

Tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het structurele interview

door J.J.L. Derksen, J.W. Hummelen en
J.M.P. Bouwens

Samenvatting

Het structurele interview, ontwikkeld door Kernberg en zijn medewerkers, dat gericht is op de differentiële diagnostiek van de neurotische, borderline- en psychotische persoonlijkheidsorganisatie, wordt in deze studie onderzocht op tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Er zijn twee categorieën psychiatrische patiënten (kliniek en polikliniek), in totaal 37; mannen ($n=20$) en vrouwen ($n=17$); twee meetmethoden (in vivo en video); drie beoordelaars die in rol wisselen. Uit de resultaten blijkt dat het toedelen van deze patiënten aan de categorieën neurose, borderline en psychose goed mogelijk is. De Kappa-waarden voor de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn gematigd tot substantieel. Vervolgonderzoek is zinvol en een goed opgezette training kan het structurele interview een plaats geven binnen de psychodiagnostiek.

Inleiding

Het structurele interview dat in deze studie is onderzocht op tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid is voor wat de ontwikkeling betreft nauw verbonden met het borderline-concept. In de ontwikkeling van het borderline-concept hebben de artikelen van Stern (1938) en Knight (1953) een grote rol gespeeld. Sinds de jaren vijftig hebben veel, vooral psychoanalytisch georiënteerde, auteurs patiënten beschreven die met behulp van hun diagnostische criteria noch duidelijk als neurotisch, noch duidelijk als psychotisch geassocieerd konden worden (Rohde-Dachser 1983).

Met het oog op het diagnostiseren van borderline-patiënten zijn reeds enkele instrumenten voorhanden waarvan het belangrijkste het Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB) is (Kolb en Gunderson 1980); dit is een semi-gestructureerd interview met een acceptabele betrouwbaarheid en validiteit (Derksen 1987).

Vanuit psychoanalytische optiek is een structureel interview ontwikkeld, door Kernberg en zijn medewerkers (1975, 1977, 1980, 1981, 1984). Eerder verscheen in dit tijdschrift een artikel waarin uitvoerig werd ingegaan op het structurele interview en de daaraan ten grondslag liggende structurele diagnostiek (Derksen, Hummelen en Bou-

wens 1988; zie ook Derksen 1986). Met behulp van dit structurele, maar zeker niet gestructureerde, interview wordt geprobeerd de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt te diagnosticeren.

Centraal bij dit diagnostisch proces staat het evalueren van interactievariabelen; middels de technische interventies verheldering, confrontatie en interpretatie (met name van overdrachtsreacties) worden wat Kernberg (1981) 'observeerbare manifestaties van de identiteitsintegratie, afweermechanismen en realiteitstoetsing zoals deze verschijnen in de hier en nu interactie met de interviewer' onderzocht. Met behulp van onderzoek naar drie thema's (identiteitsdiffusie versus identiteitsintegratie; primitieve versus ontwikkelde afweermechanismen; realiteitstoetsing gestoord versus niet gestoord) worden patiënten ingedeeld in drie categorieën persoonlijkheidsorganisaties: neurotisch, borderline of psychotisch. Het organisatieniveau en functioneren van het ego staan centraal: dit functioneert bij de neurotische (of normale) patiënt met behulp van ontwikkelde afweermechanismen, het ego van de borderline-patiënt handhaaft zich door het gebruik van primitieve afweermechanismen gepaard gaand met een identiteitsdiffusie, bij de psychotische patiënt komt hier nog bij dat de realiteitstoetsing is aangetast.

Aangezien er momenteel veel gestandaardiseerde interviewmethoden voorhanden zijn zoals de Engelse Present State Examination (PSE) van Wing en het op de DSM-III afgestemde Amerikaanse Diagnostic Interview Schedule (DIS) met een relatief hoge betrouwbaarheid, worden onderzoeken naar de betrouwbaarheid van een weinig gestructureerd klinisch interview minder in de literatuur gerapporteerd. In de praktijk echter wordt op alle niveaus en met uiteenlopende doelstellingen geïnterviewd zonder dat men gebruik maakt van voorgeprogrammeerde antwoordcategorieën. De gestandaardiseerde gespreksvormen en vragenlijsten worden vooral voor onderzoeksdoeleinden gebruikt. Daarom ook is het structurele interview onderwerp van onderzoek in deze studie. Kenmerkend voor dit interview is het ontbreken van voorgeselecteerde antwoordcategorieën, het moeilijk van tevoren vast kunnen leggen van vragen om verheldering, confrontaties en interpretaties én het feit dat veel vagere theoretische grootheden als identiteitsdiffusie, afweervormen en realiteitstoetsing centraal staan.

