



Handleiding **TeleScreen 5.0**



TeleScreen 5.0

Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders 5 Screener

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting.....	8
Veranderingen aan de hand van de DSM-5	10
1. Inleiding	11
2. Achtergronden van de TeleScreen	12
2.1. Kenmerken van e-diagnostiek.....	12
2.2. De ontwikkeling van de TeleScreen	13
2.3. Validiteitsonderzoek	14
2.4. Professionele en ethische aspecten	18
2.5. Mogelijkheden en beperkingen	18
2.6. Het instrument.....	20
3. Gebruikers van de TeleScreen	21
4. TeleScreen S.....	22
4.1. Algemene anamnese	22
4.2. Syndroomstoornissen	23
4.3. Indicaties van de TeleScreen S	24
4.4. Aanvullende indicaties	28
4.5. Notificaties.....	30
4.6. Afwezige indicaties.....	30
4.7. Afname en scoring	30
5. TeleScreen P	31
5.1. Algemeen	31
5.2. Indicaties van de TeleScreen P	31
5.3. Inhoud van de screening van persoonlijkheidsstoornissen.....	32
5.4. Afname en scoring	33
6. Verwijsmodel GGZ	35
7. Literatuur	37
Bijlage A. Items van de algemene anamnese	39
Bijlage B. Items van de screening syndroomstoornissen	40
Persisterende depressieve stoornis	40
Depressieve stoornis	40
Depressieve stoornis, in het verleden	41
Premenstruele stemmingsstoornis	41

Suicide.....	42
Bipolaire stoornis	42
Bipolaire stoornis, huidig	42
Bipolaire stoornis, in het verleden	43
Schizofrenie.....	43
ADHD.....	45
Autismespectrumstoornis	46
Sociale (pragmatische) communicatiestoornis	47
Stoornis van Gilles de la Tourette	48
Stoornis in alcoholgebruik	48
Afhankelijkheid van drugs (en andere middelen)	49
Anorexia Nervosa	50
Bulimia Nervosa / Eetbuistoornis.....	50
Somatisch-symptoomstoornis	51
Ziekteangststoornis	51
Seksuele stoornissen	52
Vertraagde ejaculatie.....	52
Voortijdige ejaculatie	52
Erectiestoornis.....	52
Hypoactief-seksueelverlangendoornis bij de man	52
Orgasmestoornis bij de vrouw	53
Seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij vrouw	53
Genitopelviënpijn-/penetratiestoornis	53
Genderdysforie	54
Parafiele stoornissen	54
Voyeurismestoornis	54
Exhibitionismestoornis.....	54
Frotteurismestoornis.....	55
Seksueel-masochismestoornis.....	55
Seksueel-sadismestoornis.....	55
Pedofilie	55
Fetisjisme	55
Transvestiestoornis	55
Slaapstoornissen	56
Insomnia	56

Hypersomnolentiestoornis	56
Circadianeritme-slaap-waakstoornissen.....	57
Non-rem-arousalstoornissen	57
Nachtmerriestoornis	57
Rustelozebenensyndroom.....	57
Periodieke explosieve stoornis	58
Normoverschrijdend-gedragstoornis - Met begin in de kindertijd	58
Normoverschrijdend-gedragstoornis - Met begin in de adolescentie.....	59
Gokstoornis	59
Pyromanie	60
Kleptomanie.....	60
Paniekstoornis	60
Agorafobie	61
Sociale fobie	62
Specifieke fobie	62
Gegeneraliseerde Angststoornis	62
Separatieangststoornis.....	63
Obsessieve Compulsieve stoornis	63
Morfodysfore stoornis	64
Verzamelstoornis.....	65
Trichotillomanie	65
Excoriatiestoornis	65
Posttraumatische-stressstoornis / Acute stressstoornis	65
Aanpassingsstoornis	67
Bijlage C. Items van de screening persoonlijkheidsstoornissen.....	68
Screenende items.....	68
Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis.....	69
Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis.....	69
Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis	70
Passief-agressieve-persoonlijkheidsstoornis.....	70
Depressieve-persoonlijkheidsstoornis	71
Histrionische-persoonlijkheidsstoornis	71
Narcistische-persoonlijkheidsstoornis	72
Borderline-persoonlijkheidsstoornis.....	72
Antisociale-persoonlijkheidsstoornis*	73

Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis	73
Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis	73
Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis	74
Bijlage D. Verwijscriteria HHM rapport.....	75
Bijlage E. Verwijsrichtlijnen	77

Voorwoord

E-health wint steeds meer terrein, ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Professionals worden uitgedaagd om hun traditionele rol onder de loep te nemen en andere vormen van zorg in hun werkwijze op te nemen. E-health is een goed bereikbare en goedkope variant op de vaak moeilijk toegankelijke en dure face-to-face contacten met een professional. Mensen die vanwege geografische of financiële omstandigheden niet in staat waren te profiteren van professionele hulp krijgen nu de mogelijkheid om via het internet alsnog die hulp te ontvangen.

Een bijzondere vorm van e-health is e-diagnostiek. Ook daar zijn de efficiencyvoordelen evident. E-diagnostiek maakt niet alleen gebruik van de voordelen van computergestuurd psychodiagnostisch onderzoek (met behulp van vragenlijsten en psychologische tests), maar ook van de mogelijkheden voor het toepassen van gestandaardiseerde beslisregels bij de diagnostische hypothesevorming, zorgindicering en behandelplanning. Gestandaardiseerde beslisregels dragen bij tot het vergroten van de betrouwbaarheid van deze drie essentiële facetten van de behandeling. Web-based afname voegt daaraan toe dat de patiënt in zijn eigen tijd, vanaf elke locatie (mits verbonden met het internet) en op elk moment, diagnostische vragenlijsten en tests kan invullen.

Embloom is er trots op aan deze belangrijke ontwikkeling in de zorg bij te mogen dragen. Zowel de ontwikkeling van de TeleScreen, een instrument voor ggz-diagnostiek op afstand, als de ontwikkeling van onze ROM-portal voor de monitoring van de behandeloutcome mogen zich verheugen in een groeiende en inspirerende belangstelling, zowel in Nederland als daarbuiten.

De noodzaak voor het samenstellen van een handleiding voor de TeleScreen werd hierdoor steeds groter. In deze handleiding wordt de stand van zaken rond de TeleScreen weergegeven. Gezien de ontwikkelingen - niet alleen maatschappelijk, maar ook op het gebied van psychometrisch onderzoek - zullen meerdere versies volgen. Wij houden u op de hoogte.

De afgelopen jaren hebben verschillende professionals en instanties bijgedragen aan de ontwikkeling van de TeleScreen, waaronder Stichting Robuust, Maastricht University, verscheidene GGZ-instellingen en praktijken, huisartsen en natuurlijk de medewerkers van Embloom. Wij zijn al deze mensen zeer dankbaar voor hun hulp. Ook de gebruikers hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het verbeteren van de TeleScreen door het delen van hun ervaringen met de ontwikkelaars. Wij zijn blij met elke feedback, positief of negatief, omdat we daarvan kunnen leren en de TeleScreen verder kunnen ontwikkelen tot een instrument waarmee de zorg beter en goedkoper kan worden, en beschikbaar blijft voor iedereen die zorg nodig heeft.

Marco Essed

Directeur Embloom

Samenvatting

De TeleScreen is een zelfrapportagevragenlijst gericht op de screening van patiënten met een GGZ-hulpvraag. Het doel van het instrument is om door middel van een laagdrempelige screening de aard en ernst van de klachten gestructureerd in kaart te brengen. De TeleScreen is bedoeld ter ondersteuning van de diagnostiek en zorgindicering binnen de huisartsenzorg en in de GGZ. De TeleScreen is opgebouwd uit twee modules die naast elkaar kunnen worden ingezet, de TeleScreen S en TeleScreen P. De TeleScreen S bestaat uit een algemene anamnese en screening van syndroomstoornissen en problemen die een reden kunnen zijn voor zorg (de voormalige As-I). De TeleScreen P richt zich op de screening van de persoonlijkheidsstoornissen.

De TeleScreen brengt de actuele zorgbehoefte - de problemen waarvoor de patiënt hulp zoekt, of waarvoor de patiënt is verwezen - in kaart. De aanwezigheid van medische, psychosociale en omgevingsproblemen wordt uitgevraagd, omdat deze problemen een belangrijke rol kunnen spelen in het ontstaan of voortbestaan van psychische stoornissen. In navolging van gestructureerde interviews, zoals de SCID-S en de MINI 500, worden stapsgewijze groepen van klinische stoornissen uit de DSM-5 uitgevraagd. De screening voor persoonlijkheidsstoornissen is opgebouwd rond de 10 persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-5, alsmede de andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (depressieve en passief-agressieve). De TeleScreen is adaptief, dat wil zeggen dat wanneer de patiënt niet voldoet aan de ingangscriteria voor een specifieke indicatie, de vervolgvragen worden overgeslagen en de vragenlijst verder gaat naar het volgende onderwerp. Hierdoor kan de afnametijd van de TeleScreen, ondanks de reikwijdte, kort gehouden worden.

De TeleScreen bestaat in totaal uit 863 vragen over de DSM-5 criteria. Vanwege het adaptieve karakter van de vragenlijst ligt het aantal vragen dat moet worden beantwoord in de praktijk veel lager. Gemiddeld beantwoordt een patiënt 250 vragen. Dit neemt ongeveer 30-45 minuten in beslag. De vragen worden beantwoord met Ja/Nee, Juist/Onjuist, multiple choice of een open eind antwoordformat.

Scoring is volledig geautomatiseerd. Wanneer een patiënt voldoet aan de criteria voor een bepaalde stoornis genereert de applicatie de betreffende DSM-5 classificatie. Het gaat hierbij niet om een definitieve DSM-5 classificatie, maar om een indicatie voor een mogelijke classificatie. Met behulp van de aldus verkregen informatie worden indicaties gegenereerd over syndroomstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en andere gebieden die reden kunnen zijn voor zorg. De indicaties uit de TeleScreen dienen getoetst te worden aan andere bronnen van klinische informatie. Op basis van de indicaties genereert het systeem een echelonadvies.

Bij de scoring wordt onderscheid gemaakt in primaire en secundaire indicaties, aanvullende indicaties en notificaties. Secundaire indicaties zijn indicaties voor bijkomende stoornissen die (waarschijnlijk) het gevolg zijn van de primaire diagnose, zoals bijvoorbeeld een verminderd seksueel verlangen het gevolg kan zijn van een depressieve stoornis. Aanvullende indicaties betreffen informatie over psychopathologie die niet bij het toestandbeeld genoteerd wordt, maar belangrijk kan zijn voor de casusconceptualisatie, zoals paniekaanvallen of dagelijks middelengebruik. In het geval van suïcidegevaar of een mogelijke psychotische stoornis genereert de TeleScreen notificaties welke, indien de gebruiker beschikt over de aanvullende instellingen binnen de Embloom-applicatie, tevens per e-mail kunnen worden verstuurd aan daartoe aangewezen personen.

De TeleScreen kan stoornissen indiceren behorend bij onderstaande hoofdcategorieën:

Syndroomstoornissen

- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
- Bipolaire-stemmingsstoornissen
- Stemmingsstoornissen
- Angststoornissen
- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen
- Voedings- en eetstoornissen
- Slaap-waakstoornissen
- Seksuele disfuncties
- Genderdysforie
- Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen
- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
- Persoonlijkeitsstoornissen
- Parafiele stoornissen
- Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (relatieproblemen, rouwreactie, identiteitsprobleem, acculturatieprobleem, levensfaseprobleem)

Persoonlijkeitsstoornissen

- Schizoïde-persoonlijkeitsstoornis
- Paranoïde-persoonlijkeitsstoornis
- Schizotypische-persoonlijkeitsstoornis
- Antisociale-persoonlijkeitsstoornis
- Borderline-persoonlijkeitsstoornis
- Histrionische-persoonlijkeitsstoornis
- Narcistische-persoonlijkeitsstoornis
- Vermijdende-persoonlijkeitsstoornis
- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- Dwangmatige-persoonlijkeitsstoornis
- Passief-agressieve-persoonlijkeitsstoornis
- Depressieve-persoonlijkeitsstoornis

Het invullen van de TeleScreen neemt gemiddeld 30-45 minuten in beslag, afhankelijk van de hoeveelheid klachten en problemen die de patiënt rapporteert.

Veranderingen aan de hand van de DSM-5

Bij de overstap van DSM-IV naar DSM-5 werd de DSM-IV TeleScreen gebruikt als basis en werden stoornissen aangepast, verwijderd of toegevoegd naar aanleiding van vernieuwingen in de DSM-5. De assenstructuur wordt losgelaten bij de DSM-5 en de termen zoals As-I, As-II, etc. zijn verwijderd. De structuur van het assensysteem is aangehouden zodat de informatie over syndroomstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en andere klinische relevante informatie overzichtelijk wordt aangeboden. Daarnaast is bij de overgang van de DSM-IV naar DSM-5 de GAF-systematiek losgelaten en vervangen door de WHODAS 2.0 vragenlijst. Binnen de GAF-systematiek werd de clinicus gevraagd om een algemene inschatting te maken van de lijdensdruk en het niveau van functioneren van de patiënt. Het systeem leidde in de praktijk echter tot grote verschillen tussen clinici en werd gezien als onvoldoende betrouwbaar. De WHODAS 2.0 is niet opgenomen als onderdeel van de TeleScreen. Dit omdat het globaal niveau van functioneren onvoldoende bijdraagt aan het verwijfsadvies om de toevoeging van de 36 vragen waaruit de WHODAS 2.0 bestaat te rechtvaardigen. Het verwijfsadvies wordt nu bepaald aan de hand van de zorgzwaarte van de indicaties en notificaties.

1. Inleiding

Voor u ligt de handleiding van de TeleScreen. Doel is de gebruiker bekend te maken met de mogelijkheden van het instrument en behulpzaam te zijn bij het praktische gebruik daarvan. De handleiding voorziet niet in algemene psychodiagnostische kennis, maar in het verbinden van deze kennis met een wezenlijk andere vorm van diagnostiek dan tot nu toe gebruikelijk in de GGZ. Informatie wordt verzameld door een applicatie, die deze informatie vervolgens automatisch verwerkt en samenvat in hypothesen. Deze hypothesen - of indicaties voor mogelijke stoornissen - dienen te worden getoetst, gecorrigeerd en/of aangevuld in een persoonlijk contact met de patiënt. Deze persoonlijke nuancering door de patiënt van de digitaal gegenereerde indicaties vormt een belangrijke aanvulling op de e-diagnostiek.

In de eerste drie hoofdstukken van de handleiding wordt ingegaan op de kenmerkende aspecten van e-diagnostiek en de wijze waarop de applicatie hiermee rekening houdt.

In de hoofdstukken 4 en 5 wordt de inhoud en afname van de verschillende (deel)instrumenten van de TeleScreen beschreven.

2. Achtergronden van de TeleScreen

2.1. Kenmerken van e-diagnostiek

E-diagnostiek maakt gebruik van tests en vragenlijsten binnen een webapplicatie. Gestructureerde interviews verhogen de betrouwbaarheid en validiteit van het psychiatrisch onderzoek aanmerkelijk, maar worden niet altijd ingezet in verband met de forse tijdsinvestering die ze vragen. Afname met behulp van de computer kan de diagnosticus veel kostbare tijd besparen. Met de popularisering van het internet is een volgende stap gezet in de geautomatiseerde afname en in de huidige tijd waarin budgets in de geestelijke gezondheidszorg sterk onder druk staan, lijkt de inzet van e-diagnostiek binnen de GGZ onvermijdelijk. Zeker wanneer het gaat om screenend onderzoek in het kader van de zorgindicering behoort e-diagnostiek tot de meest kosteneffectieve en gebruiksvriendelijke vormen van diagnostiek.

In het algemeen stellen mensen zich zeer openhartig op tijdens het invullen van online tests. Er is een groot aantal onderzoeken waaruit blijkt dat mensen geneigd zijn meer informatie over zichzelf prijs te geven aan een computer dan aan een persoon (Davis, 1999; Joinson & Buchanan, 2001; Wallace, 1999). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen zich anoniem wanen bij het invullen van online onderzoek, en daardoor de tests minder sociaal wenselijk en meer openhartig invullen dan ze geneigd zijn te doen bij een paper-and-pencil versie van dezelfde test (Joinson, 1999). Of die openhartigheid ook geldt voor patiënten wiens identiteit bekend is bij de e-diagnosticus, is niet wetenschappelijk onderzocht. Buchanan (2000, 2001) wees al meer dan een decennium geleden op de noodzaak voor onderzoek naar de 'openhartigheidshypothese', dat is, naar het verschijnsel dat patiënten geneigd zijn op online vragenlijsten een grotere mate van zelfonthulling te laten zien. De ervaring bij Embloom wijst in die richting.

Door Maastricht University is onderzoek gedaan naar de acceptatie van e-diagnostiek in het kader van de ggz-triage door huisartsen en ggz-praktijkondersteuners. Deze feasibility study heeft aangetoond dat zowel patiënten als hulpverleners enthousiast zijn over het gebruik van e-diagnostiek.

2.2. De ontwikkeling van de TeleScreen

In 2010 werd door Embloom een begin gemaakt met de ontwikkeling van een internetapplicatie ten behoeve van triagediagnostiek door de huisarts. Onder triagediagnostiek wordt verstaan: een vorm van screenende diagnostiek bij mensen met psychische klachten en problemen, gericht op het formuleren van hypothesen over mogelijke psychische stoornissen en het inschatten van de zorgbehoefte van de patiënt. Het instrument dat bij de triagediagnostiek ingezet zou worden, diende geschikt te zijn voor gebruik via het internet door verschillende groepen patiënten.

Voor de ontwikkeling van de TeleScreen DSM-IV werd een aantal van de gangbare instrumenten uit de psychiatrische en psychologische onderzoekspraktijk beoordeeld op hun bruikbaarheid voor triagediagnostiek via het internet. Het ging daarbij niet uitsluitend om zelfrapportage-instrumenten, maar ook om gestructureerde interviews en psychologische tests. Er werd besloten om voor het onderzoek naar de psychiatrische toestandsbeelden de MINI 500 en de SCID-I als inspiratiebron te gebruiken. Aan de hand van de DSM-IV werden vragen geformuleerd die geschikt zijn voor gebruik bij e-diagnostiek. Voor de persoonlijkheidsstoornissen en -trekken werd aan de hand van de kenmerken van de As-II stoornissen van de DSM-IV een lijst ontwikkeld met beweringen over de persoonlijkheid. Voor het in kaart brengen van de psychosociale stress (As-IV problematiek) werd een vragenlijst ontwikkeld met open vragen over een aantal vaste onderwerpen. Op deze wijze wordt door middel van de TeleScreen navraag gedaan naar psychiatrische symptomen nu en in het verleden, naar persoonlijkheidsproblemen, naar de medische status en ontregelende situaties nu en in het verleden, en naar het algemeen niveau van functioneren (persoonlijk, maatschappelijk en beroepsmatig) nu en in het afgelopen jaar.

