invloed zijnde gezinsomstandigheden'.

Ernstige schulden die belemmerend zijn: de afkapwaarden bepalen was te moeilijk.

EXPERT 13: waarom zijn schulden een belemmering?

EXPERT 5: Uit de literatuur is bekend dat deze factor onderschat wordt: schuldsanering, moeten werken, etc. in ieder geval zo bezig met je schulden dat psychotherapie niet mogelijk is.

Vragen: Anamnese, heteroanamnese

Diagnostiek: demografische vragenlijst, ADL, GAF, EQ-5D, sociale steunsysteemlijst

Cluster 6:

EXPERT 5 en WS: Dit cluster meet statisch-heden meer feitelijkheden. Uitvraagcluster. Afstandelijk. Item 55 graag minder specifiek: graag 'woonsituatie' van maken. Het verschil is groot tussen iemand die vereenzaamd op een zolderkamer dan iemand met een gezin en een voor en achtertuin. Het is nogal van belang voor de indicatiestelling als iemand een schizotypische persoonlijkheid heeft.

EXPERT 13: Gaat over een het hebben van een veilige plek en om door te werken in een veilige plek.

EXPERT 1: Of iemand die zijn post niet openmaakt, die zijn huis ermee volstapelt, of een.....

EXPERT 9: Als je het neutraal formuleert dan kom je er zelf wel uit of het een exclusie criteria is.

EXPERT 15: Hier kan je ook een schaalte van maken.

Item 56 onoverkomelijke schulden liever financiële situatie van maken.

EXPERT 1: Of iemand die continu schulden maakt en daardoor depressief wordt ofzo.

Item 36 naar cluster 5.

Item 38 van maken: aanwezigheid van relatie, gezin of systeem, om dit af te scheiden van item 5, meer de kwaliteit van de contacten/steunsysteem. Inventarisatie van hoeveel mensen in gezin/samenstelling. Hier Misschien burgerlijke status van maken of gezinssituatie?

Item 41 sociale klasse eruit, vonden we storend dat die erin stond. Komt ook terug in financiële situatie, opleidingsniveau, werk.

Item erbij: betaalde arbeid

Patiënt kan de behandelkosten dragen hoort meer bij financiële situatie.

ADL functies: zinnvolle dagbesteding zit een kwaliteit aan en dat hoort dus bij 5, dus draagt iemand bij aan de maatschappij, middels betaald werk/arbeid, dit is meer de feitelijke situatie (dus ADL).

EXPERT 15: Voor de kosteneffectiviteit maakt het nogal wat uit of je betaalde arbeid verricht of niet.

Bij betaalde arbeid draag je echt iets bij aan de maatschappij.

EXPERT 2: Draag je dan niets bij als vrijwilligers werk, huishoudelijk werk, moederen, vaders?

EXPERT 18: Dit is niet diskwalificerend of normerend bedoeld, het gaat er meer om dat het belangrijk is om te weten.

EXPERT 1: Misschien is 'werkstatus' dan beter, betaalde arbeid is normerend.

EXPERT 18: Oke dan werkstatus.

Wat nu als iemand werk of een opleiding heeft?

EXPERT 18: Dat zou een reden zijn om niet te beginnen aan dagklinisch of klinisch. Het gaat meer om zorgtoewijzing dan indicatiestelling.

Cluster 7:

EXPERT 9: We hebben lang gediscussieerd over wat er nu wordt bedoeld, het lijkt te gaan over emotionele verwaarlozing en traumatisatie in kindertijd. Dus dan nr 47. eruit: meer een contraindicatie.

Moet je met iemand psychotherapie doen die continu in elkaar geslagen wordt?

Je zou het lijstje met vroege traumatisatie aan kunnen vullen met actuele traumatisatie en parentificatie is daarbij gekomen. Lijsten zijn er niet direct voorhanden, je moet gewoon goed uitvragen.

EXPERT 16: Nou de VBE: vragenlijst belastende ervaringen. Lijst van Ellen Nijenhuis. Kan je op een vrij onpersoonlijke, feitelijke, neutrale manier allerlei belastende ervaringen uitvragen.

EXPERT 14: Dat staat dan wel los van de beleving

EXPERT 1: Wordt er ook geïnventariseerd hoe mensen gaan reageren en zich gedragen als gevolg van allerlei traumatisering, dat dat geïnventariseerd wordt?