De betrouwbaarheid van interviews wordt gemeten via het inschakelen van meerdere beoordelaars en vervolgens wordt nagegaan in welke mate zij overeenstemmen in hun beoordelingen. Globaal ligt het percentage overeenstemming tussen beoordelaars voor wat betreft het toedelen van patiënten aan diagnostische categorieën tussen de 50 en 70 (Beck, Ward, Mendelson, Mock en Erbaugh 1962; Kreitman, Sainsbury, Morrissey, Towers en Scrivener 1961). Overeenstemming ligt bij organische stoornissen doorgaans hoger dan bij psychische stoornissen. Binnen de psychische stoornissen zijn psychosen door-

gaans gemakkelijker te identificeren dan neurosen en persoonlijkheidsstoornissen.

Tot nu toe bleef het onderzoek met betrekking tot het structurele interview beperkt tot het vergelijken van dit interview met andere diagnostische methoden zoals Gundersons DIB. Hierbij stond de vraagstelling centraal hoeveel overeenstemming er bestond tussen het structurele interview en andere diagnostische methoden (Carr e.a. 1979; Kernberg e.a. 1981; Nelson e.a. 1985). Tevens is er een pilot-study gepubliceerd waarin het structurele interview werd geanalyseerd (Bauer e.a. 1980).

De studies die tot nu toe zijn verschenen liggen op het vlak van de validiteit. De betrouwbaarheid bleef nog onderbelicht. In dit verslag beschrijven we een tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek van het structurele interview bij 37 ambulante en opgenomen patiënten.

Onze vraagstellingen waren de volgende:

1. Is het mogelijk patiënten met behulp van de criteria van Kernberg te onderscheiden naar de drie klassen (neurose, borderline, psychose)?
2. Hoe hoog is de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid die we met dit interview kunnen bereiken?

Materiaal en methode

Het probleem van de observatorovereenstemming (Kendell 1975) was voor ons belangrijk omdat er in Nederland geen ervaring met het interview in kwestie was. Een moeilijkheid is dat abstracte grootheden (structuur van het ego, identiteitsdiffusie, etc.) overheersen in de theorie en techniek van het structurele interview die ver verwijderd lijken van de symptomatologie van een concrete patiënt. Dit riep voor ons de vraag op of we, als klinici met sterk uiteenlopende achtergrond, oriëntatie en ervaringsjaren, in staat zouden zijn het met elkaar eens te worden: J.D., klinisch psycholoog, is psychoanalytisch opgeleid en heeft 10 jaar klinische ervaring, J.H. was destijds arts-assistent in opleiding tot psychiater, J.B. klinisch psycholoog, is client-centered psychotherapeut en heeft meer dan 10 jaar klinische ervaring.

Patiënten – We kozen ervoor om in deze studie zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de klinische praktijk op een afdeling en polikliniek psychiatrie van een academisch ziekenhuis. De populatie die we onderzochten is vooraf niet geselecteerd op allerlei, voor experimenteel onderzoek relevante, kenmerken. Dit hield in dat we ook patiënten onderzochten die psychofarmaca gebruikten en dat geen eisen aan het intelligentieniveau werden gesteld. Deze factoren bemoeilijken de afneming van het structurele interview (Derksen 1986). Gedurende een periode van zes maanden hebben we patiënten onderzocht van zowel de polikliniek psychiatrie ($n = 19$) als de afdeling psychiatrie ($n = 18$). Uiteindelijk onderzochten we 20 mannen en 17 vrouwen in een leeftijd variërend van 17 tot 50 jaar. Op deze manier zijn er naar onze me-

ning voldoende garanties dat de onderzochte patiënten een afspiegeling zijn van de populatie (zogenaamde representativiteit) patiënten die zich bij polikliniek en kliniek psychiatrie melden.