Bij de overstap van DSM-IV naar DSM-5 werd de DSM-IV TeleScreen gebruikt als basis en werden stoornissen aangepast, verwijderd of toegevoegd naar aanleiding van vernieuwingen in de DSM-5. De assenstructuur wordt losgelaten bij de DSM-5 en de termen zoals As-I, As-II, etc. zijn verwijderd. De structuur van het assensysteem is aangehouden zodat de informatie over syndroomstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en andere klinische relevante informatie overzichtelijk wordt aangeboden.

2.3. Validiteitsonderzoek

Onderzoek naar eerdere versies van de TeleScreen

In de afgelopen jaren hebben Maastricht University en de Universiteit van Twente onderzoek verricht naar onder andere de validiteit van de TeleScreen, destijds de versie gebaseerd op de DSM-IV. Het onderzoek vond plaats binnen een huisartsenpopulatie en binnen een populatie mensen met persoonlijkheidsstoornissen in de Specialistische GGZ. De belangrijkste resultaten vindt u in de digitale versie van het [proefschrift](#) van dr. Ies Dijkman, genaamd 'TeleScreen as a novel internet-based tool for classifying mental disorders presented in primary care' (Dijkman, 2018).

Uit dit onderzoek bleek dat het echelonadvies adequaat werd ingeschat door de TeleScreen. De meeste klinische stoornissen werden correct herkend en uitgesloten. Ook kon het systeem de afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis bepalen. Voor een aantal psychische stoornissen genereert het systeem echter teveel fout positieve en fout negatieve classificaties. Een zorgprofessional is derhalve nodig om de resultaten te interpreteren en het aantal fout positieven en fout negatieven te reduceren (Dijkman, Dinant, & Spigt, 2016).

Onderzoek naar de TeleScreen 5.0

In 2017 is de TeleScreen vernieuwd en aangepast op basis van de DSM-5. Er heeft er dan ook opnieuw validatieonderzoek plaatsgevonden. Om meer te weten te komen over de onderzoeksmethoden en de discussie van de resultaten verwijzen wij u naar de originele artikelen, te vinden in het proefschrift van dr. Dijkman. Om de validiteit van de TeleScreen 5.0 te onderzoeken werden routinematig verzamelde uitslagen van 480 patiënten van Limburgse huisartsenpraktijken vergeleken met het oordeel van een psycholoog na een telefonisch consult.

De exclusiecriteria voor het uitgevoerde onderzoek waren:

- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Een cognitieve beperking of vermoeden daarvan
- Beperkte realiteitstoetsing
- Te hoge complexiteit van de casus

Resultaten per stoornis

De data van het onderzoek zijn veelbelovend. Resultaten tonen aan dat de TeleScreen diverse stemmings-, angst-, aan middelen gebonden stoornissen en aandachtstekortstoornissen correct kan bepalen zonder tussenkomst van de psycholoog, evenals de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Voor een aantal klinische stoornissen is het aantal fout positieven en fout negatieven hoog (bijvoorbeeld de aanpassingsstoornis). Een volledig overzicht van de resultaten is weergegeven in onderstaande tabel.

	Aantal sys ¹	Aantal psy ²	Sensitiviteit ³	Specificiteit ⁴	PVW ⁵	NVW ⁶
ADHD	97	61	0,93	0,90	0,59	0,99
Aanpassingsstoornis	21	38	0,32	0,98	0,57	0,94
Agorafobie*	13	7	-	-	-	-
Andere psychotrauma- of stressor gerelateerde stoornis	53	25	0,84	0,93	0,40	0,99
Anorexia nervosa*	3	2	-	-	-	-
Autismespectrumstoornis	43	19	0,68	0,93	0,30	0,99
Boulimia nervosa*	3	4	-	-	-	-
Depressieve stoornis	230	172	0,80	0,70	0,60	0,86
Eetbui stoornis*	11	3	-	-	-	-
Gegeneraliseerde angststoornis*	8	13	-	-	-	-
Obsessieve-compulsieve stoornis*	22	2	-	-	-	-
Paniekstoornis	82	38	0,84	0,89	0,39	0,98
Persoonlijkheidsstoornis	216	155	0,88	0,75	0,63	0,93
Posttraumatische-stressstoornis	76	56	0,77	0,92	0,57	0,97
Separatieangststoornis*	23	1	-	-	-	-
Sociale angststoornis	34	23	0,78	0,96	0,53	0,99
Somatisch-symptoomstoornis	131	82	0,71	0,82	0,44	0,93
Specifieke fobie*	14	10	-	-	-	-
Stoornis in alcoholgebruik*	29	17	-	-	-	-
Stoornis in cannabisgebruik	28	19	0,95	0,98	0,64	1,00
Ziekteangststoornis*	9	7	-	-	-	-

1 Totaal aantal classificaties van het internetsysteem, 2 Totaal aantal classificaties van de psycholoog, 3 Sensitiviteit: kans op een terecht positieve uitslag, 4 Specificiteit: kans op een terecht negatieve uitslag, 5 PVW: positief voorspellende waarde, 1 - kans op een onterecht positieve uitslag, 6 NVW: negatief voorspellende waarde, 1 - kans op een onterecht negatieve uitslag

*Diagnostische eigenschappen zijn alleen berekend als een classificatie naar het oordeel van de psycholoog meer dan 4% van het aantal deelnemers betrof.

Resultaten per echelonadvies

Ook geeft de TeleScreen een adequaat echelonadvies als het gaat om huisartsenzorg met POH-GGZ, Generalistische Basis GGZ en Specialistische GGZ. Het echelonadvies 'geen vervolgtraject' werd zo weinig gegeven dat er geen conclusies kunnen worden getrokken over de validiteit. Zie de resultaten in onderstaande tabel.

	Aantal sys	Aantal psy	Sensitiviteit	Specificiteit	PVW	NVW
Geen vervolgtraject	8	7	-	-	-	-
Huisartsenzorg met POH-GGZ	47	45	0,91	0,99	0,87	0,99
Generalistische Basis GGZ	201	159	0,98	0,88	0,78	0,99
Specialistische GGZ	224	264	0,84	0,99	0,99	0,86

Resultaten ingangsvragen persoonlijkheid

In de TeleScreen wordt gebruik gemaakt van screenende items, oftewel ingangsvragen, die gericht zijn op de algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (o.a. diepgaand patroon van problemen in interpersoonlijke relaties en omgaan met emoties). Als een cliënt zich in geen enkele ingangsvraag herkent worden de vervolgvragen, die specifieke persoonlijkheidsstoornissen in kaart brengen, niet afgenomen. Herkent een cliënt zich wel in één of meerdere ingangsvragen, wordt vervolgd met het uitvragen van alle specifieke persoonlijkheidsstoornissen. De vragen zijn dusdanig geformuleerd dat de kans op fout negatieven zo klein mogelijk is en de sensitiviteit dus wordt gemaximaliseerd. Indien een organisatie echter altijd de persoonlijkheidsstoornissen wil uitvragen, ongeacht de scores op de ingangsvragen, is dit ook mogelijk. Neem dan gerust contact met ons op.

Uit statistische analyse blijkt dat de ingangsvragen werken zoals bedoeld. De sensitiviteit van de ingangsvragen bleek 0,99; de specificiteit 0,31; de positief voorspellende waarde 0,63; en de negatief voorspellende waarde 0,96.

In de onderstaande tabel is bijvoorbeeld te zien dat slechts bij 3 van de 71 cliënten die zich niet in de ingangsvragen herkenden toch een persoonlijkheidsstoornis werd geclassificeerd. Het percentage fout negatieven is dus slechts 4%. Ook is te zien dat bij 150 van de 409 cliënten die zich wel in één of meerdere ingangsvragen herkenden, door de psycholoog toch geen duidelijke aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis werden gevonden. Dit betekent echter niet direct dat de vervolgvragen onterecht zijn afgenomen: regelmatig was er wel sprake van disfunctionele trekken die van belang zijn tijdens een behandeling.

	Wel PS door psycholoog	Geen PS door psycholoog	
Geen herkenning ingangsvragen	3 (fout negatief)	68 (juist negatief)	71
Wel herkenning ingangsvragen	259 (juist positief)	150 (fout positief)	409
	262	218	480

Conclusie

We kunnen concluderen dat de TeleScreen over het algemeen een valide bron van informatie is bij het classificeren van psychische stoornissen. Het instrument kan als hulpmiddel worden gebruikt om te bekijken of er een indicatie is voor een DSM-5 stoornis en kan de hulpverlener ondersteunen bij het geven van een echelonadvies. Het kan diverse stoornissen adequaat herkennen, uitsluiten en voorspellen. Er moet echter op worden gewezen dat **de TeleScreen geen definitieve DSM-5 diagnoses afgeeft, maar uitsluitend indicaties voor een mogelijke diagnose**. Zonder klinisch oordeel kunnen geen definitieve diagnoses worden gesteld. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de diagnostische informatie is dan ook geboden.

2.4. Professionele en ethische aspecten

Professionele en ethische aspecten wegen zwaar bij elke vorm van psychologisch of psychiatrisch onderzoek, en zijn zo mogelijk van nog groter belang bij e-diagnostiek. De ethische richtlijnen voor testdiagnostiek zijn ook van toepassing op het gebruik van online tests. Zowel Embloom, de ontwikkelaar en distributeur van de TeleScreen, als de gebruikers dienen zich er rekenschap van te geven dat het wetenschappelijk onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van e-diagnostiek nog weinig instrumenten heeft opgeleverd. De informatie uit het onderzoek met de TeleScreen dient daarom altijd getoetst te worden aan andere bronnen van informatie. Gebeurt dit niet, of onvoldoende, dan lopen patiënten het risico dat er onjuiste conclusies getrokken worden over hun toestand en hun een juiste behandeling onthouden wordt.

Elk onderzoeksinstrument, hoe zorgvuldig ook geconstrueerd, kan verkeerd gebruikt worden. De hulpverlener dient zich daarom goed op de hoogte te stellen van het doel en de mogelijkheden en beperkingen van de TeleScreen. Het gemak waarmee de TeleScreen ingezet kan worden kan de drempel ongewenst verlagen. Afname van de TeleScreen of onderdelen daarvan moet berusten op een bewuste keuze van de hulpverlener en ten dienste staan van de behandeling van de patiënt.

Een ander aspect betreft de bespreking van de onderzoeksresultaten met de patiënt. De resultaten dienen persoonlijk door de hulpverlener met de patiënt besproken te worden. Het op afstand meedelen aan patiënten van potentieel gevoelige informatie, zonder de mogelijkheid voor een passende opvang, is ethisch niet acceptabel. Hierdoor zou de patiënt geconfronteerd kunnen worden met emotioneel belastende informatie, of met informatie die onvolledig is of vatbaar is voor een verkeerde interpretatie.

Ook de financiële voordelen van e-diagnostiek mogen niet ten koste gaan van het belang van de patiënt. Kosteneffectiviteit houdt een zorgvuldige afweging in van de zorgbehoefte van de patiënt en de beschikbare middelen voor diens behandeling.

Tenslotte dient de hulpverlener garant te staan voor een juiste omgang met de privacy van de patiënt en de resultaten van het onderzoek uitsluitend beschikbaar te stellen aan derden als vooraf toestemming daartoe is verleend door de patiënt.

2.5. Mogelijkheden en beperkingen

De gebruiker moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden en beperkingen van de TeleScreen en de omstandigheden waaronder deze ingevuld dient te worden teneinde betrouwbare indicaties te krijgen. In het algemeen stellen mensen zich zeer openhartig op tijdens het invullen van online tests. Dit biedt mogelijkheden voor het efficiënt opsporen van pathologie onder zowel de normaalpopulatie als onder reeds bekende patiëntpopulaties.

Onderzoek met de TeleScreen is gebaseerd op de zelfbeoordeling van de patiënt over zijn functioneren. Dit maakt het onderzoek kwetsbaar voor al dan niet opzettelijke vervorming van de informatie door de patiënt. Daarom is de TeleScreen doorgaans niet het enige instrument waarmee bepaald wordt welke zorg de patiënt nodig heeft. Ook andere beoordelaars en beoordelingsmomenten, zoals het contact met de zorgverlener en/of aanvullende specialistische tests, dienen als toets voor de indicaties die zijn gegenereerd door de TeleScreen.

Niet elke patiënt leent zich voor toepassing van de TeleScreen. Met de TeleScreen kunnen patiënten met een leeftijd vanaf 16 jaar die de Nederlandse taal beheersen en een leesniveau hebben van tenminste zes schoolse jaren (een afgeronde basisschool) worden onderzocht. De hulpverlener dient na te gaan of de patiënt in staat is de inhoud van de vragen te begrijpen en op zichzelf toe te passen. Dit kan problematisch zijn bij:

- Mensen met een laag verbaal IQ
- Mensen met een leesstoornis
- Mensen uit een andere cultuur
- Emotioneel ernstig gedepriveerde mensen

Mensen uit een andere cultuur en die vrij recent in Nederland zijn komen wonen, kunnen de vragen interpreteren vanuit een culturele achtergrond die sterk kan afwijken van de gehanteerde normgroep. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek nadelig beïnvloeden.

Ook de klinische toestand van de patiënt kan een betrouwbare invulling van de TeleScreen nadelig beïnvloeden. Voor patiënten met een concentratiestoornis kan het invullen van de vragenlijsten een langdurige en eentonige opgave zijn. Ook erg angstige of geagiteerde mensen vinden het vaak moeilijk om de vragenlijsten in één keer af te ronden. Het is geen probleem om de invulling zo nodig kort te onderbreken, zodat de patiënt zich daarna weer beter op de vragen kan concentreren. Het is wel van belang om de vragenlijsten op dezelfde dag in te vullen.

Bij extreem angstige of psychotische mensen kunnen de vragen soms te bedreigend overkomen en is het onmogelijk de TeleScreen af te ronden. In verband met gevaar voor overbelasting kunnen deze patiënten beter niet met behulp van de TeleScreen onderzocht worden. Ten slotte zijn bij antisociale en narcistische patiënten, en patiënten die om andere redenen niet in staat zijn kwetsbaarheden bij zichzelf te onderkennen en hierover te rapporteren, bijvoorbeeld verwarde patiënten, zelfbeoordelingen van maar zeer beperkte waarde.

Een andere voorwaarde voor een betrouwbaar onderzoeksresultaat is dat de patiënt de vragenlijsten kan invullen in een rustige omgeving, waarin hij niet wordt afgeleid en zich niet onder druk gezet voelt om vragen in een bepaalde richting te beantwoorden. Wanneer de hulpverlener twijfels heeft omtrent de condities waaronder de patiënt aan de TeleScreen zal werken, dient de afname heroverwogen te worden.

Het is ook van belang om na te gaan welke attitude de patiënt heeft ten opzichte van het onderzoek. Een onwelwillende patiënt zal de vragenlijsten in het algemeen niet gemotiveerd en niet betrouwbaar invullen. Vaak is het goed informeren van de patiënt over het doel en de werkwijze van de TeleScreen al voldoende. Zeker in de context van een langdurige behandelrelatie - zoals gebruikelijk in de huisartssetting - is de patiënt doorgaans goed te overtuigen van het belang van een openhartige en eerlijke zelfrapportage voor een juiste behandelkeuze. Maar ook bij gebruik aan de poort van de GGZ is de patiënt in het algemeen gemakkelijk te overtuigen van het belang van de TeleScreen teneinde in het juiste zorgprogramma te komen.

2.6. Het instrument

Afname van de TeleScreen vereist enige ervaring met het gebruik van een computer. Het instrument is bedoeld voor het screenen van patiënten die zich melden met psychische klachten en patiënten met somatische klachten waarbij gedacht wordt aan een psychische oorzaak.

De TeleScreen bestaat uit een gedigitaliseerde vragenlijst, die geïntegreerd is in een web-based applicatie en waarbij de onderdelen in de onderstaande volgorde worden afgenomen:

- TeleScreen S: Klinische stoornissen en andere problemen die reden voor zorg kunnen zijn
- TeleScreen P: Persoonlijkheidsstoornissen

De vragenlijst start met een algemene anamnese die is opgebouwd uit een variabel aantal vragen, bestaande uit vragen in 'Ja-Nee' vorm, multiple choice en open vragen. De screening op syndroomstoornissen betreft een klachtenlijst met een variabel aantal vragen, bestaande uit vragen in 'Ja-Nee' vorm, multiple choice en open vragen. De screening op persoonlijkheidsstoornissen betreft een vragenlijst met een vast aantal vragen, bestaande uit vragen in 'Juist-Onjuist' vorm.

De e-tool is 'zelfdenkend', dat wil zeggen dat antwoorden op voorgaande vragen bepalen welke volgende vraag wordt gepresenteerd. Hierdoor worden er geen onnodige items gepresenteerd en wordt de benodigde informatie op een zo efficiënt mogelijke manier verkregen. Wanneer de patiënt niet voldoet aan de noodzakelijke ingangscriteria, en er dus niet (meer) aan een bepaalde indicatie kan worden voldaan, wordt de set vragen afgebroken en wordt vervolgd met een volgend onderwerp.

Aan de hand van de gerapporteerde informatie worden hypothesen gegenereerd en geclassificeerd volgens het DSM-5 classificatiesysteem. Ook wordt er een inschatting gemaakt van de zorgbehoefte en behandelmotivatie van de patiënt. Wij willen er nogmaals op wijzen dat de TeleScreen **geen definitieve DSM-5 diagnoses** afgeeft, maar uitsluitend **indicaties voor een mogelijke diagnose**. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de diagnostische informatie is dan ook geboden.

Het invullen van de TeleScreen neemt gemiddeld 30-45 minuten in beslag, afhankelijk van de hoeveelheid klachten en problemen die de patiënt rapporteert.

3. Gebruikers van de TeleScreen

Huisartsen, huisarts-praktijkondersteuners (POH-GGZ en POH-S), bedrijfsartsen, zelfstandig gevestigd psychologen en psychiaters, maar ook algemene en gespecialiseerde GGZ-instellingen en ziekenhuizen kunnen gebruik maken van de TeleScreen.

Niet al deze professionals hebben voldoende kennis van psychopathologie, noch van psychodiagnostisch en psychiatrisch onderzoek. Hiervoor moeten zij terugvallen op een ggz-professional die de onderzoeksgegevens uit de TeleScreen verzamelt en checkt op hun juistheid en relevantie. Deze zogenaamde primaire gebruiker dient bekend te zijn met het state-of-the-art psychologisch en psychiatrisch onderzoek en met de ontwikkelingen binnen de e-diagnostiek. Voor de secundaire gebruiker, de verwijzer, is dit minder het geval, maar is vergaande onwetendheid op zijn minst ongewenst en onverantwoord. De onderzoeksprocedure vereist dat de gebruiker de informatie uit de TeleScreen toetst in het directe patiëntcontact en vervolgens de conclusies met de patiënt bespreekt. Hiervoor is kennis nodig van psychopathologie en psychiatrische diagnoses.

4. TeleScreen S

4.1. Algemene anamnese

De screening algemene anamnese bestaat uit 20 items over de volgende onderwerpen (zie bijlage A voor een volledig overzicht van deze vragen):

- vragen naar de leefsituatie en de actuele zorgbehoefte;
- vragen naar psychische problemen en behandeltrajecten in het heden en verleden;
- vragen naar een zinvolle dagbesteding en sociaal steunsysteem;
- vragen naar stressfactoren in het heden en verleden;
- vragen naar de huidige medische status;
- vragen naar behandelmotivatie en hoop op verbetering.