EXPERT 3: Dat hebben we wel overwogen, maar voor veel mensen in de intake is dit nog een ver van mijn bed show. Mensen gaan pas na een lange tijd en na therapie inzien wat de effecten van de gebeurtenissen zijn.

EXPERT 7: Hebben jullie ook meegenomen dat de ernst van het trauma niet zegt over.....

EXPERT 3: Ja ja! het gaat meer over de beleving dan de feiten an sich.

EXPERT 14: Allerlei lijsten meten wel de feiten maar niet de beleving

EXPERT 9: De beleving en de impact staat meer in de andere clusters, dit cluster gaat meer over feitelijkheden.

EXPERT 1: Maar je wilt ook allemaal de directe gevolgen weten nachtmerries, herbelevingen, angstaanvallen, dissociaties.

EXPERT 9: Dat zit in cluster 2. We hadden het idee, dat dit cluster een belangrijke etiologische factor is, naast erfelijkheid en trekken. Als je een cluster neemt met trekken en dit cluster dan heb je de belangrijke etiologische factoren.

EXPERT 15: Dan heb je alleen een inventarisatie van traumata?

EXPERT 9: Je moet wel dit cluster in combinatie zien met cluster 1, 2 en 3, dan krijg je een idee wat de impact van de trauma zijn geweest.

EXPERT 1: Hier moet dan wel een aantekening van gemaakt worden.

Cluster 8:

EXPERT 9: Dit cluster lijkt een raar overblijfseltje. Het gebruik van psychofarmaca zegt niet zoveel want het gaat over het misbruik van farmaca, en dan kan het naar cluster 2 bij alcoholgebruik en drugs. Het kan natuurlijk zijn dat iemand zoveel psychofarmaca gebruikt dat je niet kan psychotherapieën, en dan heb je ook zo'n actueel punt. Wat dan overblijft is 18 en 8 wat gaat over

inventarisatie van eerdere behandelingen; waar je misschien naar toe moet is een inventarisatie van somatiek als apart punt. We hebben erover gediscussieerd, het gaat over de indicatie voor psychotherapie, het gaat over somatiek die interfereert met de behandeling, daarin is samengevat dat je eventueel kan differentiëren, misschien als een apart punt meenemen. Dit kan je inventariseren met een klinisch interview, anamnese, heteroanamnese, info opvragen bij verwijzers, eerdere behandelingen. Vragenlijsten lijken niet zo geschikt, je kan het eventueel wel als opstapje om iets.....

Bijlage 4. Vragenlijst operationalisatie clusters

Cluster:

Vraag 1.

Bekijk de variabelen die in het cluster vallen. Bepaal de definitieve variabelen die in het cluster horen (moeten er variabelen weg of juist bij? moeten variabelen verduidelijkt worden?)

Antwoord

Vraag 2.

Welke vragen dienen gesteld te worden in de intake om de waarde van het cluster vast te stellen? Of welke aspecten moeten nagegaan worden om het cluster in kaart te brengen?

Antwoord

Vraag 3.

Welke vragenlijst of welk diagnostische instrument kan gebruikt worden om de waarde van het cluster te bepalen?

Antwoord

Vraag 4:

Is er een afkappunt te geven van de clusterwaarde die behulpzaam is bij het selecteren van de juiste behandeling? Zo ja: welke?

Of: Welke uitkomst categorieën van dit cluster is van handzaam bij de indicatiestelling (bijv. hoog-midden-laag)?

Antwoord

Bijlage 5. Tabel met samenvatting van de antwoorden van de operationalisatie clusters-vragenlijst

Let op: de volgorde van de clusternummers liepen niet mooi op in de originele clustermap, vandaar dat in het verslag de clusternummers 1 en 2 zijn omgedraaid ten opzichte van de clusternummers in het rapport. De items en de naam van de clusters blijven uiteraard wel dezelfde.