Procedure van dataverzameling en beoordeling – Voordat we begonnen met dit onderzoek hebben we de relevante literatuur bestudeerd die Kernberg over de structurele diagnostiek en het structurele interview heeft gepubliceerd. Het interview zelf werd door ons in zoverre gestructureerd dat we het verdeelden in vier stappen (Derksen 1986); elke stap begint met een of meer vragen. De erop volgende interventies zijn afhankelijk van het verloop van de interactie. Vervolgens hebben we interviews afgenomen bij vijf patiënten. Deze op videoband vastgelegde interviews hebben we gezamenlijk bestudeerd.

Op de polikliniek is nagegaan of de nieuw aangemelde patiënt bereid was mee te werken aan het onderzoek. Dit werd aan de patiënten gevraagd tijdens het intake-gesprek met een van de stafleden van de polikliniek. Bij de opgenomen patiënten werd door de betreffende stafleden aan de patiënten gevraagd of ze mee wilden werken.

Elke patiënt werd geïnterviewd door één van ons: A, B of C. In het geval dat A interviewde, observeerde B (of C; dit gebeurde afwisselend met als doel elke combinatie even vaak voor te laten komen) en B kreeg aan het einde van het gesprek de mogelijkheid nog enkele aanvullende vragen te stellen en interventies te plegen. Na elk interview beoordeelden A en B onafhankelijk van elkaar de patiënt op verschillende categorieën aan de hand van een door ons geconstrueerde checklist (zie tabel 1). De kernvraag was of de patiënt aan een van de volgende categorieën kon worden toegewezen: neurotisch (N), borderline (B), psychotisch (P), onduidelijk (O). De beoordelingen van A en B werden vervolgens vergeleken en bij divergentie werd er een beoordeling op basis van consensus tussen A en B gemaakt (Consensus X). Het interview werd steeds vastgelegd op een videoband. C beoordeelde de videoband. Na afloop van alle interviews werden alle beoordelingen met elkaar vergeleken en kwamen we weer, indien noodzakelijk, tot een consensus (Consensus Y). Meestal was dit dan nadat we nogmaals met ons drieën naar de videoband hadden gekeken. A, B en C wisselden elkaar af in de rol van interviewer, observator en beoordelaar op basis van de video volgens het volgende schema: A met B, A met C, B met A, B met C, C met A, C met B. We waren niet op de hoogte van de klinische diagnoses en onbekend met de patiënten die deelnamen. Samenvattend: er zijn twee categorieën patiënten (kliniek psychiatrie, polikliniek psychiatrie); mannen en vrouwen; twee meetmethoden (in vivo en video); drie beoordelaars (A, B, C) die in rol wisselden.

Methode van analyse – De beste overeenstemmingsmaat die momenteel gebruikt kan worden in dit type onderzoek is Cohens Kappa (1960; zie hiervoor ook Popping 1983). Als definitie geeft Cohen (1960, p. 40): Kappa is 'the proportion of agreement after chance agreement is removed from consideration'. Bij een maximale overeenstemming is

Tabel 1: Scoring van het structurele interview

Realiteitstoetsing:

- a. psychotische symptomen in de zin van wanen/hallucinaties,
ja/nee/o – indien ja: bezorgd ja/nee/o
- b. aanwezigheid van inadequaaf of bizarre
 1. affect ja/nee/o – indien ja: bezorgd ja/nee/o
 2. gedachten-
inhouden ja/nee/o – indien ja: bezorgd ja/nee/o
 3. gedrag ja/nee/o – indien ja: bezorgd ja/nee/o
- c. empathie met sociale criteria van de werkelijkheid
ja/nee/o
- d. direct verbeteren van functioneren bij het interpreteren van afweermeechanismen
ja/nee/o

o = onbeslist

Afweermeechanismen:

- a. primitieve afweermeechanismen
 1. splijting ja/nee/o
 2. projectieve identificatie ja/nee/o
 3. primitieve idealisatie ja/nee/o
 4. onnipotentie/devaluatie ja/nee/o
 5. loochening ja/nee/o
- b. ontwikkelde afweermeechanismen
 1. rationalisatie ja/nee/o
 2. projectie ja/nee/o
 3. sublimatie ja/nee/o
 4. ontkenning ja/nee/o
 5. isolatie van het affect ja/nee/o
 6. reactievorming ja/nee/o
 7. overige ja/nee/o