De algemene anamnese is bedoeld om de actuele zorgbehoefte - de problemen waarvoor de patiënt hulp zoekt of waarvoor de patiënt is verwezen - in kaart te brengen. In dit deel van de vragenlijst noteert de patiënt informatie over de leef- en werkomstandigheden, de zorgbehoefte en de hulpvraag. Het komt vaak voor dat patiënten op de TeleScreen problemen noteren die nog niet bij de hulpverlener bekend waren. De redenen hiervoor zijn van diverse aard. Soms is het de patiënt onvoldoende gelukt om in de beperkt beschikbare tijd de ervaren problemen afdoende te beschrijven, of resulteert het contact met de hulpverlener niet in een gedeelde probleembeschrijving. Ook komt het voor dat de patiënt in een eerste gesprek nog niet 'zo ver is' om het werkelijke probleem op tafel te leggen en gebeurt dit pas bij het invullen van de TeleScreen. Dit kan zich onder andere voordoen bij middelenmisbruik en seksueel misbruik, maar ook bij psychoticisme en andere vormen van ernstige psychiatrie, die schuld- of schaamte beladen zijn.

Medische, psychosociale en omgevingsproblemen kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan of voortbestaan van psychische stoornissen. In deze sectie noteert de patiënt de factoren die volgens hem of haar van invloed zijn of zijn geweest op het huidige disfunctioneren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Problemen binnen de primaire steungroep of sociale omgeving, zoals gezondheidsproblemen bij of overlijden van een gezinslid, vervreemding van gezinsleden of scheiding, problemen rond nieuwe gezinssamenstelling, overbescherming, emotionele of fysieke verwaarlozing, seksueel of lichamelijk misbruik, en alle andere problemen die zich kunnen voordoen in het huidige gezin of hebben voorgedaan in het gezin van herkomst, het ontbreken van een sociaal netwerk, overlijden of ander verlies van vrienden, tekortschieten van maatschappelijke steun, eenzaamheid, discriminatie, problemen met aanpassen aan een andere cultuur of aan een andere levensfase.
- Problemen met onderwijs of scholing, zoals studieproblemen, ongeschikt type onderwijs, ernstige demotivatie, fysieke, geografische, financiële belemmeringen om onderwijs of scholing te volgen.
- Problemen met werk, zoals dreiging werk te verliezen of werkloosheid, moeilijke werkomstandigheden, onvrede met het soort werk, onenigheid op het werk.

- Problemen met wonen, zoals dakloosheid, slechte behuizing, onveilige woonomgeving, onenigheid met burens of huisbaas.
- Financiële problemen, zoals onvoldoende financiële middelen, armoede.
- Problemen met justitie en politie, met de misdaad of met agressie, zoals arrestatie, gevangenneming, slachtoffer van een misdrijf.
- Problemen met lichamelijk, geestelijk of seksueel misbruik.
- Andere psychosociale en omgevingsproblemen, religieuze problemen, ongewenste zwangerschap of oorlogen, natuurrampen, door mensen veroorzaakte rampen en andere vijandelijkheden.

Bij de overgang van de DSM-IV naar DSM-5 is de GAF-systematiek losgelaten en vervangen door de WHODAS 2.0 vragenlijst. Binnen de GAF-systematiek werd de clinicus gevraagd om een algemene inschatting te maken van de lijdensdruk en het niveau van functioneren van de patiënt. Het systeem leidde in de praktijk echter tot grote verschillen tussen medici en werd gezien als onvoldoende betrouwbaar. De WHODAS 2.0 is niet opgenomen als onderdeel van de TeleScreen. Dit omdat het globaal niveau van functioneren onvoldoende bijdraagt aan het verwijlsadvies om de toevoeging van de 36 vragen waaruit de WHODAS 2.0 bestaat te rechtvaardigen. Het verwijlsadvies wordt nu bepaald aan de hand van de zorgzwaarte van de indicaties en notificaties.

4.2 Syndroomstoornissen

De screening op syndroomstoornissen bestaat uit gestructureerde vragen gericht op de belangrijkste psychiatrische aandoeningen en andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn. De vragenlijst bestaat uit 667 vragen met een 'ja-nee' format (531 zonder verdiepende vragen en toelichtingen). De vragen zijn afgeleid van de criteria die in de DSM-5 gehanteerd worden voor het vaststellen van een bepaalde psychische stoornis. Zie bijlage B voor een volledig overzicht van de vragen.

De screening op syndroomstoornissen maakt onderscheid in *primaire* en *secundaire* stoornissen en kan verschillende aanvullende indicaties genereren. Van een secundaire stoornis is sprake als deze onderdeel vormt van een primaire indicatie die reeds door het instrument is vastgesteld. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een slaapstoornis, terwijl er reeds een depressie is vastgesteld. Binnen de applicatie worden primaire stoornissen in het zwart weergegeven en secundaire stoornissen in het grijs. De aanvullende indicaties zijn bedoeld om een compleet beeld te geven van de klachten van een patiënt, nu en in het verleden, maar vormen geen directe indicatie in het kader van de DSM-5.

De vragenlijst is 'zelfdenkend', dat wil zeggen dat wanneer de patiënt niet voldoet aan de noodzakelijke ingangscriteria voor een specifieke diagnose, de vervolgvragen die bij de beoogde diagnose horen, worden overgeslagen. De applicatie gaat dan over naar de vragen behorend bij een volgende diagnose. Hierdoor kan de afnametijd van de screening op syndroomstoornissen, ondanks de reikwijdte, bijzonder kort gehouden worden.

De screening op syndroomstoornissen leent zich voor toepassing in de huisartspraktijk en in de algemene ggz (zelfstandig gevestigden en instellingen) waar niet meteen behoefte is aan specialistisch onderzoek 'in de diepte', maar waar men door middel van een 'breedband' onderzoek ook bijvoorbeeld aan middelen gebonden stoornissen in beeld wil krijgen, ten behoeve van de toeleiding naar een korte interventie, specialistische behandeling of nader onderzoek.

Het merendeel van de stoornissen wordt uitsluitend nagevraagd op huidige aanwezigheid, andere ook op voorgaande episodes en life-time aanwezigheid. De screening syndroomstoornissen geeft enkel bij eetstoornissen een specificatie van de ernst omdat deze stoornissen zich lenen voor een ernstinschatting. Bij andere indicaties vereist de DSM dat de ernst ingeschat wordt op basis van het aantal symptomen en wij weten uit ervaring dat het aantal door de patiënt online gerapporteerde symptomen niet recht evenredig overeenkomt met de ernst van de stoornis. Voor sommige diagnoses kan het zinvol zijn, nadat de aanwezigheid van die diagnose met de screening syndroomstoornissen is vastgesteld, een aanvullende ernst rating te doen met een specifieke ernst rating-schaal.

De screening op syndroomstoornissen legt bij sommige stoornissen tevens het beloop vast. Voor de aanduiding 'in vroege remissie' gaat het om een situatie waarin voorheen werd voldaan aan de criteria van een stoornis, maar op het moment van afname geen, of onvoldoende symptomen aanwezig zijn om te mogen spreken van een stoornis. Het is zinvol om een stoornis in remissie vast te leggen, bijvoorbeeld in het kader van een voortgezette evaluatie of preventieve behandeling. Denk hierbij aan bijvoorbeeld een bipolaire stoornis, of een ernstige verslaving. Ook wordt vastgelegd wanneer het gaat om een recidive, dat wil zeggen, een heropleving van de klachten, na een periode waarin niet langer werd voldaan aan alle criteria van de stoornis. Let wel, dat de patiënt in dit geval nog niet hoeft te voldoen aan alle criteria om van een recidive te kunnen spreken. Als de symptomen het begin lijken in te luiden van een nieuwe episode, kan de stoornis al gediagnosticeerd worden als zijnde actueel aanwezig.

4.3 Indicaties van de TeleScreen S

De TeleScreen S vraagt naar de volgende stoornissen:

- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
 - Communicatiestoornissen
 - Sociale (pragmatische) communicatiestoornis
 - Autismespectrumstoornis
 - Autismespectrumstoornis
 - Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
 - Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, gecombineerd beeld
 - Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, overwegend onoplettendheid beeld
 - Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, overwegend hyperactief-impulsief beeld
 - Ticstoornissen
 - Stoornis van Gilles de la Tourette
- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
 - Schizofrenie
 - Schizofrenie
 - Schizofreniforme stoornis
 - Kortdurende psychotische stoornis

- Bipolaire-stemmingsstoornissen
 - Bipolaire-I-stoornis
 - Bipolaire-I-stoornis, Actuele of meest recente episode manisch
 - Bipolaire-I-stoornis, Actuele of meest recente episode hypomanisch
 - Bipolaire-I-stoornis, Actuele of meest recente episode depressief
 - Bipolaire-II-stoornis
 - Bipolaire-II-stoornis, Hypomanisch
 - Bipolaire-II-stoornis, Depressief

- Depressieve-stemmingsstoornissen
 - Depressieve stoornis, Eenmalige episode
 - Depressieve stoornis, Recidiverend
 - Persisterende depressieve stoornis
 - Ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis

- Angststoornissen
 - Separatieangststoornis
 - Specifieke fobie
 - Sociale-angststoornis
 - Paniekstoornis
 - Agorafobie
 - Gegeneraliseerde-angststoornis

- Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
 - Obsessieve-compulsieve stoornis
 - Morfodysfore stoornis
 - Verzamelstoornis
 - Trichotillomanie
 - Excoriatiestoornis

- Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen
 - Posttraumatische-stressstoornis
 - Acute stressstoornis
 - Aanpassingsstoornis

- Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen
 - Somatisch-symptoomstoornis
 - Ziekteangststoornis
 - Andere gespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis

- Voedings- en eetstoornissen
 - Anorexia nervosa
 - Boulimia nervosa
 - Eetbuistoornis

- Slaap-waakstoornissen
 - Insomniastoonis
 - Hypersomnolentiestoonis
 - Circadianeritme-slaap-waakstoornissen
 - Non-remslaap-arousalstoornissen
 - Nachtmerriestoonis
 - Rustelozebenenensyndroom

- Seksuele disfuncties
 - Vertraagde ejaculatie
 - Voortijdige ejaculatie
 - Erectiestoornis
 - Hypoactief-seksueelverlangensteroornis bij de man
 - Orgasmestoonis bij de vrouw
 - Seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw
 - Genitopelviene pijn-/penetratiestoonis

- Genderdysforie
 - Genderdysforie

- Parafiele stoornissen
 - Voyeurismestoonis
 - Exhibitionismestoonis
 - Frotteurismestoonis
 - Seksueel-masochismestoonis
 - Seksueel-sadismestoonis
 - Pedofilie
 - Fetisjisme
 - Transvestiestoonis

- Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen
 - Periodiek explosieve stoornis
 - Normoverschrijdend-gedragsstoornis
 - Pyromanie
 - Kleptomanie

- Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
 - Alcoholgerelateerde stoornissen
 - Stoornis in alcoholgebruik
 - Stoornis in alcoholgebruik, In vroege remissie
 - Cannabisgerelateerde stoornissen
 - Stoornis in cannabisgebruik
 - Stoornis in cannabisgebruik, In vroege remissie
 - Hallucinoëngerelateerde stoornissen
 - Stoornis in het gebruik van een hallucinoëen
 - Stoornis in het gebruik van een hallucinoëen, In vroege remissie
 - Persisterende perceptiestoornis door een hallucinoëen
 - Stoornis in fencyclidinegebruik
 - Stoornis in fencyclidinegebruik, In vroege remissie
 - Inhalantiumgerelateerde stoornissen
 - Stoornis in het gebruik van een inhalantium
 - Stoornis in het gebruik van een inhalantium, In vroege remissie
 - Opioidegerelateerde stoornissen
 - Stoornis in het gebruik van een opioïde
 - Stoornis in het gebruik van een opioïde, In vroege remissie
 - Hypnoticum- of anxiolyticum- gerelateerde stoornissen
 - Stoornis in het gebruik van een hypnoticum of anxiolyticum
 - Stoornis in het gebruik van een hypnoticum of anxiolyticum, In vroege remissie
 - Stimulantiumgerelateerde stoornissen
 - Stoornis in het gebruik van een stimulantium - Amfetamineachtig middel
 - Stoornis in het gebruik van een stimulantium - Amfetamineachtig middel, In vroege remissie
 - Stoornis in het gebruik van een stimulantium - Cocaïne
 - Stoornis in het gebruik van een stimulantium - Cocaïne, In vroege remissie
 - Stoornis in het gebruik van een stimulantium - Ander of ongespecificeerd stimulantium
 - Stoornis in het gebruik van een stimulantium - Ander of ongespecificeerd stimulantium, In vroege remissie
 - Stoornissen gerelateerd aan een ander (of onbekend) middel
 - Stoornis in het gebruik van een ander (of onbekend) middel
 - Stoornis in het gebruik van een ander (of onbekend) middel, In vroege remissie
 - Niet-middelgerelateerde stoornissen
 - Gokstoornis

4.4 Aanvullende indicaties

De volgende aanvullende indicaties komen naar voren bij de screening op syndroomstoornissen:

- Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
 - Aanwijzingen voor organische oorzaak psychotisch symptoom
 - Psychotische kenmerken houden mogelijk verband met een stemmingsstoornis

- Depressieve-stemmingsstoornissen
 - Depressieve stoornis, met begin peri partum
 - Depressieve stoornis, met seizoensgebonden patroon

- Angststoornissen
 - Paniekaanvallen

- Voedings- en eetstoornissen
 - Ondergewicht
 - Lichte Obesitas
 - Matige Obesitas
 - Ernstige Obesitas
 - Morbide Obesitas

- Aan middelen gebonden stoornissen
 - Alcoholgerelateerde stoornissen
 - Gebruik van alcohol
 - Vrijwel dagelijks gebruik van alcohol
 - Dagelijks gebruik van alcohol
 - Cannabisgerelateerde stoornissen
 - Gebruik van cannabis
 - Meer dan de helft van de week gebruik van cannabis
 - Dagelijks gebruik van cannabis
 - Hallucinoeengerelateerde stoornissen
 - Gebruik van een hallucinoeën
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een hallucinoeën
 - Dagelijks gebruik van een hallucinoeën
 - Gebruik van fencyclidine
 - Meer dan de helft van de week gebruik van fencyclidine
 - Dagelijks gebruik van fencyclidine
 - Inhalantiumgerelateerde stoornissen
 - Gebruik van een inhalantium
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een inhalantium
 - Dagelijks gebruik van een inhalantium
 - Opiïdegerelateerde stoornissen
 - Gebruik van een opioïde
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een opioïde
 - Dagelijks gebruik van een opioïde
 - Hypnoticum- of anxiolyticum- gerelateerde stoornissen
 - Gebruik van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een sedativum, hypnoticum of anxiolyticum
 - Dagelijks gebruik van een sedativum, hypnoticum of anxiolyticum
 - Stimulantiumgerelateerde stoornissen
 - Gebruik van een stimulantium - Amfetamineachtig middel
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een stimulantium - Amfetamineachtig middel
 - Dagelijks gebruik van een stimulantium - Amfetamineachtig middel
 - Gebruik van een stimulantium - Cocaïne
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een stimulantium - Cocaïne
 - Dagelijks gebruik van een stimulantium - Cocaïne
 - Gebruik van een stimulantium - Ander of ongespecificeerd stimulantium
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een ander of ongespecificeerd stimulantium
 - Dagelijks gebruik van een ander of ongespecificeerd stimulantium
 - Stoornissen gerelateerd aan een ander (of onbekend) middel
 - Gebruik van een ander middel
 - Meer dan de helft van de week gebruik van een ander middel
 - Dagelijks gebruik van een ander middel

4.5. Notificaties

Hoewel het afgeraden wordt om in crisissituaties de TeleScreen in te zetten, kan het toch voorkomen dat patiënten bij de invulling van de vragenlijsten aangeven in crisis te zijn. De volgende notificaties kunnen door de screening syndroomstoornissen naar aanleiding van de antwoorden van de patiënt worden gegenereerd:

- Acut suïcide risico
- Hoog suïcide risico
- Psychotische stoornis

De suïcidenotificaties worden afgegeven wanneer de patiënt positief geantwoord heeft op een aantal kritieke items, die opgevat worden als tekenen van suïcidaliteit. De applicatie kan in dat geval een e-mail versturen naar een door de hulpverlener opgegeven e-mailadres. Op grond daarvan kan de hulpverlener besluiten direct contact op te nemen met de patiënt en niet af te wachten tot het geplande patiëntcontact.

Naast suïcidenotificaties geeft de TeleScreen ook een aparte notificatie af voor de aanwezigheid van een psychotische stoornis.

4.6 Afwezige indicaties

Stoornissen die moeilijk te screenen zijn aan de hand van een zelfbeoordelingsinstrument of waarvan de prevalentie te laag is zijn niet in de screening syndroomstoornissen opgenomen. Het gaat om:

- Communicatiestoornissen
- Verstandelijke beperking
- Neurocognitieve stoornissen
- Dissociatieve stoornissen

4.7 Afname en scoring

De vragenlijst is 'zelfdenkend': antwoorden op de ingangsvragen bepalen of en welke vervolgvragen worden afgenomen. Als aan een bepaalde indicatie niet (meer) kan worden voldaan gaat de vragenlijst verder naar het volgende onderwerp. De vragenlijst kan in eigen tempo worden ingevuld, er is geen tijdsdruk. De gemiddelde afnameduur ligt rond de 30-45 minuten, maar kan afhankelijk van het aantal gerapporteerde klachten en problemen oplopen tot 90 minuten.

Scoring en interpretatie zijn geautomatiseerd. Aan de hand van de scores worden indicaties afgegeven voor mogelijke syndroomstoornissen. Zo mogelijk wordt onderscheid gemaakt in primaire, secundaire en aanvullende indicaties om een mogelijke samenhang tussen verschillende stoornissen te verduidelijken en aan te geven op welke stoornis(sen) een eventuele behandeling zich moet richten.

5. TeleScreen P

5.1. Algemeen

Persoonlijkheidstrekkens zijn duurzame patronen in het waarnemen, denken en ervaren van zichzelf en de omgeving, die tot uitdrukking komen op een breed terrein van sociaal en persoonlijk functioneren (APA, 2000). Wanneer de trekken een star en disfunctioneel patroon van denken, voelen en waarnemen van zichzelf en de omgeving met zich meebrengen, spreken we van een persoonlijkheidsstoornis. Ook bij de behandeling van een syndroomstoornis of een somatische aandoening is het nodig om te weten met welke belemmerende persoonlijkheidsfactoren rekening gehouden moet worden. Zonder deze kennis is het niet mogelijk een effectieve en efficiënte behandelstrategie te selecteren, noch het behandelresultaat op zijn waarde te beoordelen. Tenslotte vragen steeds meer patiënten expliciet hulp voor disfunctionele persoonlijkheidskenmerken die hen in de weg staan om hun doelen te bereiken of aanleiding zijn voor problemen met anderen. Kortom, screenend persoonlijkheidsonderzoek kan van meerwaarde zijn bij de behandelindicering, omdat het aanwijzingen geeft voor de haalbaarheid en effectiviteit van die behandeling gegeven de persoonlijkheid van de patiënt en omdat het patiënten kan helpen bij het verbeteren van het persoonlijk en interpersoonlijk functioneren.