	Clusternaam	Inhoud cluster (Items/concepten)	Discussie punten inhoud cluster	Hoe cluster meetbaar maken?
1.	Ernst van de (structurele) persoonlijkheidspathologie	<ul style="list-style-type: none"> - organisatie/structuur van de persoonlijkheid - type en ernst (heftigheid, intensiteit) van de persoonlijkheidsstoornis - aantal persoonlijkheidsstoornissen - rigiditeit van de persoonlijkheidsstoornis 	<p>Veel overlap, de hogere orde factoren zijn eruit gehaald en worden hiernaast benoemd.</p> <p>Het is onzin om vragenlijsten af te nemen zonder de patient zelf gezien te hebben.</p> <p>Het is belangrijk om naast gespreksinformatie een 'standaard' te leggen zoals een vragenlijst of semigestructureerd interview.</p> <p>Aangezien en patient verschillend reageert op verschillende interviews, zijn indirecte meetmethoden van belang</p>	<p>Klinisch gesprek</p> <p>Semigestructureerd interview (bijv. SCID)</p> <p>Persoonlijkheid onderzoek (waaronder vragenlijsten)</p>
2.	Ernst van de (psychische) symptomatologie	<p>Complete inventarisatie van symptomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - middelmisbruik en afhankelijkheid - psychoses - suïcidaal gedrag - simulatie symptomen - automutilatie - conc en aand problemen - disscoiatieve klachten - depressieve kalchten - PTSS - eetproblemen - angst - verstoorde lichaamsbeleving 	<p>Alle voorbeelden of subcategorieën uit de lijst moeten er worden uit gehaald om overlap te voorkomen.</p> <p>Er moet een lijst met keyvragen opgesteld worden waarna je evt kan doorvragen.</p>	<p>SCID-I</p> <p>MINI-plus</p> <p>BSI</p>

3.	Egoadaptieve vermogens	<p>Persoon moet bemiddelen tussen interne wereld (impulscontrole) en externe wereld (eisen uit omgeving), omvat ook afweer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attributiestijl (2) - Egosterkte (64) - Mentaliserend vermogen (59) - Identiteitsintegratie (44) - Relationele capaciteiten (6) - Zelfwerkzaamheid (49) - Primitieve afweer (42) - Psychological mindedness (72) 	<p>Zijn de items bipolair (dwz zowel hoog als laag scoren op relationeel vermogen)?</p>	<p><i>Interview</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - zelfbeschrijving - onderzoek van vermogen om ambivalenties te verdragen - beschrijving significante anderen - zelf beschrijving ten op zichte van anderen - abtinentie in interview (druk opvoeren) - proefinterventies (neemt iemand iets mee naar het volgende gesprek) - tegenoverdracht (is er sprake van primitieve afweer?) <p><i>Diagnostische tests:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkelingsprofiel van Abraham - Interview Kernberg - Schaal SIPP: reflectieve vermogens - PMAP - gehechtheids biografisch interview - assesment reflectief vermogen volgens Bateman - projectief materiaal <p>Interview prevaleert.</p>
4.	Motivatie en vermogen tot werkrelatie	<ul style="list-style-type: none"> - Mate waarin er sprake is van probleembesef (75) - Behandelmotivatie (10) - Introspectieve en reflectieve vermogens (20) - Therapietrouw (69) - Reactie op proefinterventies (32) - Cognitieve capaciteiten of IQ (27) - Vertrouwen in intaker (54) - Aard relatie intaker-patient (29) <p>Nog toevoegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lijdensdruk (niet in concept map) - voorkeur van de patient (item 36 uit cluster 6) 	<p>De vraag is of IQ niet eerder hoort bij cluster 6, mede omdat opleidingsniveau erg gerelateerd is aan IQ</p> <p>De relatie tussen intaker en patient zien als graadmeter van de therapeutische behandeling.</p> <p>Ziektebesef/lijdensdruk als motivator voor behandeling</p>	<p><i>Observatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Komt patient op tijd? <p><i>Interview:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vragen naar eerder therapie ervaring - Hoeveel heeft de patient over voor therapie in tijd, geld, (psychologische) inzet - Doorvragen naar consequenties van veranderen - Hoe zie je jezelf over 5 jaar? - Voorspiegelen van negatieve of positieve behandelvoortgang - Vragen naar interne of externe oplossing voor problemen - Vragen naar beleving van