Identiteit:

- a. de interviewer kan zich een geïntegreerd beeld vormen van en kan zich in-voelen met het beeld dat de patiënt van zichzelf geeft
ja/nee/o
- b. de interviewer kan zich een geïntegreerd beeld vormen van en kan zich in-voelen met het beeld dat de patiënt geeft van voor hem belangrijke anderen
ja/nee/o

Conclusie:

Er is sprake van een persoonlijkheidsorganisatie in de zin van

- a. neurotische
- b. borderline
- c. psychotische
- d. onbeslist

de Kappa-waarde 1. Landis en Koch (in Popping 1983) geven de volgende vuistregel als antwoord op de vraag wanneer de gevonden waarde van Kappa voldoende hoog is: <0.00 = 'poor', $0.00 - .40$ = 'slight', $.21 - .40$ = 'fair', $.41 - .60$ = 'moderate', $.61 - .80$ = 'substantial', $.81 - 1.00$ = 'almost perfect'. In dit onderzoek hebben we de gewogen Kappa (Kw) gebruikt om tot uiting te brengen dat wanneer beoordelaar A een patiënt toewijst aan de categorie psychose en beoordelaar B aan de categorie neurose dit sterker afwijkt dan de rest van de mogelijke verschil-

Tabel 2: Structurele diagnoses van 37 patiënten

patiënt		structurele diagnoses				
Nr.	Sekse	Inter. I	Obser. II	Cons. X	Video III	Cons. Y
1.	Man	N	N	N	N	N
2.	Man	O	B	O	N	N
3.	Man	N	B	B	B	B
4.	Vrouw	O	O	O	P	P
5.	Man	N	O	N	N	N
6.	Man	O	N	B	N	N
7.	Man	B	B	B	B	B
8.	Man	N	N	N	N	B
9.	Man	N	N	N	N	N
10.	Vrouw	N	B	N	O	N
11.	Man	N	N	N	N	N
12.	Man	N	O	O	O	O
13.	Man	N	N	N	N	N
14.	Vrouw	N	N	N	N	N
15.	Vrouw	O	N	B	N	N
16.	Man	B	B	B	B	B
17.	Man	B	O	B	B	B
18.	Man	N	N	N	N	N
19.	Vrouw	P	B	P	P	P
20.	Man	B	B	B	B	B
21.	Man	N	N	N	N	N
22.	Vrouw	P	P	P	P	P
23.	Man	P	P	P	P	P
24.	Vrouw	B	N	B	B	B
25.	Man	B	B	B	B	B
26.	Vrouw	B	N	O	B	B
27.	Man	N	N	N	N	N
28.	Vrouw	B	B	B	B	B
29.	Vrouw	B	B	B	B	B
30.	Vrouw	B	B	B	B	B
31.	Vrouw	P	B	P	P	P
32.	Man	N	N	N	N	N
33.	Vrouw	P	P	P	N	O
34.	Vrouw	O	B	B	O	B
35.	Vrouw	B	B	B	B	B
36.	Vrouw	B	P	P	P	P
37.	Vrouw	P	P	P	P	P

len. Bij niet-overeenstemming op deze wijze werd als gewicht een 2 toegekend.

Resultaten

Tabel 2 toont de structurele diagnoses bij 37 patiënten op basis van drie onafhankelijke beoordelaars (I, II, III) en twee consensusbeoordelingen (X en Y).

Tabel 3 laat de uiteindelijke consensusdiagnosen, onderscheiden naar geslacht, zien. Hierbij valt op dat er verhoudingsgewijs meer mannen als neurotisch en meer vrouwen als psychotisch werden gediagnosticeerd.