De screening van persoonlijkheidsstoornissen heeft als doel patiënten te screenen op mogelijke disfunctionele persoonlijkheidskenmerken. De screening van persoonlijkheidsstoornissen is opgebouwd rond de 10 persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-5, alsmede de andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (depressieve en passief-agressieve). Zie bijlage C voor een volledig overzicht van de vragen. Benadrukt dient te worden dat de screening van persoonlijkheidsstoornissen **indicaties voor de mogelijke aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis afgeeft en geen vaststaande diagnoses**. De screening van persoonlijkheidsstoornissen is uitsluitend geschikt voor het opsporen van verschijnselen die een teken kunnen zijn van pathologie, en uit dien hoofde nader onderzocht dienen te worden.

Empirisch onderzoek wijst uit dat web-based persoonlijkheidstests weliswaar betrouwbaar en valide zijn, maar niet hetzelfde meten als hun traditionele paper-and-pencil versies. Men mag niet zonder meer uitgaan van hun equivalentie. Sommige constructen (met name negatieve affecten) lijken moeilijker meetbaar en zijn onderhevig aan stringenter ethische overwegingen dan andere. E-diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen vraagt om strenge validatie en zorgvuldig gebruik.

5.2. Indicaties van de TeleScreen P

De screening van persoonlijkheidsstoornissen genereert aanwijzingen voor:

Cluster A

- Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis: wantrouwen en achterdocht ten opzichte van de motieven van anderen, die worden geïnterpreteerd als kwaadwillend.
- Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis: afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties.
- Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis: beperkingen in het sociale en intermenselijke contact, cognitieve en perceptuele vervormingen en eigenaardigheden in het gedrag.

Cluster B

- Histrionische-persoonlijkheidsstoornis: buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen.

- Narcistische-persoonlijkheidsstoornis: grootheidsgoelens in fantasie of gedrag, overdreven behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie.
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis: instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten, duidelijke impulsiviteit.
- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis: gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen, vanaf het vijftiende jaar aanwezig. Omdat voor het vaststellen van de antisociale persoonlijkheidsstoornis er in de ontwikkeling vóór het vijftiende jaar ook sprake geweest moet zijn van een gedragsstoornis, wordt in de screening ook gevraagd naar de kenmerken van een gedragsstoornis vóór het vijftiende jaar.

Cluster C

- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis: geremdheid in gezelschap, gevoel van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel.
- Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis: buitensporige behoefte om verzorgd te worden, hetgeen leidt tot aanklampend gedrag en de angst in de steek gelaten te worden.
- Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis: preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme en beheersing van psychische en intermenselijke processen, ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie.

Andere gespecificeerde-persoonlijkheidsstoornis

- Passief-agressieve-persoonlijkheidsstoornis: negatieve houding en passief verzet tegen eisen met betrekking tot het presteren op voldoende niveau.
- Depressieve-persoonlijkheidsstoornis: stemming wordt gedomineerd door depressieve cognities.

5.3. Inhoud van de screening van persoonlijkheidsstoornissen

Als de screening van de persoonlijkheidspathologie wordt afgenomen als onderdeel van de TeleScreen, dan begint de vragenlijst met een algemene screening op de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie aan de hand van negen stellingen. De stellingen zijn gericht op veelvoorkomende pathologie bij persoonlijkheidsstoornissen waaronder een duurzaam patroon met conflicten in de intermenselijke communicatie en emotieregulatie- en impulscontroleproblematiek. Indien de patiënt bij één of meer stellingen bevestigend antwoordt zal een verdiepende screening plaatsvinden aan de hand van 110 stellingen. Wanneer een patiënt zich niet herkent in ten minste een van de stellingen is het onwaarschijnlijk dat er sprake is van persoonlijkheidspathologie en is het onnodig belastend om de aanvullende stellingen af te nemen. Toch kan het mogelijk zijn dat de patiënt, al dan niet bewust, onderrapporteert. Ontkennende antwoorden van de patiënt kunnen niet worden gezien als hard bewijs dat er geen sprake kan zijn van persoonlijkheidspathologie en behoeve altijd enige klinische waakzaamheid.

Indien er enkel een TeleScreen P wordt afgenomen, of de patiënt bevestigend heeft geantwoord bij de algemeen screenende persoonlijkheidsvragen van de TeleScreen, dan wordt gescreend naar de aanwezigheid van specifieke persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-5. Elke stelling heeft betrekking op een specifiek criterium van de DSM-5 criteria voor persoonlijkheidsstoornissen. Elk criterium wordt waar mogelijk uitgevraagd door middel van één stelling. Wanneer een DSM-5 criterium zich niet leent om in de vorm van één stelling te worden bevraagd, wordt het criterium opgedeeld in deelstellingen. Er is onderscheid tussen DSM-5 criteria waarbij slechts één deelstelling met Juist moet worden beantwoord en DSM-5 criteria waarbij meerdere deelstellingen met Juist moeten worden beantwoord om aan het criterium te voldoen. Voorafgaand aan elke set stellingen over één bepaalde persoonlijkheidsstoornis, wordt de patiënt eraan

herinnerd dat het moet gaan om een duurzaam persoonlijkheidskenmerk dat al vele jaren aanwezig is en in het merendeel van de situaties tot uitdrukking komt.

Begonnen wordt met stellingen die verwijzen naar de persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster C, waarna vervolgd wordt met de persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster B en geëindigd wordt met de persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster A.

5.4. Afname en scoring

De patiënt geeft in een juist-onjuist format aan of hij zich in de stelling herkent. De grens tussen een normale persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie is gelegen in het aantal afwijkende karaktertrekken, en dus in het aantal stellingen dat bevestigend beantwoord is. Op grond van het aantal juist-antwoorden geeft de applicatie een indicatie af voor een mogelijke persoonlijkheidsstoornis. Het scoringsoverzicht laat zowel het aantal stellingen per cluster als het totale aantal bevestigde uitspraken zien. De laatste score geeft de ernst van de persoonlijkheidspathologie in zijn algemeenheid aan.

Aantal noodzakelijke kenmerken voor het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis:

- Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 4 uit 7 kenmerken
- Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis :	minimaal 4 uit 7 kenmerken*
- Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 5 uit 9 kenmerken*
- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 4 uit 7 kenmerken.
- Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 4 uit 7 kenmerken
- Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 5 uit 8 kenmerken.
- Passief-agressieve-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 4 uit 7 kenmerken.
- Depressieve-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 5 uit 7 kenmerken.
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 5 uit 9 kenmerken.
- Narcistische-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 5 uit 9 kenmerken.
- Histrionische-persoonlijkheidsstoornis:	minimaal 5 uit 8 kenmerken.
- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis:	vanaf het 15 ^{de} levensjaar minimaal 3 uit 7 kenmerken

* De Schizoïde- en Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis delen een criterium, dit wordt eenmaal uitgevraagd en het antwoord wordt bij beide persoonlijkheidsstoornissen gebruikt (item 94).

Door de applicatie wordt het aantal bevestigde kenmerken per cluster berekend. Op deze manier kan vastgesteld worden in welk cluster het zwaartepunt van de problematiek ligt. Daarnaast wordt de consistentie van de antwoorden berekend door speciaal toegevoegde stellingen. Deze betreffen eerder uitgevraagde criteria in andere bewoordingen. Door antwoorden te vergelijken kan worden bepaald in hoeverre de patiënt consistent antwoordt.

Persoonlijkheidspathologie komt niet alleen tot uitdrukking in één of meer specifieke persoonlijkheidsstoornissen, maar ook in onaangepaste trekken op een breed terrein van het persoonlijk functioneren. Wanneer er kenmerken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen gevonden worden, terwijl er niet voldaan wordt aan het noodzakelijk aantal criteria om een specifieke stoornis te kunnen rechtvaardigen, wordt van een gemengde persoonlijkheidsstoornis gesproken. Om een indicatie voor een gemengde persoonlijkheidsstoornis te kunnen afgeven, wordt door de applicatie het totale aantal bevestigde kenmerken berekend.

Het is belangrijk zich te realiseren dat persoonlijkheidstrekken meestal egosyntoon zijn. Bij het navragen van persoonlijkheidspathologie kan er daarom sprake zijn van onderrapportage. Een patiënt met, bijvoorbeeld, een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis kan zijn perfectionisme en toewijding aan het werk zien als een zeer goede eigenschap en niet als een pathologische karaktertrek, zelfs als hij daardoor volledig uitgeput is geraakt, of zich daardoor volledig vervreemd heeft van zijn intieme en sociale relaties. Bij sommige syndroomstoornissen, bijvoorbeeld een depressieve stoornis, kan er juist sprake zijn van overrapportage. Door het depressief toestandsbeeld kan de patiënt geneigd zijn een negatiever beeld van zichzelf te schetsen. Bij aanwezigheid van een ernstige syndroomstoornis zal de uitkomst van de screening persoonlijkheidspathologie mogelijk onbetrouwbaar zijn. Het directe patiëntcontact geeft de diagnosticus de gelegenheid om kort na te gaan of er sprake kan zijn geweest van onder- dan wel overrapportage op het gebied van persoonlijkheidspathologie.

6. Verwijsmodel GGZ

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Bureau HHM objectieve criteria beschreven voor een uniforme zorgtoewijzing binnen de nieuwe zorgproducten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 3 echelons: de huisarts (inclusief POH-GGZ), de Generalistische Basis GGZ en de Specialistische GGZ. Op basis van het totaalbeeld van aard en ernst van de problematiek, het risico en het beloop van de klachten, bepaalt het systeem welk echelon het beste aansluit bij de klachten van de patiënt. Een schematisch overzicht van het verwijsmodel treft u aan in bijlage E. Aanvullend geldt dat er maatschappelijk werk wordt geadviseerd als er uitsluitend indicaties naar voren komen van psychosociale omgevingsfactoren. Als er helemaal geen indicaties naar voren komen adviseert het systeem geen verwijzing of zelfhulp.

Daarnaast kan de TeleScreen sinds 2020 ook de nieuwe zorgprestaties Eleo (CZ) en Umami (VGZ) adviseren. Deze producten bieden meer behandelminuten binnen de Generalistische Basis GGZ, waardoor een verwijzing naar de Specialistische GGZ voor bepaalde groepen cliënten met meer complexe problematiek kan worden voorkomen. De belangrijkste doelgroepen zijn:

1. Cliënten met een nog niet eerder vastgestelde of behandelde ontwikkelingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis;
2. Cliënten met een of meerdere syndroomstoornissen in combinatie met interfererende somatische aandoeningen of psychosociale problemen;
3. Cliënten met een of meerdere syndroomstoornissen in combinatie met een hoger risico of hogere complexiteit.

Omdat de inzet van Eleo of Umami afhankelijk is van de verzekeraar van de cliënt en de afspraken die zorgverleners met verzekeraars hebben gemaakt, wordt naast Eleo of Umami ook Specialistische GGZ geadviseerd.

Onderstaand treft u de verschillende adviezen aan die het systeem kan genereren:

- Geen vervolgtraject/zelfhulp
- Maatschappelijk werk
- Huisartsenzorg met praktijkondersteuner GGZ
- Generalistische Basis GGZ
- Specialistische GGZ of Eleo
- Specialistische GGZ of Umami
- Specialistische GGZ of Eleo/Umami
- Specialistische GGZ

Voor het grootste deel zijn de verwijscriteria duidelijk en is er niet of nauwelijks discussie mogelijk over de invulling ervan. Echter op bepaalde aspecten is er ruimte voor eigen interpretatie.

Zo hebben wij een onderscheid gemaakt tussen het mogelijk interfereren van persoonlijkheidsstoornissen enerzijds en somatische aandoeningen en psychosociale omgevingsfactoren anderzijds, bij een behandeling gericht op syndroomstoornissen. Bij somatische aandoeningen of psychosociale omgevingsfactoren is niet in alle gevallen sprake van ernstige problematiek die interfereert met de behandeling van de syndroomstoornissen. Denk bijvoorbeeld aan mensen die aangeven dat ze financiële problemen hebben omdat zij moeilijk kunnen rondkomen, maar nog geen schulden hebben of al schuldhulpverlening krijgen. Of patiënten die aangeven te lijden aan een lichamelijke aandoening, waarbij het enkel gaat om terugkerende

hoofdpijn. Beiden zeer vervelend, maar zeker geen reden voor een verwijzing naar de Specialistische GGZ of Eleo/Umami.

Ook als het gaat om meerdere syndroomstoornissen tegelijk adviseert het systeem een verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ in plaats van de Specialistische GGZ. Hiervoor is gekozen omdat syndroomstoornissen vaak een gemeenschappelijke grond hebben en dus gezamenlijk behandeld kunnen worden. Indien het beeld naar het oordeel van de diagnosticus te complex is voor een behandeling binnen de Generalistische Basis GGZ, kan het echelonadvies handmatig worden aangepast naar Specialistische GGZ of Eleo/Umami.

Bij een persoonlijkheidsstoornis gaat het altijd om een pervasief, persistent en pathologisch patroon, waarbij het aannemelijk is dat deze de behandeling van syndroomstoornissen zal beïnvloeden. Echter, dit zal niet in alle gevallen zo zijn. Wij hopen de komende jaren op feedback uit het veld en/of verdere ontwikkelingen. Somatische aandoeningen en psychosociale omgevingsfactoren staan standaard ingesteld als niet interfererend met een behandeling op syndroomstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen zijn standaard wel ingesteld als interfererend met een behandeling op syndroomstoornissen. Zoals eerder genoemd kunnen binnen het systeem indicaties worden aangepast als naar het klinisch oordeel van de diagnosticus blijkt dat enige nuancering op zijn plaats is. Het echelonadvies zal automatisch mee veranderen en kan ook handmatig worden aangepast door de diagnosticus.

Het voordeel van werken met automatische beslisregels is dat het een hoop werk uit handen neemt. Het nadeel is dat door het generalistische karakter van het verwijfsmodel niet voorzien wordt in alle uitzonderingsgevallen. Het systeem maakt keuzes op basis van gesloten vragen en kan hierbij geen onderscheid maken tussen lichte/niet interfererende problematiek en zware/wel interfererende problematiek op het vlak van persoonlijkheidspathologie, somatische aandoeningen of psychosociale omgevingsfactoren. Het systeem is een hulpmiddel om efficiënter en beter te kunnen triëren, waarbij ook de klinische blik een belangrijke rol speelt.

7. Literatuur

- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Buchanan, T. (2000). Potential of the Internet for personality research. In M.H. Birnbaum (Ed.), *Psychological experiments on the Internet* (pp. 121-140). San Diego, CA: Academic Press.
- Buchanan, T. (2001). Online personality assessment. In U.D. Reips & M. Bosnjak (Eds.), *Dimensions of Internet science* (pp. 57-74). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Buchanan, T., & Smith, J. L. (1999a). Research on the Internet: Validation of a World-Wide Web mediated personality scale. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31, 565-571.
- Buchanan, T., & Smith, J. L. (1999b). Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World-Wide Web. *British Journal of Psychology*, 90, 125-144.
- Bureau HHM Onderzoek en Advies, Bakker, P., Jansen, P. Generalistische Basis GGZ Verwijmodel en Productbeschrijvingen.
- Davis, R. N. (1999). Web-based administration of a personality questionnaire: Comparison with traditional methods. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31, 572-577.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B., & Ruan, W.J. (2005a). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100, 281-292.
- Dijksman, I., Dinant, G. J., & Spigt, M. (2016). The concurrent validity of a new eDiagnostic system for mental disorders in primary care. *Family Practice*, 33(6), 607-616.
- Dijksman, I. (2018). TeleScreen as a novel internet-based tool for classifying mental disorders presented in primary care. *Universitaire Pers Maastricht*. [Link](#)
- Fairburn, C., & Harrison, J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders. Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In: C.G. Fairburn & G.T. Wilson (red.). *Binge eating. Nature, assessment and treatment* (pp. 317-361). New York: Guilford Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., e.a. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID I)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Jansen, A. (2000). *Eating Disorder Examination*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Maisto, S.A., McKay, J.R., & Conners, G.J. (1990). Self-report issues in substance abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 117-134.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). Helping patients who drink too much: A clinician's guide. Rockville, MD: NIAAA/National Institutes of Health/U.S. Department of Health and Human Services.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9. London, UK: National Health Service, National Collaborating Centre for Mental Health; January 2004. Available at: <http://www.nice.org.uk/Docref.asp?d=101245>. Accessed February 4, 2004.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente J.R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88, 296-303.

Schoemaker C., & Ruiter C. de (Red.). (2003) Nationale Monitor Geestelijke gezondheid, Jaarboek 2003. Trimbos-instituut Utrecht.

Strien, T. van, Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A., & Defares, P.B. (1986). Nederlandse Vragenlijst voor eetgedrag. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2011). Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Trimbos Instituut.

Tucker, J.A., (2003). Natural resolution of alcohol-related problems. In J.P. Allen & M. Gallanter (Eds.). *Recent developments in alcoholism: Vol. XVI. Research in alcoholism treatment* (pg. 77-90). New York: Plenum Press.

Bijlage A. Items van de algemene anamnese

1. Wat is uw leefsituatie?
2. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?
3.
 - a. Werkt of studeert u momenteel? (Lees voor werk ook vrijwilligerswerk.)
 - b. Wat voor werk deed u in het verleden?
 - c. Hoelang bent u al thuis?
 - d. Wat is de reden van het thuis zijn?
4. Wat zijn uw hobby's of hoe besteedt u uw vrije tijd?
5. Omschrijf (beknopt) in uw eigen woorden waarvoor u hulp zoekt.
6. Hoelang is dit probleem al aanwezig?
7. Gebruikt u medicatie voor uw psychische problemen?
8.
 - a. Heeft u al eens eerder een behandeling gehad voor uw psychische problemen?
 - b. Is er tijdens deze eerdere behandeling een diagnose van een ontwikkelingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis gesteld?
 - c. Zoekt u nu opnieuw hulp voor dezelfde klachten als toen?
 - d. Welke (andere) diagnose is er tijdens uw eerdere behandeling gesteld?
 - e. Welke behandeling heeft u gehad? (Bijvoorbeeld ondersteunende gesprekken, kort behandeltraject, intensief behandeltraject of opname binnen een instelling.)
 - f. Was de behandeling volgens u succesvol?
9. Heeft u op dit moment een zinvolle dagbesteding? Denk aan betaald werk, vrijwilligerswerk, de zorg voor kinderen of mantelzorg.
10. Heeft u voldoende sociale steun? Denk aan familieleden, vrienden, goede burens of collega's.
11. Heeft u problemen binnen het gezin of uw sociale leven? (Bijvoorbeeld problemen met het ouderschap, onenigheid tussen kinderen, relatieproblemen, verlies van een dierbare, discriminatie, enz.)
12. Heeft u woonproblemen? (Bijvoorbeeld geen of een slechte woning, onveilige buurt, onenigheid met burens of huisbaas, enz.)
13. Heeft u op dit moment problemen met onderwijs of scholing? (Bijvoorbeeld leer- of studieproblemen, ongeschikte schoolomgeving, enz.)
14. Heeft u werkproblemen? (Bijvoorbeeld (dreigende) werkloosheid, moeilijke werkomstandigheden, ruzie met collega's of werkgever, enz.)
15. Heeft u op dit moment financiële problemen? (Bijvoorbeeld schulden, geen of te lage inkomsten, enz.)
16. Heeft u op dit moment problemen met justitie of politie?
17. Bent u op dit moment het slachtoffer van lichamelijk, geestelijk of seksueel misbruik?
18. Heeft u problemen met religie (geloof), ongewenste zwangerschap, onenigheid met sociale voorzieningen (zoals een uitkeringsinstantie) of bent u het slachtoffer van terrorisme, marteling, oorlog of een ramp?
19. Heeft u op dit moment last van woedeaanvallen, waarbij u fysiek gewelddadig bent tegen mensen of waardevolle eigendommen beschadigt?
20.
 - a. Lijdt u momenteel aan (een) lichamelijke aandoening(en)?
 - b. Hebben uw lichamelijke klachten invloed op uw psychische klachten of uw mogelijkheden voor behandeling?