				intake/intaker <i>Diagnostische tests:</i> - IQ-test - Hulpvragenlijst van Vertommen - Algemeen psychodiagnostisch onderzoek (bijv. Openess en Agreeableness van NEO, facet samenwerken en betrouwbaarheid van SIPP)
5.	Sociale context	<p>Deze factor zegt in het algemeen iets over de kwaliteit, dus flexibiliteit, veranderbaarheid van het sociale systeem van een patient. Wat heeft iemand van zijn leven gemaakt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nederlandse taalvaardigheid (25) - Kwaliteit van sociale netwerk of steunsysteem (5) - Zinnvolle dagbesteding (26) - Hobbies (77) <p>Herformuleren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - van invloed zijnde gezinsomstandigheden (was 'patient kan niet gemist worden in de zorg voor zijn/haar kinderen' (79)) (want deze was de enige negatief gekleurde vraag) <p>Toevoegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADL functies - voorkeur van de patient (36) (want dit is veranderlijk) - onoverkomelijke schulden (56) <p>Onduidelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wens tot continueren werk of studie 	<p>Deze factor lijkt iets te kunnen zeggen over bepaalde exclusie criteria voor bepaalde behandelingen.</p>	<p><i>Interview</i> Anamnese evt samen met partner of systeem.</p> <p><i>Diagnostische tests</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische vragenlijst - ADL - GAF - Kwaliteit van leven / Euroqol - Sociale steunsysteemlijst

6.	Sociodemografische variabelen	<p>In vergelijking met cluster 5 meet dit cluster feitelijkheden, vaststaande feiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Culturele achtergrond (61) - Leeftijd (17) - Opleidingsniveau (70) - Religie (74) - Geslacht (40) - Levensfase (24) - justiele status (14) <p>Toevoegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - werksatus <p>Herformuleren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Woonsituatie (was 'geen vaste woon of verblijfplaats (55)). - Financiële situatie (was 'onoverkomelijke schulden' (56) en patient kan behandelkosten dragen (31)) - Aanwezigheid van relatie/gezin/systeem? (ipv 'aanwezigheid systeemproblematiek' om onderscheid te maken met cluster 5) <p>Weglaten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorkeur van patient (36) naar cluster 5. - sociale status (41) (komt ook terug in opleiding, werk, financiële situatie) 		
7.	Traumatisering	<ul style="list-style-type: none"> - Ouderlijke geweld (58) - Seksueel misbruik (19,7) - Pestverleden (43) - Overbetrokken houding ouders (15) - Verlies of scheiding ouders/verzorgers (66) 	Lijkt te gaan om gradaties en vormen van traumata/emotionele verwaarlozing mn in verleden/jeugd. Patienten hebben de neiging om eigen trauma's te herhalen, en drama te herhalen. Lijkt te gaan om trauma's in hechting/jeugd.	<p><i>Interview</i> Biografische anamnese</p> <p><i>Diagnostische lijsten</i> VBE: Vragenlijst belastende ervaringen van Ellen Nijenhuis</p>

		<p>- echtscheiding ouders (67)</p> <p>Herformuleren: - aanhoudende en/of actuele traumatiserende omstandigheden (47) moet duidelijk worden dat het niet gaat om huidige traumata (mensen in crisis neem je niet in behandeling voor PS). - emotionele en/of fysieke verwaarlozing in de kindertijd (22): zelfde maar dan 'in de voorgeschiedenis'</p> <p>Toevoegen: - overige traumatisering o.a. adoptie, ziekehuisopnames, oorlogtrauma's - parentificatie</p>	<p>Van belang is te onderzoeken hoe patiënten reageren als gevolg van traumata: nachtmerries, herbelevingen, angstanvallen, dissociaties etc. Dit cluster omvat deze kenmerken niet, die kun je vinden in cluster 2.</p> <p>Van belang is niet zozeer de feitelijkheden, maar de beleving van de traumata. Echter als je naar het cluster kijkt zie je vooral feitelijkheden.</p>	Vragenlijsten en interview van Jill Lobberstael
8.	Behandelgeschiedenis in brede zin	<p>Aard en duur eerdere behandelingen (8) Verloop van eerdere behandelingen (18)</p> <p>Eruit: (71) Ernstige somatische problematiek (16) Gebruik psychofarmaca (39) Aanwezigheid van psychopathologie bij familie</p>	<p>Verleden is beste voorspeller van de toekomst</p> <p>Misbruik van psychofarmaca (16) moet in cluster 2 terug te vinden zijn</p> <p>(71) Ernstige somatische problematiek en (16) Gebruik psychofarmaca samennemen en nieuw cluster van maken namelijk 'inventarisatie somatiek' Gaat dan met name over somatische belemmeringen voor psychotherapie (zoals ook teveel medicatie)</p>	<p><i>Interview</i> Anamnese Heteroanamnese Info opvragen bij verwijzers</p>