Tabel 3: Consensus Y en verdeling naar geslacht

	N	B	P	O	
Man (n = 20)	11 55%	7 35%	1 5%	1 5%	20 (100%)
Vrouw (n = 17)	3 18%	7 41%	6 35%	1 6%	17 (100%)
	15	13	7	2	37

In 21 van 37 gevallen (57%) is er overeenstemming tussen interviewer, observator en video. Vergelijken we de interviewer met de observator, dan kunnen we constateren dat de overeenstemming 62% is. De gewogen Kappa voor interviewer en observator is .53. Interviewer en de beoordeling op basis van de video stemmen in 75,6% van de gevallen overeen (Kw = .68). De overeenstemming tussen observator en video is 70%, (Kw = .60). Ten slotte vergelijken we de consensus X met de video-beoordeling. Hier is een overeenstemming van 78% (Kw = .71).

Tabel 4 laat consensus Y zien in vergelijking met de klinische diagnoses.

Tabel 4: Consensus Y vergeleken met de klinische diagnoses

Patiënt	Cons. Y	klinische diagnose
1.	N	depressief toestandsbeeld bij neurasthene man
2.	N	afhankelijke, weinig ontwikkelde persoonlijkheid met angstig-depressief beeld
3.	B	depressief toestandsbeeld bij neurotische man met enkele sociopathische trekken
4.	P	vitale depressie bij een heimweereactie (emigratie) en relatieproblematiek
5.	N	psychasthene man met passief-agressieve persoonlijkheidskenmerken

- | | | |
|-----|---|--|
| 6. | N | psychogene pijnklachten bij neurotische man met autoriteitsconflicten |
| 7. | B | geen duidelijke diagnose, mogelijk atypische temporale epilepsie |
| 8. | N | diffuse angst en depressief toestandsbeeld bij neurotische man met afhankelijkke en narcistische persoonlijkheidskenmerken |
| 9. | N | paniekaanvallen met hyperventilatie bij neurotische man die in sociale sfeer vastloopt |
| 10. | N | paniekaanvallen en fobische klachten bij een dwangneurotische vrouw |
| 11. | N | neurotische man met negatieve faalangst en assertiviteitsproblemen |
| 12. | O | geen diagnose bekend |
| 13. | N | depressief toestandsbeeld bij neurotische persoonlijkheid |
| 14. | N | recidiverende, depressieve perioden bij neurotische persoonlijkheid |
| 15. | N | neurotische ontwikkelingsgang |
| 16. | B | neurotische problematiek zich uitend in subassertief gedrag, psychasthene man met zwakke individuatie |
| 17. | B | depressief toestandsbeeld bij neurotische man, somatisch: mogelijk endocrinologische stoornis |
| 18. | N | depressief toestandsbeeld geluxeed door organisch-cerebraal lijden |
| 19. | P | psychotische decompensatie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis |
| 20. | B | dreigende desintegratie en alcoholmisbruik bij jongeman met borderline-persoonlijkhedsstructuur |
| 21. | N | angsttoestand bij een neurotische jongeman met een paranoïde instelling en narcistische problematiek |
| 22. | P | psychotische depressie, schizofrenie |
| 23. | P | psychotische depressie, schizoaffectieve psychose, schizofrenie |
| 24. | B | neurotische depressie bij een vrouw met impulsdoorbraken |
| 25. | B | organisch psychosyndroom, neurastheen syndroom bij kwetsbare man met persoonlijkheidsstoornis |
| 26. | B | identiteitsproblemen bij vrouw met ernstig psychotraumatisch verleden en reactief meerdere tentamina suicidii |
| 27. | N | angst- en paniekaanvallen bij neurotische man met neurotische ontwikkelingsgang en onvoldoende separatie |
| 28. | B | psychogene pijnstoornis en conversief beeld bij jonge vrouw met neurotische ontwikkelingsgang |
| 29. | B | borderline-persoonlijkheidsstoornis |
| 30. | B | hysterische persoonlijkheidsstoornis |
| 31. | P | bipolaire affectieve stoornis met geagiteerd hypomaan toestandsbeeld, sociaal onaangepast gedrag en contactstoornissen |

32.	N	ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, geen majeure psychiatrische stoornissen
33.	O	hypochondrisch depressief syndroom met psychotische kenmerken naar aanleiding van faseproblematiek bij een jonge vrouw met een karakterneurotische ontwikkeling met preoedipale kenmerken
34.	B	depressie, multiële psychotraumata bij ik-zwakke vrouw, agressie komt tot catharsis
35.	B	psychotische decompensatie met catatonie verschijnselen, schizofrenie?
36.	P	depressieve periode van manisch-depressieve psychose, vitaal depressief beeld als gevolg van een organische factor
37.	P	desintegratietoestand met bipolair karakter bij ik-zwakke vrouw met dwangmatige persoonlijkheidsstructuur