Bijlage B. Items van de screening syndroomstoornissen

Persisterende depressieve stoornis

1. Voelde u zich minimaal **de afgelopen twee jaren** meer dan de helft van de dagen aanhoudend bedroefd, somber of depressief?
2. Als u zich bedroefd, somber of depressief voelde, was dit dan meestal het grootste deel van de dag aanwezig?
3. Werd deze periode onderbroken door **twee maanden of meer** dat u zich wel goed voelde?
4. Was uw eetlust in die periode duidelijk veranderd?
5. Had u in die periode moeite met slapen of sliep u overmatig veel?
6. Voelde u zich in die periode moe of had u weinig energie?
7. Had u in die periode minder zelfvertrouwen?
8. Had u in die periode moeite met concentreren of beslissingen nemen?
9. Voelde u zich in die periode wanhopig?
10. Maakten die klachten en symptomen het u erg moeilijk om uw werk te doen, zorg te dragen voor het huishouden, of met anderen om te gaan?
11. Hoe oud was u toen u de eerste verschijnselen van **minimaal twee jaren** durende somberheid begonnen?

Depressieve stoornis

12. Gedurende de **afgelopen maand**: waren er dagen waarop u zich het **grootste gedeelte van de dag** gedeprimeerd of down voelde? (Antwoord hier alleen 'Ja' indien u zich zonder onderbreking het grootste gedeelte van de dag gedeprimeerd of down voelde. Wanneer u zich enkel een paar uur, of een deel van de dag, gedeprimeerd of down heeft gevoeld kies dan 'Nee'.)
13. Gedurende de **afgelopen maand**: was er een periode van twee weken waarin u zich **bijna elke dag** gedeprimeerd of down voelde? (Antwoord hier alleen 'Ja' indien u zich het **merendeel van de week** gedeprimeerd of down voelde.)
14. Gedurende de **afgelopen maand**: was er een **periode van twee weken** waarin u geen interesse of plezier in activiteiten had, waarvan u doorgaans wel geniet?
15. Had u gedurende deze periode nog wel enigszins plezier in leuke activiteiten, ook al was het niet meer zoals vroeger? (Antwoord hier alleen 'Nee' indien u helemaal niet meer kunt genieten van leuke activiteiten zelfs niet voor een korte duur.)
12. Heeft u, gedurende deze periode, **bijna elke dag** minder of juist meer eetlust of is uw gewicht af- of toegenomen zonder dat u dat wilde?
13. Heeft u, gedurende deze periode, **bijna elke nacht** moeite gehad met in slaap komen, wordt u vaak wakker, heeft u moeite met doorslapen, of wordt u te vroeg wakker, of slaapt u juist te veel?
14. Gedurende deze periode, hebben anderen opgemerkt dat u **bijna iedere dag** trager beweegt of spreekt dan anders, of juist rusteloos bent? (Bijvoorbeeld trager spreken, denken en bewegen of niet stil kunnen zitten, ijsberen, voortdurend in beweging met handen of voeten).
15. Voelt u zich, gedurende deze periode, **bijna iedere dag** moe en futloos?
16. Voelt u zich, gedurende deze periode, **bijna iedere dag** waardeloos of schuldig?

17. Heeft u, gedurende deze periode, moeite met nadenken, concentreren of beslissingen nemen, en dat **bijna iedere dag**?
18. Gaat het, gedurende deze periode, zo slecht met u dat u vaak aan de dood denkt, of dat u denkt beter af te zijn als u dood zou zijn?
19. Maakten die klachten en symptomen het u erg moeilijk om uw werk te doen, zorg te dragen voor het huishouden, of met anderen om te gaan?
20. De klachten waar u toen last van had, begonnen die altijd in een specifiek seizoen of jaargetijde?
21. Zijn de klachten al **twee jaar of langer** vrijwel iedere dag aanwezig?

Depressieve stoornis, in het verleden

22. Heeft u ooit eerder soortgelijke periodes meegemaakt waarin u overwegend somber of down was, of waarin u geen interesse of plezier in activiteiten had waarvan u doorgaans wel geniet?

Premenstruele stemmingsstoornis

23. Werden in de afgelopen **12 maanden** de meeste van uw menstruaties voorafgegaan door een duidelijke verandering van stemming, gedurende een periode van ongeveer **één week**?
24. Blijven de klachten beperkt tot de periode voorafgaand aan uw menstruaties? Als u ook last heeft van stemmingsklachten los van uw menstruaties, kies dan 'nee'.
25. Gedurende deze perioden: maakten die klachten en symptomen het u erg moeilijk om uw werk te doen, zorg te dragen voor het huishouden of met anderen om te gaan?
26. Gedurende deze perioden: is er sprake van stemmingswisselingen, plotseling verdriet, huilerig voelen of bent u bijzonder gevoelig voor het commentaar van anderen?
27. Gedurende deze perioden: voelt u zich prikkelbaar, boos of zoekt u ruzie?
28. Gedurende deze perioden: voelt u zich triest, neerslachtig, depressief, wanhopig of vol zelfkritiek?
29. Gedurende deze perioden: voelt u zich angstig, gespannen of heeft u het gevoel snel geïrriteerd of driftig te zijn?
30. Gedurende deze perioden: heeft u minder interesse in uw dagelijkse activiteiten, zoals uw werk, hobby's of contacten met vrienden?
31. Gedurende deze perioden: heeft u moeite met concentreren?
32. Gedurende deze perioden: voelt u zich uitgeput, bent u snel vermoeid of heeft u weinig energie?
33. Gedurende deze perioden: verandert uw eetlust, eet u teveel of heeft u overmatige trek in bepaalde etenswaren?
34. Gedurende deze perioden: heeft u moeite met slapen of slaapt u overmatig veel?
35. Gedurende deze perioden: voelt u zich overspoeld door emoties of zonder controle?
36. Gedurende deze perioden: heeft u lichamelijke klachten zoals gevoelige of opgezette borsten, hoofdpijn, gewrichts- of spierpijn, een opgeblazen gevoel of is er sprake van gewichtstoename?

Suicide

37. Dacht u ooit dat u beter af zou zijn wanneer u dood zou zijn? Of wenste u ooit dat u dood was?
38. De **afgelopen maand**: wilde u zichzelf van het leven beroven?
39. De **afgelopen maand**: maakte u concrete plannen om een eind aan uw leven te maken? (Bijvoorbeeld het schrijven van een afscheidsbrief, het sparen van pillen of het zoeken naar mogelijkheden op het internet.)
40. In uw leven: deed u een zelfmoordpoging?
41. De **afgelopen maand**: ondernam u een zelfmoordpoging?
42. Heeft u **momenteel**: concrete of uitgewerkte plannen om een einde aan uw leven te maken?

Bipolaire stoornis

43. Is er ooit een periode geweest waarin u zich gedurende **ten minste vier dagen** voortdurend abnormaal buitensporig en/of ongepast blij, energiek of uitgelaten voelde en abnormaal veel activiteiten ondernam? (Antwoord hier alleen 'Ja' als u zich **vier dagen** non-stop en zonder enige onderbreking buitensporig en/of ongepast blij, energiek en uitgelaten voelde en veel meer activiteiten ondernam dan normaal.)
44. Was u zodanig blij en uitgelaten en ondernam u zoveel activiteiten, dat uzelf of anderen vonden dat u zichzelf niet meer was of dat u daardoor in problemen bent gekomen?

Bipolaire stoornis, huidig

45. Heeft u momenteel zo'n periode waarin u zich uitzonderlijk blij, energiek en uitgelaten voelt en abnormaal veel activiteiten onderneemt?
46. Voelt u **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten**, dat u dingen aankunt die anderen niet aankunnen of dat u een bijzonder belangrijk iemand bent?
47. Heeft u **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten**, veel minder behoefte aan slaap dan gewoonlijk en bent u al **uitgerust en fit** na amper een paar uur slaap? (Antwoord hier alleen 'Ja' als u na drie uur slaap (of minder) energiek wakker wordt en zin hebt om dingen te ondernemen.)
48. Praat u **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten**, zonder ophouden of zo vlug dat u moeilijk te volgen bent?
49. Gaat de gedachten **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten**, razendsnel en onophoudelijk door uw hoofd?
50. Bent u **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten**, zelfs door onbelangrijke dingen afgeleid?
51. Bent u **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten** abnormaal actief? (Bijvoorbeeld overmatig plannen maken of abnormaal veel deelnemen aan activiteiten zoals werk, hobby, religie, sociale of seksuele contacten.)
52. Gaat u **ten minste de afgelopen vier dagen aaneengesloten**, op in het doen van activiteiten waarbij een grote kans bestaat op negatieve gevolgen? (Bijvoorbeeld ondoordachte zakelijke investeringen, koopzucht, roekeloos rijden, seksuele buitensporigheden.)
53. Duren de verschijnselen **ten minste vier dagen aaneengesloten** en hebben ze al tot oncontroleerbare problemen thuis, op het werk, dan wel op school geleid of moet u worden opgenomen in een (psychiatrische) ziekenhuis?

Bipolaire stoornis, in het verleden

54. Heeft u, buiten de afgelopen periode, ooit een periode gehad waarin u zich gedurende **ten minste vier dagen** voortdurend, buitensporig en/of ongepast blij voelde en abnormaal veel ondernam?
55. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: voelde u dat u gedurende **ten minste vier dagen aaneengesloten**, dingen aankon die anderen niet aankonden, of dat u een bijzonder belangrijk iemand was?
56. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: had u gedurende **ten minste vier dagen aaneengesloten**, minder behoefte aan slaap dan gewoonlijk en was u al **uitgerust en fit** na amper een paar uur slaap? (Antwoord hier alleen 'Ja' als u na drie uur slaap (of minder) energiek wakker werd en zin had om dingen te ondernemen.)
57. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: praatte u gedurende **ten minste vier dagen aaneengesloten**, zonder ophouden, of zo vlug dat u moeilijk te volgen was?
58. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: gingen de gedachten gedurende **ten minste vier dagen aaneengesloten**, razendsnel en onophoudelijk door uw hoofd?
59. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: was u gedurende **ten minste vier dagen aaneengesloten**, zo gemakkelijk afgeleid dat onbelangrijke dingen u al snel konden afleiden?
60. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: was u gedurende **ten minste vier dagen aaneengesloten**, abnormaal actief? (Bijvoorbeeld overmatig plannen maken of abnormaal veel deelnemen aan activiteiten zoals werk, hobby, religie, sociale of seksuele contacten.)
61. Toen u in het verleden zo'n episode "boordevol energie" had: ging u zo op in het doen van activiteiten waarbij een grote kans bestaat op negatieve gevolgen? (Bijvoorbeeld ondoordachte zakelijke investeringen, koopzucht, roekeloos rijden, seksuele buitensporigheden.)
62. Duurden de verschijnselen **ten minste vier dagen aaneengesloten** en hebben ze tot oncontroleerbare problemen thuis, op het werk, dan wel op school geleid, of moest u worden opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis?
63. Hoe oud was u toen u voor het eerst zo'n episode "boordevol energie" had?
64. Hoe vaak heeft u sindsdien duidelijk last gehad van dergelijke episodes "boordevol energie"?

Schizofrenie

65. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: nam u dingen waar (zien, horen, ruiken, voelen of proeven), die anderen niet konden waarnemen?
66. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: hoorde u stemmen in uw hoofd met elkaar praten? (Het gaat hier niet om uw eigen gedachten, maar om stemmen van buitenaf.)
67. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: zag u dingen, die anderen niet konden zien? (Het gaat hier om een niet normale beleving, zoals het zien van geesten, vreemde kleuren, objecten of personen die anderen niet kunnen zien.)
68. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: rook u vreemde dingen, die anderen niet konden ruiken? (Het gaat hier om een niet normale beleving, die niet het gevolg is van bijvoorbeeld een erg goed ontwikkeld reukorgaan.)
69. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?

70. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: gaven de mensen in uw omgeving aan dat ze u niet goed konden volgen, omdat u vreemd of warrig sprak?
71. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: was u continu de draad van het gesprek kwijt?
72. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
73. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: was u zo chaotisch en verward, dat u niet meer goed kon functioneren?
74. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: nam u wisselend vreemde lichamelijke houdingen aan, of kon u zich juist niet bewegen?
75. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
76. In uw leven, gedurende **ten minste één maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: had u het gevoel dat uw gedachten, gevoel, of spraak zodanig afgevlakt waren dat u buiten het normale leven leek te staan?
77. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
78. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: hoorde u stemmen of geluiden die anderen niet konden waarnemen? (Het gaat hier niet om uw eigen gedachten, maar om stemmen of geluiden van buitenaf.)
79. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: zag u dingen, die anderen niet konden zien? (Het gaat om een niet normale beleving, zoals het zien van geesten, vreemde kleuren, objecten of personen die anderen niet kunnen zien.)
80. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: rook u vreemde dingen, die anderen niet konden ruiken? (Het gaat hier om een niet normale beleving, die niet het gevolg is van bijvoorbeeld een erg goed ontwikkeld reukorgaan.)
81. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
82. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: gaven de mensen in uw omgeving aan dat ze u niet goed konden volgen, omdat u vreemd of warrig sprak?
83. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: was u continu de draad van het gesprek kwijt?
84. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
85. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: was u zo chaotisch en verward, dat u niet meer goed kon functioneren?
86. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: nam u wisselend vreemde lichamelijke houdingen aan, of kon u zich juist niet bewegen?
87. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
88. In **de afgelopen maand** en het **grootste deel van de tijd aanwezig**: had u het gevoel dat uw gedachten, gevoel, of spraak zodanig afgevlakt waren dat u buiten het normale leven leek te staan?
89. Verstoorden deze ervaringen uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of gaven ze problemen in de contacten met anderen of in de verzorging van uzelf?
90. Gebruikte u drugs vlak voordat deze verschijnselen begonnen?

91. Hoe lang was de langste periode waarin u de zojuist genoemde gedachten of ervaringen had?
92. Werd u behandeld met medicijnen of werd u opgenomen in een ziekenhuis vanwege deze gedachten of ervaringen, of vanwege de moeilijkheden die daardoor ontstonden?
93. Hoelang was de langste periode dat u met medicijnen behandeld werd, of opgenomen was, vanwege deze gedachten of ervaringen?
94. Heeft u die gedachten en ervaringen ooit **twee weken of meer** gehad, terwijl u zich toen niet depressief, opgewonden of prikkelbaar voelde?

ADHD

95. Had u als kind vaak moeite om voldoende aandacht te geven aan details en maakte u daardoor fouten in uw schoolwerk of andere activiteiten?
96. Had u als kind vaak moeite om uw aandacht bij taken of spel te houden?
97. Had u als kind vaak moeite om te luisteren als u aangesproken werd?
98. Had u als kind vaak moeite met het opvolgen van aanwijzingen?
99. Had u als kind vaak moeite met het afmaken van schoolwerk of karweitjes?
100. Had u als kind vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten?
101. Ging u als kind vaak taken of activiteiten uit de weg, waarbij u zich langdurig moest concentreren?
102. Raakte u als kind vaak dingen kwijt die u nodig had voor taken of bezigheden? (Bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap.)
103. Was u als kind gemakkelijk afgeleid door de dingen die om u heen gebeurden?
104. Vergat u als kind vaak afspraken of taken?
105. Bewoog u als kind vaak onrustig? (Bijvoorbeeld met handen of voeten bewegen of in uw stoel draaien.)
106. Kon u moeilijk stil zitten zelfs in situaties waarin dat nodig was?
107. Rende u als kind vaak rond of klom u overal in, ook als dit ongepast was?
108. Had u als kind vaak moeite om rustig te spelen, of u bezig te houden met ontspannende activiteiten?
109. Was u als kind vaak in de weer of draafde u maar door?
110. Praatte u als kind vaak aan één stuk door?
111. Gaf u als kind vaak al antwoord voordat de ander zijn vraag had afgemaakt?
112. Had u als kind vaak moeite met uw beurt afwachten?
113. Verstoorde u als kind vaak bezigheden van anderen, of drong u zich op?
114. Had u deze net benoemde verschijnselen van drukte, impulsiviteit en/of onoplettendheid al voor uw 12de levensjaar? (Bijvoorbeeld snel afgeleid zijn in de lessen, niet kunnen concentreren op taken, door anderen als dromerig of afwezig worden beschreven, moeite met stilzitten of uw beurt afwachten.)
115. Waren deze verschijnselen van drukte, impulsiviteit en/of onoplettendheid aanwezig in meerdere situaties zoals op school, thuis of bij familie of vrienden?
116. Heeft u ook nu nog vaak moeite om voldoende aandacht te geven aan details en maakt u daardoor fouten in taken of bij andere activiteiten?
117. Heeft u ook nu nog vaak moeite om uw aandacht bij taken of andere activiteiten te houden?
118. Heeft u ook nu nog vaak moeite om te luisteren als u aangesproken wordt?
119. Heeft u ook nu nog vaak moeite met het opvolgen van aanwijzingen?
120. Heeft u ook nu nog vaak moeite met het afmaken van werk of klussen?
121. Heeft u ook nu nog vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten?

122. Gaat u ook nu nog vaak taken of activiteiten uit de weg, waarbij u zich langdurig moet concentreren?
123. Raakt u ook nu nog vaak dingen kwijt die u nodig heeft voor taken of bezigheden? (Bijvoorbeeld pennen, boeken of gereedschap.)
124. Bent u ook nu nog gemakkelijk afgeleid door dingen die om u heen gebeuren?
125. Vergeet u ook nu nog vaak afspraken of taken?
126. Beweegt u ook nu nog vaak onrustig? (Bijvoorbeeld met handen of voeten bewegen of in uw stoel draaien.)
127. Kunt u ook nu nog moeilijk stil zitten, zelfs in situaties waarin dat nodig is?
128. Voelt u zich ook nu nog vaak rusteloos?
129. Heeft u ook nu nog vaak moeite om u bezig te houden met ontspannende activiteiten?
130. Bent u ook nu nog vaak in de weer of draaft u maar door?
131. Praat u ook nu nog vaak aan één stuk door?
132. Geeft u ook nu nog antwoord voordat de ander zijn vraag heeft afgemaakt?
133. Heeft u ook nu nog moeite met uw beurt afwachten?
134. Verstoort u ook nu nog vaak bezigheden van anderen, of dringt u zich op?
135. Waren deze net door u benoemde verschijnselen van drukte, impulsiviteit en/of onoplettendheid aanwezig in meerdere situaties zoals op school, op het werk, thuis of bij familie of vrienden?
136. Hebben deze net door u benoemde verschijnselen van drukte, impulsiviteit en/of onoplettendheid geleid tot duidelijke problemen in twee of meer van de volgende situaties: op school, op het werk, thuis of bij familie of vrienden?

Autismespectrumstoornis

137. Vond u het gedurende een groot deel van uw leven leuk om anderen te vertellen dat u iets had bereikt of iets leuks had meegemaakt?
138. Vond u het gedurende een groot deel van uw leven vaak moeilijk om interesses, gevoelens of gedachten te delen met anderen?
139. Had u gedurende een groot deel van uw leven vaak moeite met het aangaan of onderhouden van gesprekken?
140. Had u gedurende een groot deel van uw leven vaak moeite met het maken van oogcontact?
141. Had u gedurende een groot deel van uw leven vaak moeite met het inschatten van gezichtsuitdrukkingen, lichaamstaal of gebaren van anderen?
142. Had u gedurende een groot deel van uw leven vaak moeite met het inschatten van hoe een ander zich voelt?
143. Had u gedurende een groot deel van uw leven moeite om vriendschappen te ontwikkelen met leeftijdsgenoten?
144. Had u gedurende een groot deel van uw leven vaak moeite om mee te doen, u in te leven in fantasiespellen van andere kinderen?
145. Had u gedurende een groot deel van uw leven nauwelijks belangstelling voor vriendschappen met leeftijdsgenoten?
146. Had u gedurende een groot deel van uw leven bepaalde lichamelijke bewegingen die u telkens herhaalde? (Bijvoorbeeld fladderen of draaien met uw armen, of bewegingen met het hele lichaam.)
147. Herhaalde u gedurende een groot deel van uw leven vaak dezelfde woorden, praatte u anderen na of vonden anderen uw taalgebruik eigenaardig?

148. Had u gedurende een groot deel van uw leven routines of rituelen waar u moeilijk van kon afwijken? (Bijvoorbeeld bepaalde eetgewoontes, manier van aankleden, vaste volgorde van activiteiten.)
149. Was u van slag indien van deze routines of rituelen werd afgeweken?
150. Had u gedurende een groot deel van uw leven specifieke hobby's of interesses waaraan u zoveel tijd besteedde en waar u in opging, dat u vergat te eten, later ging slapen of andere verplichtingen aan de kant schoof?
151. Was u gedurende een groot deel van uw leven ongevoelig of overgevoelig voor zintuiglijke prikkels of was u gefascineerd door zintuiglijke prikkels? (Bijvoorbeeld ongevoelig of overgevoelig voor geluid, temperatuur, textuur, smaak, geuren, overmatig objecten willen aanraken of een fascinatie met licht of beweging?)
152. Zorgden deze ervaringen ervoor dat u problemen had in sociaal functioneren of op school, werk, of beperkt was op het gebied van andere dagelijkse bezigheden? (Met deze ervaringen bedoelen wij problemen in de sociale interactie, herhalend gedrag, routines/rituelen, zeer specifiek interesses of gevoeligheid voor zintuiglijke prikkels.)

Sociale (pragmatische) communicatiestoornis

153. Vond u het gedurende een groot deel van uw leven moeilijk om anderen te begroeten of een praatje te houden op een manier die paste bij de situatie?
154. Vond u het gedurende een groot deel van uw leven moeilijk om uw verhaal af te stemmen op de luisteraar? (Bijvoorbeeld moeite om rekening te houden met het kennisniveau van de luisteraar of moeite met anders spreken tegen een kind dan tegen een volwassene.)
155. Vond u het gedurende een groot deel van uw leven moeilijk om op een goede manier te communiceren, zoals niet door een ander heen praten, bij een misverstand uw verhaal op een andere manier uitleggen of op een gepaste manier gebruik maken van taal, gezichtsuitdrukkingen of gebaren?
156. Had u gedurende een groot deel van uw leven moeite met het begrijpen van indirecte communicatie? (Bijvoorbeeld het verschil tussen een grapje en een serieuze mededeling, moeite met het begrijpen van spreekwoorden of woorden die verschillende betekenissen hebben.)
157. Zorgden deze problemen in de sociale interactie ervoor dat u beperkt werd in uw sociaal functioneren of op werk?

Stoornis van Gilles de la Tourette

158. Heeft u de afgelopen **12 maanden** vaker gemerkt dat u herhaaldelijk zenuwtrekken had die u niet onder controle kon krijgen, zoals het plotseling en veelvuldig knippen met uw ogen, zenuwtrekkingen in uw keel/hals, het schokken van uw schouders, of het trekken van uw gezicht?
159. Heeft u de afgelopen **12 maanden** vaker plotseling en veelvuldig geluiden gemaakt die u niet onder controle kon krijgen, zoals hoesten, het schrapen van de keel, knorren, brommen, snuiven, snurken, of heeft u gemerkt dat u woorden sprak zonder daar controle over te kunnen krijgen, zoals het tegen uw wil uitspreken van vieze woorden?
160. Zijn deze zenuwtrekken en/of stemgeluiden meer dan één jaar aanwezig?
161. Zijn de zenuwtrekken en/of stemgeluiden begonnen voordat u 18 jaar was?

Stoornis in alcoholgebruik

162. Heeft u de afgelopen 12 maanden bij drie of meer gelegenheden zes of meer glazen alcohol gedronken?
163. Heeft u de afgelopen maand alcohol gedronken?
164. Hoe vaak drinkt u alcohol?
165. Als u drinkt, hoeveel glazen alcohol drinkt u op een gemiddelde dag? (Aangezien er verschillende typen glazen zijn gebruiken wij de maat standaardglazen. In het geval van bier is dit een bierglas, in het geval van wijn een wijnglas en in het geval van sterke drank een borrelglasje.)
166. De afgelopen **12 maanden**: is het u opgevallen dat u regelmatig meer alcohol dronk, of gedurende langere periodes dronk dan u aanvankelijk had gepland?
167. De afgelopen **12 maanden**: heeft u geprobeerd minder te drinken of te stoppen, maar lukte dat niet?
168. De afgelopen **12 maanden**: gaat een groot deel van uw tijd op aan het verkrijgen van alcohol, het drinken of aan het bijkomen van de effecten van alcohol?
169. De afgelopen **12 maanden**: verlangt u vaak naar alcohol, waardoor het moeilijk wordt om aan andere dingen te denken?
170. De afgelopen **12 maanden**: heeft u door het gebruik van alcohol herhaaldelijk niet kunnen voldoen aan verplichtingen op school, op het werk, of thuis? (Bijvoorbeeld herhaaldelijk slecht werk afleveren, niet naar school of werk gaan, de kinderen of het huishouden verwaarlozen.)
171. De afgelopen **12 maanden**: bent u verder blijven drinken terwijl u wist dat dit problemen met uw omgeving veroorzaakte of verergerde? (Bijvoorbeeld een verbale of fysieke confrontatie met uw partner, vrienden, kennissen, etc.?)
172. De afgelopen **12 maanden**: heeft u werk, hobby's of sociale contacten opgegeven, of was u er duidelijk minder mee bezig, omdat u dronk?
173. De afgelopen **12 maanden**: was u herhaaldelijk onder invloed in situaties waarin dit gevaarlijk kon zijn? (Bijvoorbeeld autorijden onder invloed, of andere situaties waarin u, of anderen, gewond konden raken.)
174. De afgelopen **12 maanden**: bent u herhaaldelijk verder blijven drinken hoewel u wist dat het u lichamelijke of geestelijke problemen veroorzaakte of problemen in stand hield? (Bijvoorbeeld, blijven drinken terwijl u wist dat uw maagklachten zou krijgen of blijven drinken terwijl u wist dat u daardoor somber zou worden.)
175. De afgelopen **12 maanden**: heeft u gemerkt dat u merkbaar meer moest drinken om hetzelfde effect te bereiken?

176. De afgelopen **12 maanden**: heeft u gemerkt dat uw gebruikelijke dosis alcohol minder effect heeft op u?
177. De afgelopen **12 maanden**: wanneer u minder alcohol dronk, had u vaker last van transpireren, verhoogde hartslag, bevende handen, slapeloosheid, misselijkheid, braken, hallucinaties, rusteloosheid, angst, epileptische aanvallen of andere ontwenningsverschijnselen? (Antwoord hier alleen 'Ja' als u regelmatig last heeft van deze symptomen. Als u bijvoorbeeld eens per maand uitgaat en vervolgens een 'kater' heeft, antwoord dan 'Nee'.)
178. De afgelopen **12 maanden**: gebruikt u alcohol, medicijnen of drugs om de ontwenningsverschijnselen te verminderen?

Afhankelijkheid van drugs (en andere middelen)

179. Welke middelen heeft u de afgelopen **12 maanden** gebruikt?
180. Welke middelen heeft u de afgelopen **drie maanden** gebruikt?
181. Hoe vaak gebruikt u dit middel?
182. Als u dit middel gebruik, hoeveel gebruikt u dan gemiddeld op één dag?
183. De afgelopen **12 maanden**: is het u opgevallen dat u regelmatig meer van dit middel, of gedurende langere periodes, gebruikte dan u aanvankelijk had gepland?
184. De afgelopen **12 maanden**: heeft u geprobeerd het gebruik van dit middel te verminderen of te stoppen, maar lukte dat niet?
185. De afgelopen **12 maanden**: gaat een groot deel van uw tijd op aan het verkrijgen, het gebruiken of aan het bijkomen van de effecten van dit middel?
186. De afgelopen **12 maanden**: verlangt u vaak naar het gebruik van dit middel, waardoor het moeilijk wordt om aan andere dingen te denken?
187. De afgelopen **12 maanden**: heeft u door het gebruik van dit middel herhaaldelijk niet kunnen voldoen aan verplichtingen op school, op het werk, of thuis? (Bijvoorbeeld herhaaldelijk slecht werk afleveren, niet naar school of werk gaan, de kinderen of het huishouden verwaarlozen.)
188. De afgelopen **12 maanden**: bent u dit middel verder blijven gebruiken terwijl u wist dat dit problemen met uw omgeving veroorzaakte of verergerde? (Bijvoorbeeld een verbale of fysieke confrontatie met uw partner, vrienden, kennissen, etc.)
189. De afgelopen **12 maanden**: heeft u werk, hobby's of sociale contacten opgegeven, of was u er duidelijk minder mee bezig, omdat u dit middel gebruikte?
190. De afgelopen **12 maanden**: was u herhaaldelijk onder invloed van dit middel in situaties waarin dit gevaarlijk kon zijn? (Bijvoorbeeld onder invloed autorijden of andere situaties waarin u of anderen gewond konden raken.)
191. De afgelopen **12 maanden**: bent u herhaaldelijk dit middel verder blijven gebruiken hoewel u wist dat het lichamelijke of geestelijke problemen veroorzaakte of problemen in stand hield? (Bijvoorbeeld het middel blijven gebruiken terwijl u wist dat u daardoor lichamelijke klachten zou krijgen of somber zou worden.)
192. De afgelopen **12 maanden**: heeft u gemerkt dat u merkbaar meer nodig had om hetzelfde effect te bereiken?
193. De afgelopen **12 maanden**: heeft u gemerkt dat uw gebruikelijke dosis van dit middel minder effect heeft op u?
194. De afgelopen **12 maanden**: wanneer u minder van het middel gebruikte, had u vaker last van transpireren, verhoogde hartslag, bevende handen, slaapproblemen, misselijkheid, braken, hallucinaties, rusteloosheid, angst, lichamelijke klachten, epileptische aanvallen of andere ontwenningsverschijnselen? (Antwoord hier alleen 'Ja' als u regelmatig last heeft van deze

symptomen. Als u bijvoorbeeld eens per maand uitgaat en vervolgens een 'kater' heeft, antwoord dan 'Nee'.)

195. De afgelopen **12 maanden**: gebruikt u dit middel, medicijnen of drugs om de ontwenningverschijnselen te verminderen?
196. De afgelopen **12 maanden**: gebruikt u dit middel alleen onder medisch toezicht? (Bijvoorbeeld onder de verantwoordelijkheid/zorg van uw huisarts of medisch specialist.)

Anorexia Nervosa

197. Hoe lang bent u in cm? (Bijvoorbeeld u bent 1,80 meter lang, vul dan 180 in.)
198. Wat was uw laagste gewicht de afgelopen **drie maanden** (in kilogram)?
199. Heeft u de afgelopen **12 maanden** geprobeerd uw gewicht gelijk te houden, of zelfs af te vallen, ondanks uw lage gewicht?
200. Was u bang aan te komen of dik te worden ondanks uw lage gewicht?
201. Vindt u uzelf, of delen van uw lichaam, te dik?
202. Hebben uw gewicht en uw figuur een grote invloed op het beeld dat u van uzelf heeft?
203. Vindt u uw huidige lichaamsgewicht te laag?

Bulimia Nervosa / Eetbuistoornis

204. Heeft u de afgelopen **drie maanden iedere week** eetbuien gehad, waarbij u binnen een tijdsbestek van bijvoorbeeld **twee uur** buitensporig grote hoeveelheden voedsel at? (Antwoord hier alleen 'Ja' indien u binnen korte tijd extreem grote hoeveelheden at, bijvoorbeeld een pak koekjes, dan een zak chips en nog een paar boterhammen, allemaal achter elkaar. Als u zich kunt beperken tot één zak chips/snoep, één reep chocolade of één groot bord eten, kies dan 'nee'.)
205. Had u bij die eetbuien het gevoel dat u het eten niet meer onder controle had of het niet kon stoppen?
206. Hoe vaak komen deze eetbuien gemiddeld voor?
207. Heeft u geprobeerd deze eetbuien te compenseren of gewichtstoename te voorkomen door bijvoorbeeld te braken, (laxeer)middelen te gebruiken, extreem te vasten of overmatige lichaamsbeweging? (Bijvoorbeeld overgeven na een maaltijd, laxeer- of plaspillen innemen om af te vallen, een dag of langer niet eten, zoveel sporten dat het uw dagelijks functioneren verstoort of ondanks blessures toch blijven sporten.)
208. Hoe vaak heeft u geprobeerd deze eetbuien te compenseren of gewichtstoename te voorkomen?
209. Hangen de eetbuien samen met: veel sneller eten dan normaal?
210. Hangen de eetbuien samen met: dooreten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat?
211. Hangen de eetbuien samen met: grote hoeveelheden voedsel nuttigen zonder lichamelijk trek te hebben?
212. Hangen de eetbuien samen met: alleen eten, uit schaamte voor de grote hoeveelheid voedsel die u eet?
213. Hangen de eetbuien samen met: achteraf van uzelf walgen, of u somber of erg schuldig voelen?
214. Lijdt u erg onder de eetbuien of wordt u in belangrijke mate door de eetbuien gehinderd in uw dagelijkse bezigheden of sociaal of beroepsmatig functioneren?
215. Heeft uw lichaamsvorm of lichaamsgewicht een heel grote invloed op uw zelfbeeld?

Somatisch-symptoomstoornis

216. Heeft u de afgelopen **12 maanden** regelmatig last gehad van één of meerdere lichamelijke klachten zoals: pijn, chronische vermoeidheid, duizeligheid, maag/darm problemen, seksuele klachten, problemen met de zintuigen of spierzwakte?
217. Van welke lichamelijke klachten heeft u regelmatig last? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)
218. Lijdt u erg onder deze lichamelijke klachten, of verstoren deze lichamelijke klachten in belangrijke mate uw sociaal of beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen?
219. Is lichamelijke pijn de klacht waar u het meeste last van heeft? U kunt hierbij 'Nee' antwoorden indien er geen sprake is van pijn, of indien u ook veel hinder ondervindt van andere lichamelijke klachten.
220. Zijn uw lichamelijke klachten **enkele maanden** dagelijks en vaker wel dan niet aanwezig?
221. Ervaart u uw lichamelijke klachten als erg bedreigend, gevaarlijk of buitengewoon hinderlijk?
222. Verwacht u het ergste als het gaat om uw gezondheid?
223. Besteedt u meer tijd en energie aan deze klachten of zorgen over uw gezondheid dan u zou willen? (Bijvoorbeeld veel tijd besteden aan informatie zoeken op internet, veel naar artsen, therapeuten en het ziekenhuis gaan.)
224. Zijn de klachten reeds **zes maanden** of langer aanwezig?

Ziekteangststoornis

225. Heeft u zich de afgelopen **12 maanden** vaak zorgen gemaakt dat u mogelijk een ernstige, levensbedreigende lichamelijke ziekte zou hebben?
226. Heeft u lichamelijke klachten of heeft u een hoog risico om een lichamelijke aandoening te ontwikkelen? (Bijvoorbeeld u weet dat een ziekte veel in uw familie voorkomt.)
227. Maakt u zich volgens uw arts of omgeving onnodig of teveel zorgen over uw eigen gezondheid? (Bijvoorbeeld uw huisarts geeft aan dat de symptomen onschuldig zijn of geen reden zijn om u zorgen over te maken, maar toch blijft u zich zorgen maken.)
228. Bent u buitengewoon snel bezorgd over uw gezondheid of is er op dit moment sprake van een hoge mate van angst over uw gezondheid?
229. Bleef de vrees voor een ernstige ziekte aanwezig ondanks geruststelling door de arts, of kwam de vrees binnen enkele dagen na de geruststelling alweer terug?
230. Bent u zich door deze zorgen of angsten anders gaan gedragen? (Bijvoorbeeld het vermijden van bepaalde situaties, telkens controleren van uw lichaam, vaak naar de dokter gaan of juist de dokter vermijden, voortdurend informatie zoeken in boeken of op het internet.)
231. Zijn deze zorgen of angsten voor een ernstige lichamelijke ziekte reeds **zes maanden** of langer aanwezig?
232. Maakt u vanwege de angst om een ernstige ziekte te hebben veel vaker gebruik van medische zorgverlening? (Bijvoorbeeld het regelmatig bezoeken van de huisarts of een therapeut.)
233. Vermijdt u medische zorgverlening vanwege de angst om een ernstige ziekte te hebben? (Bijvoorbeeld het vermijden van een arts of ziekenhuis.)
234. Is deze vrees voornamelijk gericht op zorgen over uw hart, flauwvallen of onwel worden?

Seksuele stoornissen

- 235. Had u in de afgelopen **12 maanden** problemen in de seksualiteitsbeleving, zoals het niet opgewonden kunnen raken, of juist opgewonden raken van dingen waar u zich voor schaamt, niet kunnen klaarkomen, pijn bij het vrijen, enz.?
- 236. Komen deze seksuele problemen vooral voor in periodes waarin u somber, down, of angstig bent of waarin het leven tegen zit?
- 237. Staan deze seksuele problemen los van eventueel gebruik van alcohol, drugs of geneesmiddelen?