Zoals tabel 4 aangeeft zijn de diagnoses van 35 patiënten bekend. Deze diagnoses zijn soms gesteld op basis van een intake-gesprek en andere keren, met name bij de opgenomen patiënten, op basis van langerdurend contact. De terminologie is niet erg consistent en we kunnen niet van DSM-III- of ICD-9-diagnosen spreken. Reduceren we de klinische diagnoses tot de drie categorieën (neurose, borderline en psychose), dan kunnen we constateren dat in 23 van de 35 gevallen overeenstemming bestaat (66%). In 9 van de 12 resterende gevallen leidt de structurele diagnose tot borderline-stoornis, terwijl de klinische diagnose hier op een complex (neurotisch) beeld en/of op een persoonlijkheidsstoornis lijkt te wijzen.

Discussie

Met het oog op de eerste vraagstelling kunnen we constateren dat in twee gevallen de consensus Y-diagnose onduidelijk was. In de andere 35 gevallen bleek het mogelijk te zijn een structurele diagnose te stellen. Onze ervaring was dat deze patiënten heel goed te plaatsen waren in de drie klassen: neurose, borderline en psychose. In een van de twee onduidelijke gevallen ontbrak ook de klinische diagnose.

In 25 van de 37 gevallen bleek overeenstemming te bestaan tussen de klinische diagnoses en de consensus Y-diagnose. In 9 van de 12 gevallen waarin geen overeenstemming werd bereikt, blijkt deze laatste diagnose die van borderline-stoornis te zijn. Dit suggereert dat er plaats is voor de borderline-stoornis als zelfstandige categorie. In dit onderzoek valt op dat de klinische diagnose, die rivaliseert met de diagnose borderline op basis van het structurele interview, vaak een tamelijk complexe beschrijving vergt en ook een aanwijzing bevat of lijkt te bevatten voor een persoonlijkheidsstoornis.

Betreffende de incidentie: 35% van de populatie ambulante en klinische psychiatrische patiënten was volgens onze criteria borderline. Gunderson en Kolb (1978) en Kroll (e.a. 1981) meldden met behulp van de DIB 30%. Aangezien zij alleen opgenomen patiënten onderzochten lopen deze percentages niet ver uiteen. Derksen (1987) onderzocht in Nederland 83 patiënten (van wie 63 opgenomen) met de door hem vertaalde DIB en komt op een percentage van 28 borderline-patiënten.

Voor wat betreft de tweede vraagstelling (de tussenbeoordelaars-overeenstemming) kunnen we over een redelijk positief resultaat spreken. De sterkte van de overeenstemming tussen de beoordelaren varieert van 'moderate' tot 'substantial'. Ter vergelijking kan hier Rooijmans (1987) worden geciteerd die de volgende herberekeningen voor de meest geciteerde betrouwbaarheidsstudies vermeldt: voor organische beelden lagen de Kappa-waarden tussen de .44 en .77, voor functionele psychosen rond de .55 en voor neurosen en persoonlijkheidsstoornissen tussen de .32 en .53.

Opvallend is dat de beoordeling van de observator het minst overeenstemt met die van de anderen. De interviewer oefent een zeer complexe taak uit en beoordeelt tegelijkertijd toch meer in overeenstemming met consensus en video. Zoals te verwachten zijn consensus X en video het meest in overeenstemming: de eerste profiteert van het overleg (twee zien en weten meer dan één) en degene die beoordeelde op basis van de video weet zich in een comfortabele positie waarin in alle rust nog een fragment kan worden teruggespoeld.

Consensus Y kunnen we, zoals meer gebeurt in de onderzoeksliteratuur op dit vlak, beschouwen als een 'Golden Standard', naar verwachting is dit de meest juiste beoordeling. Hiervoor geven we alleen de gewogen Kappa's van consensus Y met de rest: interviewer $K_w = .71$; observator $K_w = .67$; consensus X $K_w = .81$; video $K_w = .90$. Het overleg tussen interviewer en observator blijkt te resulteren in een hoge overeenstemming met de golden standard.