Vertraagde ejaculatie

- 238. In 75-100% van de keren dat u seksueel contact heeft, komt u te langzaam of niet klaar?
- 239. Zijn deze seksuele problemen ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 240. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 241. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 242. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Voortijdige ejaculatie

- 243. In 75-100% van de keren dat u seksueel contact heeft, komt u binnen **één minuut** na vaginale penetratie klaar? (Antwoord hier alleen 'Ja' indien dit vroeger is dan u zelf wenst.)
- 244. Zijn deze seksuele problemen ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 245. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 246. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 247. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Erectiestoornis

- 248. In 75-100% van de keren dat u seksueel contact heeft, kunt u geen adequate erectie krijgen, of bent u niet in staat om deze vast te houden tot het einde van de seksuele activiteit?
- 249. Zijn deze seksuele problemen ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 250. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 251. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 252. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Hypoactief-seksueelverlangenstoornis bij de man

- 253. Heeft u een gebrek aan seksuele fantasieën en/of verlangen naar seksuele activiteit?
- 254. Zijn deze seksuele problemen ten minste zes maanden aanwezig?
- 255. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 256. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 257. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Orgasmestoornis bij de vrouw

- 258. In 75-100% van de keren dat u seksueel contact heeft, bereikt u zelden of nooit een orgasme ondanks adequate seksuele opwinding of zijn uw orgasmes minder intensief?
- 259. Zijn deze seksuele problemen ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 260. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 261. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 262. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij vrouw

- 263. Heeft u geen of duidelijk verminderde interesse in seksuele activiteit?
- 264. Heeft u geen of duidelijk verminderde seksuele/erotische gedachten of fantasieën?
- 265. Neemt u niet of duidelijk minder het initiatief voor seksuele contacten en reageert u over het algemeen afwijzend wanneer uw partner seksueel contact zoekt?
- 266. In 75-100% van de keren dat u seksueel contact heeft, heeft u geen duidelijk verminderd plezier of seksueel opwinding?
- 267. Raakt u niet of duidelijk minder opgewonden door gedachten aan seks, interne seksuele prikkels of seksuele prikkels vanuit uw omgeving? (Bijvoorbeeld gedachten of gevoelens aan seks, geschreven tekst of video.)
- 268. In 75-100% van de keren dat u seksueel contact heeft, heeft u geen of duidelijk verminderde lichamelijke seksuele sensaties?
- 269. Zijn deze seksuele problemen ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 270. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 271. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 272. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Genitopelvienepijn-/penetratiestoornis

- 273. Heeft u aanhoudende of terugkerende problemen met vaginale penetratie bij seksueel contact?
- 274. Heeft u aanhoudende of terugkerende genitale pijn of pijn in uw onderbuik bij vaginale penetratie?
- 275. Heeft u een duidelijke vrees voor pijn of vaginale penetratie? (Antwoord hier alleen 'Ja' als het aanhoudend en terugkerend aanwezig is.)
- 276. Heeft u aanhoudend of terugkerend problemen met het aanspannen van de spieren in uw bekkenbodem tijdens penetratie?
- 277. Zijn deze seksuele problemen ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 278. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen?
- 279. Zijn deze seksuele problemen aanwezig sinds u seksueel actief bent?
- 280. Zijn deze seksuele problemen voorgekomen bij de meerderheid van uw seksuele partners of bij de meeste vormen van seksuele stimulatie?

Genderdysforie

281. Voelt u zich niet op uw gemak met uw eigen geslacht en wilt u tot een ander gender behoren?
282. Identificeert u zich bijna voortdurend met het andere geslacht?
283. Heeft u een sterk verlangen om uw eigen geslachtskenmerken niet te hebben omdat deze niet passen bij uw gevoel van wie u bent? (In het geval van een man geen penis en zaadballen willen hebben. In het geval van een vrouw geen vagina en borsten willen hebben.)
284. Heeft u een sterk verlangen om de geslachtskenmerken van het andere geslacht te hebben? (In het geval van een man een vagina en borsten willen hebben. In het geval van een vrouw een penis en zaadballen willen hebben.)
285. Heeft u een sterk verlangen om tot het andere geslacht te behoren?
286. Heeft u een sterk verlangen om behandeld te worden als iemand van het andere geslacht?
287. Heeft u het idee dat u reageert met kenmerkende gevoelens, gedrag of reacties van het andere geslacht? (Bijvoorbeeld gedrag dat wordt gezien als stereotype mannelijk of stereotype vrouwelijk.)
288. Heeft u het gevoel te lijden onder de wens tot het andere geslacht te behoren?
289. Heeft u één of meerdere geslachtsaanpassende operaties ondergaan? (In het geval van mannelijke geboortegeslacht penectomie, vaginaplastiek. In het geval van vrouwelijk geboortegeslacht mastectomie of falloplastiek.)

Parafiele stoornissen

290. Is er bij u in de afgelopen **zes maanden** sprake van afwijkende seksuele activiteiten of voorkeuren die uzelf of uw omgeving hinder op kunnen leveren?

Voyeurismestoornis

291. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende drang of fantasie om te kijken naar eens nietsvermoedende persoon die zich uitkleedt, naakt is of seksuele handelingen verricht?
292. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen of heeft u naar deze drang gehandeld? (Bijvoorbeeld de persoon die zich uitkleedde of naakt was wist niet dat u keek.)

Exhibitionismestoornis

293. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende drang of fantasie om uw geslachtsdelen te tonen aan nietsvermoedende personen?
294. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen of heeft u uw geslachtsdelen laten zien zonder dat de personen dit wilden?

Frotteurismestoornis

295. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende drang of fantasie om niet instemmende personen aan te raken of tegen hen aan te wrijven?
296. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen of hebben de personen geen toestemming gegeven om hen aan te raken?

Seksueel-masochismestoornis

297. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende seksuele drang of fantasie om vernederd, geslagen, vastgebonden of op een andere manier tot lijden te worden gebracht?
298. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele verlangens?

Seksueel-sadismestoornis

299. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende seksuele drang of fantasie om iemand te vernederen, slaan, vast te binden of op een andere manier tot lijden te brengen?
300. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele verlangens of heeft u deze seksuele handelingen verricht tegen de wil van een ander?

Pedofilie

301. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende drang of fantasie om seks te hebben met kinderen die 13 jaar of jonger waren?
302. Bent u ten minste **vijf jaar** ouder dan het kind?
303. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele problemen of heeft u seks gehad met een minderjarige?

Fetisjisme

304. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende drang of fantasie om bepaalde voorwerpen of andere lichaamsdelen dan de geslachtsorganen aan te raken of ernaar te kijken? (Het gaat hier om specifieke onderwerpen die voor anderen niet per se van seksuele aard zijn, zoals voeten, haar, damesondergoed, etc.)
305. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele verlangens?
306. Beperkt de focus van seksuele opwinding zich tot het dragen van kleding van het andere geslacht of producten die speciaal zijn ontwikkeld voor seksueel contact, zoals een vibrator?

Transvestiestoornis

307. Heeft u gedurende ten minste de afgelopen **zes maanden** een terugkerende drang of seksuele fantasie om zich te kleden als iemand van het andere geslacht?
308. Heeft u het gevoel te lijden onder deze seksuele verlangens?

Slaapstoornissen

- 309. Heeft u de afgelopen 12 maanden moeite met inslapen, doorslapen of heeft u een anderszins verstoorde slaap?
- 310. Komt dit slaapproblemen vooral voor in periodes waarin u somber, gestrest, of angstig bent of waarin het leven tegen zit?
- 311. Staan de slaapproblemen los van eventueel gebruik van alcohol, drugs of medicijnen of andere aanwijsbare redenen waardoor de slaap verstoord is?
- 312. Bent u ten minste de afgelopen **drie maanden** ontevreden over de kwaliteit of hoeveelheid slaap?

Insomnia

- 313. Heeft u ten minste de afgelopen **3 maanden** moeite met inslapen?
- 314. Heeft u ten minste de afgelopen **3 maanden** moeite met doorslapen?
- 315. Wordt u ten minste de afgelopen **3 maanden** 's morgens te vroeg wakker en kunt u dan niet meer verder slapen?
- 316. Zorgt dit probleem er voor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperkt dit u op het gebied van andere belangrijke dagelijkse bezigheden?
- 317. Komt dit slaapprobleem de afgelopen **drie maanden** ten minste **drie dagen** per week voor?
- 318. Heeft u wel voldoende gelegenheid gekregen om te kunnen slapen?

Hypersomnolentiestoornis

- 319. Heeft u ten minste de afgelopen drie maanden, ondanks dat u voldoende uren hebt geslapen, problemen met overmatige slaperigheid of vergrote slaapbehoefte?
- 320. Slaapt u de afgelopen drie maanden minstens zeven uur per nacht maar heeft u desondanks de behoefte om overdag te slapen of dreigt u in slaap te vallen?
- 321. Slaapt u de afgelopen **drie maanden** minstens **zeven uur** per nacht en heeft u veel moeite om volledig wakker te worden? (Bijvoorbeeld enige tijd na het ontwaken nog het gevoel hebben dat u slaapdronken, verward of prikkelbaar bent.)
- 322. Raakt u de afgelopen **drie maanden** niet bijgeslapen zelfs als u negen uur of meer per dag slaapt? (Antwoord hier 'Nee' als u wel uitgeslapen bent nadat u negen of meer uur heeft geslapen.)
- 323. Komen deze slaapproblemen ten minste **drie dagen** per week voor?
- 324. Zorgen deze slaapproblemen ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperken ze u op het gebied van andere belangrijke bezigheden?

Circadianeritme-slaap-waakstoornissen

325. Was uw slaap in de afgelopen **drie maanden** ontregeld ten gevolge van veranderingen in uw slaapritme, doordat u bijvoorbeeld werkt met wisselende diensten of er sociale of andere verplichtingen zijn waardoor u op andere tijden wakker bent?
326. Zorgt dit slaapprobleem ervoor dat u enorm slaperig bent of juist niet kan slapen? (Bijvoorbeeld moeite met inslapen, moeite met wakker worden of overmatige slaperigheid die al vroeg in de dag opspeelt.)
327. Zorgt dit slaapprobleem ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperkt u dit op het gebied van andere belangrijke dagelijkse bezigheden?

Non-rem-arousalstoornissen

328. Heeft u de afgelopen **12 maanden** herhaaldelijk geslaapwandeld?
329. Bent u de afgelopen **12 maanden** herhaaldelijk wakker geworden met een gevoel van intense angst en meestal met een paniekerige schreeuw of gil?
330. Kunt u zich niets of weinig herinneren van de dromen toen u slaapwandelde of voordat u angstig wakker schrok?
331. Zorgt dit slaapprobleem ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperkt u dit op het gebied van andere belangrijke dagelijkse bezigheden?

Nachtmerriestoornis

332. Had u de afgelopen **12 maanden** last van lange terugkerende nachtmerries die u zich goed kunt herinneren en waarbij u probeert te ontsnappen aan gevaar?
333. Bent u bij het ontwaken uit de nachtmerrie snel alert en bewust van uw omgeving?
334. Zorgt dit slaapprobleem ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperkt dit u op het gebied van andere belangrijke dagelijkse bezigheden?

Rustelozebenensyndroom

335. Had u ten minste de afgelopen **3 maanden** de drang om uw benen te bewegen om onaangename of ongemakkelijke prikkels/gevoelens in de benen tegen te gaan?
336. Ten minste de afgelopen **drie maanden**, begint of verergert de drang om uw benen te bewegen als u rust neemt of niet actief bent?
337. Gedurende ten minste de afgelopen **drie maanden**, verdwijnt de drang om uw benen te bewegen gedeeltelijk of volledig door te bewegen?
338. Gedurende ten minste de afgelopen **drie maanden**, is de drang om uw benen te bewegen sterker in de avond of nacht of heeft u deze drang alleen in de avond of nacht?
339. Komt dit probleem de afgelopen **drie maanden** ten minste **drie dagen** per week voor?
340. Zorgt dit probleem ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperkt dit u op het gebied van andere belangrijke dagelijkse bezigheden?

Periodieke explosieve stoornis

341. Heeft u de afgelopen 12 maanden meer dan eens oncontroleerbare woedeaanvallen gehad?
342. Heeft u de afgelopen **drie maanden gemiddeld 2 keer per week** verbale woede uitbarstingen gehad, of was u fysiek agressief richting spullen, mensen of dieren zonder dat dit geleid heeft tot schade, vernieling of verwonding? (Bijvoorbeeld schreeuwen, schelden, ruzie of fysiek geweld.)
343. Heeft u de afgelopen **12 maanden** ten minste drie keer een woedeaanval gehad waarbij het uitliep op ernstige gewelddadigheden tegen mensen of dieren met lichamelijke verwondingen tot gevolg, of bewuste vernieling van of schade aan waardevolle eigendommen? (Met ernstige gewelddadigheden wordt bedoeld slaan, schoppen of andere vormen van fysiek geweld.)
344. Stond uw agressie in geen enkele verhouding tot de gebeurtenis die de agressie uitlokte? (Antwoord 'Ja' indien uw agressie overdreven was gezien de omstandigheden.)
345. Zijn de woedeaanvallen van te voren gepland of bedoeld om een doel te bereiken, zoals het verkrijgen van geld, macht of intimidatie?
346. Zorgen deze woedeaanvallen ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of hebben de woede aanvallen juridische of financiële gevolgen voor u?

Normoverschrijdend-gedragsstoornis - Met begin in de kindertijd

347. Was u in uw jeugd herhaaldelijk agressief tegen mensen of dieren, vernielde u opzettelijk eigendommen of beging u ernstige overtredingen van de regels? (Bijvoorbeeld pesten, bedreigen, intimideren, mishandeling, ernstige schade aan spullen toebrengen, diefstal of oplichting.)
348. In uw jeugd: pestte, bedreigde of intimideerde u vaak anderen?
349. In uw jeugd: begon u vaak vechtpartijen?
350. In uw jeugd: heeft u een wapen gebruikt dat anderen ernstig letsel kon toebrengen?
351. In uw jeugd: heeft u anderen mishandeld?
352. In uw jeugd: heeft u dieren mishandeld?
353. In uw jeugd: heeft u iemand beroofd of met geweld iets ontnomen?
354. In uw jeugd: heeft u iemand gedwongen tot seksueel contact?
355. In uw jeugd: heeft u opzettelijk brand gesticht om ernstige schade te veroorzaken?
356. In uw jeugd: heeft u opzettelijk eigendommen van anderen vernield?
357. In uw jeugd: heeft u ingebroken in een huis, gebouw of auto?
358. In uw jeugd: heeft u vaker gelogen om iets te bemachtigen of om verplichtingen uit de weg te gaan?
359. In uw jeugd: heeft u iets gestolen of iemands handtekening vervalst?
360. In uw jeugd: bent u ten minste twee keer van huis weggelopen en 's nachts weggebleven en is dit gedrag begonnen voor uw **dertiende levensjaar**? (Indien u bent weggelopen om te vluchten van fysiek of seksueel geweld kies dan 'Nee'.)
361. In uw jeugd: bent u vaker, ondanks het verbod van ouders, 's nachts van huis weggebleven en is dit gedrag begonnen voor uw **dertiende levensjaar**?
362. In uw jeugd: heeft u vaker gespijeld en is dit gedrag begonnen voor uw **dertiende levensjaar**?
363. Had u ten gevolge van dit gedrag problemen thuis, op school, met vrienden/vriendinnen, of in de vrijetijdsbesteding?
364. Is dit gedrag begonnen voor uw 10^{de} levensjaar?

Normoverschrijdend-gedragsstoornis - Met begin in de adolescentie

365. Was u in de afgelopen **12 maanden** herhaaldelijk agressief tegen mensen of dieren, vernielde u opzettelijk eigendommen of beging u ernstige overtredingen van de regels? (Bijvoorbeeld pesten, bedreigen, intimideren, mishandeling, ernstige schade aan spullen toebrengen, diefstal of oplichting.)
366. In de afgelopen **12 maanden**: pestte, bedreigde of intimideerde u vaak anderen?
367. In de afgelopen **12 maanden**: begon u vaak vechtpartijen?
368. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u een wapen gebruikt dat anderen ernstig letsel kon toebrengen?
369. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u anderen mishandeld?
370. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u dieren mishandeld?
371. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u iemand beroofd of met geweld iets ontnomen?
372. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u iemand gedwongen tot seksueel contact?
373. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u opzettelijk brand gesticht om ernstige schade te veroorzaken?
374. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u opzettelijk eigendommen van anderen vernield?
375. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u ingebroken in een huis, gebouw of auto?
376. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u vaker gelogen om iets te bemachtigen of om verplichtingen uit de weg te gaan?
377. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u iets gestolen of iemands handtekening vervalst?
378. Voor uw **dertiende jaar**: bent u ten minste twee keer van huis weggelopen en 's nachts weggebleven? (Indien u bent weggelopen om te vluchten van fysiek of seksueel geweld kies dan 'Nee'.)
379. Voor uw **dertiende jaar**: bent u vaker, ondanks het verbod van ouders, 's nachts van huis weggebleven?
380. Voor uw **dertiende jaar**: heeft u vaker gespijbeld?
381. Is dit gedrag in de afgelopen **zes maanden** nog voorgekomen?
382. Zorgt dit gedrag ervoor dat u beperkt bent in uw sociaal of beroepsmatig functioneren of beperkt dit u op het gebied van andere belangrijke dagelijkse bezigheden?

Gokstoornis

383. Bent u de afgelopen **12 maanden** in problemen geraakt omdat u veel gokte?
384. Heeft u de afgelopen **drie maanden** gegokt?
385. Denkt u vrijwel voortdurend aan gokken, bent u van plan om te gaan gokken, of denkt u aan manieren om aan geld te komen zodat u kunt gaan gokken?
386. Heeft u het gevoel dat u steeds meer geld nodig heeft om de gewenste spanning te bereiken?
387. Heeft u vaak geprobeerd het gokken in de hand te houden, te verminderen of te stoppen, zonder dat dit lukte?
388. Voelde u zich vaak rusteloos of geïrriteerd wanneer u probeerde het gokken te minderen of te stoppen?
389. Gokt u om te ontsnappen aan uw problemen? (Bijvoorbeeld uit hulpeloosheid, schuldgevoel, angst of vanwege een depressie.)
390. Bent u vaak, nadat u geld met gokken had verloren, de volgende dag terug gegaan om het verloren geld terug te winnen?
391. Liegt u tegen familie, therapeut of anderen om het gokken te verbergen?

- 392. Heeft u ooit belangrijke relaties, een baan, onderwijs- of carrièremogelijkheden op het spel gezet of verloren ten gevolge van het gokken?
- 393. Heeft u ooit aan anderen geld gevraagd om gokschulden af te kunnen lossen?