De divergentie tijdens de tweede helft van de reeks interviews blijkt minder sterk te zijn dan bij de eerste helft. Beperken we ons tot de Kappa-waarden van interviewer en observator met consensus Y, dan blijken deze voor de eerste reeks interviews (=eerste 19 patiënten) respectievelijk .53 en .53 te zijn, voor de tweede reeks patiënten .77 en .71. Het trainingseffect is dus aanzienlijk.

De gevallen waarin overeenstemming ontbrak (tussen consensus X en de video) kunnen nader worden geanalyseerd. Er zijn acht patiënten (nrs. 2, 4, 6, 10, 15, 26, 33, 34) waarin een uiteindelijke consensus moest worden gemaakt. Doordat de beoordelingen op basis van een en hetzelfde interview plaatsvonden zijn inconsistenties die de patiënt betreffen (zoals bij een andere interviewer ander materiaal presenteren of veranderen over tijd genomen) uitgesloten. Wel valt op dat de discrepantie in 6 van 8 gevallen een vrouw betreft en 5 van de 8 zijn patiënten van de polikliniek. De inconsistentie kan dan nog gelokali-

seerd worden bij de diagnostici (het anders wegen van symptomen en verschillend interpreteren van dezelfde pathologie) of bij het theoretisch kader van de structurele diagnostiek (b.v. te fijne onderscheidingen, niet heldere criteria). Op basis van de criteria alleen zouden we verwachten dat het onderscheid tussen psychose en borderline meer problemen zou moeten geven aangezien hier alleen de realiteitstoetsing differentieert. De neuroticus verschilt in twee opzichten van de borderline-patiënt: ontwikkelde in plaats van primitieve afweermechanismen en een geïntegreerde in plaats van een diffuse identiteit. Bij deze acht gevallen blijkt dat er slechts bij twee de diagnose psychose een rol speelt en het dus vooral moeilijk is de neurotische van de borderline-persoonlijkheid te onderscheiden. In deze gevallen komt ook naar verhouding vaak de categorie 'onduidelijk' voor. Hier speelt mogelijk zowel onervarenheid van de beoordelaars een rol als de noodzaak van meer verfijnde theoretische onderscheidingen tussen de borderline- en de neurotische organisatie. Er bestaan moeilijk te diagnosticeren grensgevallen die zowel primitieve als ontwikkelde afweermechanismen hanteren en waarvan het lastig is de identiteitsintegratie te beoordelen. Dat dit laatste inderdaad het geval is wordt ondersteund door onderzoek met betrekking tot Gundersons DIB waarbij ook het onderscheid tussen borderline en neurotische persoonlijkheidsstoornissen het moeilijkst blijkt te zijn. De hogere Kappa-waarden in de tweede reeks interviews zijn mogelijk voor een deel toe te schrijven aan het groter aantal psychotische en borderline-patiënten in deze reeks, in vergelijking met het hogere percentage neurotici in de eerste reeks interviews. We constateren de noodzaak van meer en/of betere criteria voor het maken van dit onderscheid.

In de praktijk blijkt dat de psychose zich doorgaans gemakkelijker laat differentiëren gezien de symptomatologie. Moeilijk vonden we dit bij patiënten die in het verleden psychotisch waren geweest, maar op het moment van onderzoek klinisch niet psychotisch waren. We hebben ons in die gevallen strikt gehouden aan de richtlijnen en de actuele persoonlijkheidsstructuur gediagnostiseerd. In deze gevallen lopen de klinische en de structurele diagnoses vaker uiteen.

Tegen de opzet van dit onderzoek kan worden ingebracht dat de observator en de beoordelaar op basis van de video, in hun observaties werden beïnvloed door de vragen die de interviewer stelde en op die manier gingen vermoeden in welke richting de interviewer dacht. Een vervolgonderzoek zou erin kunnen bestaan dat meerdere interviewers onafhankelijk van elkaar de patiënt onderzoeken en de diagnose stellen.

Het structurele interview stelt eisen aan verbale capaciteiten en intelligentie van de onderzochten, waarmee tevens de grenzen van dit diagnosticum zijn aangegeven. De door ons onderzochte populatie omvatte ook patiënten die verbaal zwak begaafd zijn, evenals patiënten afkomstig uit het buitenland die de Nederlandse taal niet goed beheersten.

Een meer uitgebreide en goed opgezette training in het structurele interview zal de betrouwbaarheid naar alle waarschijnlijkheid doen verhogen, waardoor deze interviewmethode een plaats binnen de psychodiagnostiek in Nederland zou verdienen.

Literatuur

- Bauer, S., H. Hunt, M. Gould, E. Goldstein (1980), Personality organization, structural diagnosis and the structural interview. *Psychiatry*, 43, 224-233.
- Beck, A., C. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh (1962), Reliability of psychiatric diagnoses: 2. A study of consistency of clinical judgements and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-357.
- Carr, A., E. Goldstein, E. Hunt, O. Kernberg (1979), Psychological tests and borderline patients. *Journal of Personality Assessment*, 43, 582-590.
- Cohen, J. (1980), A coefficient of agreement for nominal scales. *Education and Psychological Measurement*, 1, 37-46.
- Derksen, J. (1986), *Structurele diagnostiek van psychische stoornissen; neurose, borderline, psychose*. Baarn: Nelissen.
- Derksen, J. (1987), *Handleiding bij het Diagnostisch Interview voor Borderline Patiënten*. Lisse: Swets Test Service.
- Derksen, J., J. Hummelen, J. Bouwens (1988), Over structurele diagnostiek en het structurele interview. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 7, 445-460.
- Gunderson, J., J. Kolb (1978), Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- Kendell, R. (1975), *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Kernberg, O. (1975), *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1977), The structural diagnosis of borderline personality organization. In: P. Hartscollis (red.), *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. (1980), The Development of Intrapsychic Structures in the Light of Borderline Personality Organization. In: S. Greenspan, G. Pollock, *The Course of Life: Psychoanalytic Contributions Toward Understanding Personality Development*, Vol. III, 349-366.
- Kernberg, O. (1981), Structural Interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 4, 1, 169-195.
- Kernberg, O. (1984), *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O., E. Burstein, L. Coyne, A. Appelbaum, L. Horwitz, H. Voth (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-275.
- Kernberg, O., E. Goldstein, A. Carr, E. Hunt, S. Bauer, R. Blumenthal (1981), Diagnosing borderline personality: A pilot study using multiple diagnostic methods. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 225-231.
- Knight, R. (1953), Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- Kolb, J., J. Gunderson (1980), Diagnosing borderlines with a semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, 137, 37-41.

- Kreitman, N., P. Sainsbury, J. Morrissey, J. Towers, J. Scrivener (1961), The reliability of psychiatric assessment: an analysis. *Journal of Mental Science*, 107, 887-908.
- Kroll, J., L. Sines, K. Martin, S. Lari, R. Pyle, J. Zander (1981), Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1021-1026.
- Nelson, H., G. Tennen, A. Tasman, M. Borton, M. Kubeck, M. Stone (1985), Comparison of three systems for diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 141-150.
- Popping, R. (1983), *Overeenstemmingsmaten voor nominale data*. Meppel: Krips Repro.
- Rohde-Dachser, C. (1983), Het borderline-syndroom. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Rooijmans, H. (1987), Psychiatrische diagnostiek anno 1986; over DSM-III en andere ontwikkelingen. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*, 30, 1301-1306.
- Stern, A. (1938), Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

Schrijvers zijn respectievelijk klinisch psycholoog, werkzaam op de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de Universiteit van Nijmegen, en in de eerstelijns gezondheidszorg. Werkadres: Vakgroep Klinische Psychologie, Montessorilaan 3, Nijmegen; psychiater, werkzaam op 'De Venne', afdeling voor klinische psychotherapie van het Psychiatrisch Centrum De Wellen te Apeldoorn; destijds verbonden aan de afdeling psychiatrie van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen, en klinisch psycholoog, werkzaam op de afdeling psychiatrie en polikliniek psychiatrie van het St. Radboudziekenhuis, Geert Grooteplein Zuid 10 te Nijmegen.

Met dank aan dr. H.J. Duivenvoorden voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 18-7-'89.