Pyromanie

- 394. Heeft u de afgelopen **12 maanden** meer dan eens vrijwillig en opzettelijk brand gesticht?
- 395. Voelde u een soort spanning of opwinding vlak voor de handeling?
- 396. Bent u gefascineerd door vuur, heeft u belangstelling voor vuur, wordt u aangetrokken door vuur en/of wordt u aangetrokken door zaken die te maken hebben met vuur?
- 397. Ervaart u plezier, bevrediging of opluchting tijdens het stichten van brand, of wanneer u getuige bent van de gevolgen van brand, of wanneer u deelneemt aan de gevolgen van de brand (denk aan brandblussen)?
- 398. Stichtte u brand om er financieel bij te winnen, om politieke ideeën uit te dragen, om criminele activiteiten te verbergen, of stichtte u brand uit boosheid of wraak of om uw levensomstandigheden te verbeteren?

Kleptomanie

- 399. Heeft u de afgelopen **12 maanden** vaker (impulsief) spullen gestolen die u niet nodig had?
- 400. Voelt u een soort spanning die zich opbouwt, vlak voor u iets steelt?
- 401. Ervaart u een soort plezier of opluchting, nadat u dingen gestolen heeft?
- 402. Heeft u alleen dingen gestolen omdat u boos was op iemand en/of wraak te nemen om iemand?

Paniekstoornis

- 403. Heeft u meer dan eens een "aanval" gehad waarbij u plotseling allerlei lichamelijke klachten kreeg, u zich onbehaaglijk voelde of waarbij u zich plotseling bang of angstig voelde?
- 404. Bereikte zo'n aanval een piek binnen **enkele minuten**?
- 405. Kwamen die aanvallen ooit onverwacht, spontaan, onvoorspelbaar of zonder enige aanleiding?
- 406. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: had u een bonzend, overslaand hart of hartkloppingen?
- 407. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: had u zweterige of klamme handen?
- 408. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: begon u te trillen of beven?
- 409. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: was u kortademig of had u moeite met ademen?
- 410. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: had u het gevoel te stikken of had u een brok in de keel?
- 411. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: voelde u pijn, druk of een beklemmend gevoel op de borst?
- 412. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: voelde u zich misselijk, had u last van uw maag of plotselinge diarree?
- 413. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: voelde u zich duizelig, onvast op de benen, licht in het hoofd of had u het gevoel flauw te zullen vallen?
- 414. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: had u last van opvliegers of koude rillingen?

- 415. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: had u tintelingen of een verdoofd gevoel ergens in uw lichaam?
- 416. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: leek uw omgeving vreemd, niet echt, ver weg, niet vertrouwd? Leek het alsof u buiten een deel van uzelf of uw hele lichaam stond?
- 417. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: was u bang de controle te verliezen of gek te worden?
- 418. Tijdens de ergste aanval die u zich kunt herinneren: was u bang om dood te gaan?
- 419. Was u ten minste de **afgelopen maand** aanhoudend bezorgd over deze aanvallen of de gevolgen daarvan? (Bijvoorbeeld een aanhoudende angst voor een aanval, of de angst om de controle te verliezen, een hartaanval te krijgen of gek te worden.)
- 420. Bent u zich ten minste de **afgelopen maand** anders gaan gedragen door deze aanvallen of bent u situaties gaan vermijden wegens de angst voor een aanval? (Bijvoorbeeld door het vermijden van lichamelijke inspanningen of onbekende of drukke situaties.)

Agorafobie

- 421. Heeft u **de afgelopen 12 maanden** meer dan eens duidelijke angst of vrees wanneer u gebruik maakt van openbaar vervoer, zich bevindt in open of gesloten ruimtes, in de rij staat of alleen buitenshuis bent?
- 422. Was er bij u in de **afgelopen 12 maanden** een duidelijke angst of vrees voor: Gebruik maken van het (openbaar) vervoer, zoals bus, auto, trein, schip of vliegtuig?
- 423. Was er bij u in de **afgelopen 12 maanden** een duidelijke angst of vrees voor: Uzelf in een openbare ruimte bevinden, zoals parkeerplaatsen, marktplaatsen en bruggen?
- 424. Was er bij u in de **afgelopen 12 maanden** een duidelijke angst of vrees voor: Uzelf in een afgesloten ruimte bevinden, zoals winkels, theaters en bioscopen?
- 425. Was er bij u in de **afgelopen 12 maanden** een duidelijke angst of vrees voor: In de rij staan of uzelf in een menigte bevinden?
- 426. Was er bij u in de **afgelopen 12 maanden** een duidelijke angst of vrees voor: Alleen buitenshuis zijn?
- 427. Bent u bang voor deze situaties vanwege de gedachte dat ontsnappen moeilijk zal zijn, hulp niet beschikbaar zal zijn, u machteloos zult zijn of er iets beschamends zal gebeuren?
- 428. Roepen deze situaties bijna altijd angst of vrees op?
- 429. Is de angst momenteel zo groot dat u die situaties vermijdt, of dat u ze niet aangaat zonder dat er iemand bij u is of ze alleen ondergaat met intense angst of vrees?
- 430. Is de angst of vrees overdreven? (Bijvoorbeeld u schat de gevolgen erger in dan dat ze in de praktijk zijn.)
- 431. Is deze angst reeds ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 432. Verstoort deze angst, vrees of vermijding uw werk of sociaal functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen?

Sociale fobie

- 433. In de afgelopen **12 maanden**: heeft u veel last van angst in sociale situaties, omdat u bang bent voor het oordeel van anderen? (Bijvoorbeeld een gesprek voeren, onbekende mensen ontmoeten, een presentatie geven).
- 434. Bent u dan bang dat u zich op zo'n manier zult gedragen dat anderen u negatief zullen beoordelen?
- 435. Roepen de sociale situaties bijna altijd angst of vrees op?
- 436. Bent u zo bang dat u de gevreesde situatie vermijdt, of deze met intense angst moet doorstaan?
- 437. Is de angst of vrees overdreven? (Bijvoorbeeld u schat de gevolgen erger in dan dat ze in de praktijk zijn, of uw naasten geven aan dat ze de angst overdreven vinden.)
- 438. Is deze angst ten minste **6 maanden** aanwezig?
- 439. Verstoort deze angst in belangrijke mate uw functioneren op werk, school of in sociale situaties, of veroorzaakt het duidelijk lijden of ongemak? Als u niet het gevoel heeft onder de angst te lijden, maar wel sociale situaties vermijdt, kies dan 'ja'.
- 440. Beperkt uw angst zich tot het spreken in het openbaar of andere vormen van optreden in het openbaar? (Bijvoorbeeld een toespraak houden.)

Specifieke fobie

- 441. In de afgelopen **12 maanden**: was u overdreven bang voor heel specifieke zaken zoals vliegen, autorijden, hoogten, kleine ruimtes, stormen, dieren, insecten, het zien van bloed of naalden?
- 442. Roept dit specifieke object of de situatie bijna altijd angst of vrees op?
- 443. Bent u zo bang dat u het object of de situatie vermijdt, of alleen doorstaat met een intense angst?
- 444. Vindt u deze angst overdreven en eigenlijk zonder reden? (Bijvoorbeeld het object of de situatie is eigenlijk ongevaarlijk, of uw naasten begrijpen niet waarom u zo bang bent.)
- 445. Welk van onderstaande categorieën bevat een object of situatie die deze angst of vrees bij u oproept? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)
- 446. Is deze angst of vrees ten minste **zes maanden** aanwezig?
- 447. Verstoort deze angst uw gewone werk of sociaal functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen?

Gegeneraliseerde Angststoornis

- 448. Gedurende ten minste de afgelopen zes maanden: piekerde u buitengewoon veel over allerlei vervelende dingen die kunnen gebeuren?
- 449. Maakt u zich zorgen over verschillende onderwerpen? Selecteer 'Nee' indien uw zorgen zich beperken tot één enkele situatie of thema (zoals: slechts mijn kinderen, relaties of werk.)
- 450. Dit gepieker over dingen die **zouden** kunnen gebeuren, is dat vaker wel dan niet aanwezig?
- 451. Vindt u het moeilijk om dit gepieker in de hand te houden? (U merkt bijvoorbeeld dat u het moeilijk vindt om de aandacht gericht te houden op datgene waarmee u bezig bent.)
- 452. Wanneer u zo piekerde in de **afgelopen zes maanden**, was er dan meestal sprake van: rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn?
- 453. Wanneer u zo piekerde in de **afgelopen zes maanden**, was er dan meestal sprake van: spierspanning?
- 454. Wanneer u zo piekerde in de **afgelopen zes maanden**, was er dan meestal sprake van: moeheid, zwak gevoel of snel uitgeput zijn?

455. Wanneer u zo piekerde in de **afgelopen zes maanden**, was er dan meestal sprake van: moeite met concentreren, black-outs (het ineens niet meer weten)?
456. Wanneer u zo piekerde in de **afgelopen zes maanden**, was er dan meestal sprake van: een prikkelbaar gevoel?
457. Wanneer u zo piekerde in de afgelopen zes maanden, was er dan meestal sprake van: stoornissen in uw slaap? (Zoals moeite met inslapen, wakker worden 's nachts, te vroeg ontwaken of overmatig slapen.)
458. Gaven deze angstverschijnselen u veel spanning, of verstoorden ze uw functioneren op uw werk of sociaal of op andere gebieden van uw leven?

Separatieangststoornis

459. Gedurende **ten minste zes maanden**: is er bij u sprake van intense angst om gescheiden te worden van thuis, familie of voor u belangrijke mensen?
460. In vergelijking met leeftijdsgenoten, is deze angst bij u duidelijk heviger aanwezig?
461. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: lijdt u extreem wanneer u gescheiden wordt (of dreigt te worden) van thuis, familie of belangrijke mensen in uw leven?
462. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: bent u aanhoudend en extreem bezorgd dat uw familie of andere belangrijke mensen in uw leven zal verliezen, of dat hun iets zal overkomen? (Bijvoorbeeld behoefte dierbaren steeds in de gaten te houden als zij van huis zijn.)
463. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: bent u extreem bezorgd dat u door een onverwachte gebeurtenis zal worden gescheiden van familie of belangrijke mensen in uw leven? (Bijvoorbeeld ontvoerd worden, een ongeluk krijgen of ziek worden.)
464. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: weigert u, of bent u zeer afhoudend, om naar school, werk of ergens anders toe te gaan omdat u bang bent om gescheiden te worden van familie of belangrijke mensen in uw leven? (Bijvoorbeeld extreem angstig om alleen te reizen zonder belangrijke mensen in uw nabijheid.)
465. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: weigert u, of bent u zeer afhoudend, om thuis te zijn zonder begeleiding van familie of belangrijke mensen in uw leven?
466. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: weigert u, of bent u zeer afhoudend, om te gaan slapen zonder dat familie of belangrijke mensen in uw leven aanwezig zijn? (Bijvoorbeeld niet alleen thuis slapen zodra uw partner van huis is of extreem angstig zijn om alleen in een hotelkamer te overnachten.)
467. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: heeft u terugkerende nachtmerries over gescheiden worden van familie of belangrijke mensen in uw leven? (Bijvoorbeeld over het verliezen van uw gezin door een brand, moord of andere ramp.)
468. Gedurende **ten minste zes maanden** en meer dan leeftijdsgenoten: heeft u lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid of braken wanneer u gescheiden wordt (of dreigt te worden) van familie of belangrijke mensen in uw leven?
469. Heeft u ten gevolge van dit gedrag problemen thuis, op school, op werk, op sociaal vlak of op andere belangrijke levensgebieden?

Obsessieve Compulsieve stoornis

470. Werd u de afgelopen 12 maanden geplaagd door gedachten, neigingen of beelden, die ongewenst, walgelijk, ongepast, opdringerig of verontrustend waren? (Bijvoorbeeld het idee dat

u vuil of besmet was, de vrees dat u anderen ongewild zou schaden, de gedachte om uzelf of een ander iets aan te doen, de gedachte dat uw naasten iets zou overkomen, of gedachten van seksuele aard die u beangstigden.)

471. Gaan deze gedachten over een traumatische gebeurtenis die u steeds opnieuw herbeleeft?
472. Houden deze opdringerige gedachten aan, of komen zij telkens weer terug?
473. Probeert u deze gedachten, impulsen of voorstellingen te negeren, te onderdrukken of te neutraliseren met een andere gedachte of handeling?
474. Hebben de gedachten direct betrekking op iets wat u pas geleden heeft meegemaakt, of u pas geleden is overkomen? (Bijvoorbeeld zorgen over problemen op het werk, of telkens denken aan een ruzie). Selecteer "Ja", indien uw gedachten/zorgen vooral betrekking hebben op iets wat u pas geleden heeft meegemaakt of ondergaan.
475. Voelt u zich In de afgelopen 12 maanden door opdringerige, vervelende gedachte(n) of regel(s) gedwongen tot het verrichten van telkens herhalend gedrag (bijvoorbeeld schoonmaken, handen wassen, opruimen, controleren) of psychische bezigheden (bijvoorbeeld bidden, tellen, woorden herhalen)?
476. Geef aan welke handelingen u herhaalt.
477. Zijn de dwanggedachten of dwanghandelingen er op gericht om een bepaalde gevreesde situatie te voorkomen of om psychisch ongemak te verminderen?
478. Verstoorden deze dwanggedachten of dwanghandelingen uw gewone bezigheden, uw werk, uw sociaal leven, uw relaties, of namen ze meer dan een uur per dag in beslag?

Morfodysfore stoornis

479. Was u de afgelopen **12 maanden** zo bezorgd over een uiterlijk kenmerk of mankement dat het uw leven beheerst? (Bijvoorbeeld u kunt aan niets anders meer denken en/of komt bijna niet meer aan andere dingen toe.)
480. Welke uiterlijk mankement?
481. Heeft u zich zo bezorgd gevoeld over het uiterlijke mankement dat u daardoor telkens weer dezelfde handelingen verrichtte? (Bijvoorbeeld uzelf telkens vergelijken met anderen, telkens controleren in de spiegel, overdreven verzorgen van het uiterlijk, telkens geruststelling vragen, verhullen van het mankement of aan huid pulken.)
482. Bent u vrijwel elke dag buitensporig veel tijd kwijt aan het bezig zijn met dit uiterlijk mankement?
483. Verstoort dit bezig zijn met uw uiterlijk in belangrijke mate uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of het functioneren op belangrijke andere terreinen?
484. Is de zorgen over uw uiterlijk met name gericht op uw gewicht of lichaamsvet?

Verzamelstoornis

485. Heeft u de afgelopen **12 maanden** aanhoudend veel moeite om afstand te doen van bezittingen, ongeacht de werkelijke waarde?
486. Is deze moeite om bezittingen weg te doen het gevolg van een sterke behoefte om spullen te bewaren en het gegeven dat u erg kan lijden wanneer u spullen wegdoet?
487. Heeft deze moeite om afstand te nemen van uw bezittingen geleid tot een zodanig grote hoeveelheid bezittingen dat woonruimtes nauwelijks voor hun eigenlijke functies kunnen worden gebruikt? (Bijvoorbeeld spullen staan in de weg of zorgen voor veel rommel).
488. Indien er ruimtes zijn opgeruimd, komt dit dan met name door anderen (Bijvoorbeeld familieleden, vrienden, schoonmaaksters of bedrijven.)
489. Verstoot het verzamelen in belangrijke mate uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of het functioneren op belangrijke andere terreinen?
490. Vormt deze moeite om bezittingen weg te doen voor u een probleem?

Trichotillomanie

491. In de afgelopen **12 maanden** heeft u herhaaldelijk uw haar uitgetrokken met haarverlies als gevolg?
492. Heeft u herhaaldelijk geprobeerd om te stoppen met het uittrekken van haren?
493. Bezorgt het uittrekken van uw haren u een ellendig gevoel, veroorzaakt het beperkingen in uw sociale of beroepsmatige functioneren, of veroorzaakt het problemen op andere gebieden van uw leven?
494. Trekt u uw haren uit vanwege een lichamelijke aandoening?

Excoriatiestoornis

495. In de afgelopen **12 maanden**, heeft u herhaaldelijk aan uw huid gepulkt met huidbeschadigingen als gevolg? (Bijvoorbeeld meerdere uren per dag pulken aan uw hoofd of een puistje totdat verwondingen ontstaan.)
496. Heeft u herhaaldelijk geprobeerd om te stoppen met het pulken aan uw huid?
497. Bezorgt het pulken aan uw huid u een ellendig gevoel, veroorzaakt het beperkingen in uw sociale of beroepsmatige functioneren, of veroorzaakt het problemen op andere gebieden van uw leven?
498. Leidt het huidpulken tot lichamelijke problemen? (Bijvoorbeeld u moet een arts raadplegen.)

Posttraumatische-stressstoornis / Acute stressstoornis

499. Heeft u in de afgelopen **12 maanden** psychische klachten die (waarschijnlijk) het gevolg zijn van één of meerdere nare, ingrijpende of zelfs traumatische gebeurtenissen? (Indien de gebeurtenis al erg lang geleden is, maar u daarvan nog steeds psychische klachten ervaart kunt u nog steeds 'Ja' antwoorden.)
500. Betreft deze gebeurtenis één van de volgende gebeurtenissen (u kunt meerdere antwoorden kiezen):
501. Heeft u herhalende, pijnlijke en zich opdringende herinneringen aan deze gebeurtenis?
502. Heeft u sindsdien pijnlijke dromen of nachtmerries over deze gebeurtenis?
503. Heeft u het gevoel dat u de gebeurtenis steeds opnieuw herbeleeft of u zich gedraagt alsof u de gebeurtenis opnieuw doormaakt?

504. Als u aan de gebeurtenis denkt of herinnerd wordt, kunt u dan heftig of langdurig emotioneel van slag zijn?
505. Als u aan de gebeurtenis denkt of herinnerd wordt, leidt dit tot lichamelijke klachten? (Bijvoorbeeld hartkloppingen, duizeligheid, misselijkheid, etc.)
506. Probeert u telkens herinneringen, gevoelens of gedachten die samenhangen met de gebeurtenis te vermijden?
507. Probeert u zaken of omstandigheden te vermijden die samenhangen met de gebeurtenis? (Bijvoorbeeld mensen, situaties, gesprekken, voorwerpen of plaatsen vermijden.)
508. Kunt u zich belangrijke onderdelen van deze gebeurtenis niet meer herinneren? (Als u zich belangrijke onderdelen van deze gebeurtenis niet kunt herinneren door een hersenschudding, alcohol- of drugsgebruik dan mag u hier 'Nee' antwoorden.)
509. Heeft u gemerkt dat sinds deze gebeurtenis uw verwachtingen of overtuigingen veel negatiever zijn geworden? (Bijvoorbeeld het idee hebben dat u slecht bent, dat u niemand meer kan vertrouwen of dat de wereld door en door slecht is.)
510. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis uzelf of anderen onterecht de schuld geeft van de gebeurtenis?
511. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis aanhoudende negatieve emoties ervaart? (Bijvoorbeeld angst, afschuw, boosheid, schuldgevoelens of schaamte.)
512. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis duidelijk minder plezier ervaart of minder deelneemt aan belangrijke activiteiten? (Bijvoorbeeld hobby's of andere belangrijke activiteiten die u minder plezier opleveren of die u minder doet.)
513. Heeft u gemerkt dat u zich sinds deze gebeurtenis vervreemd voelt van andere mensen? (Bijvoorbeeld het gevoel geen band meer te kunnen aangaan met anderen of u niet meer op uw gemak voelen bij anderen.)
514. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis geen geluk, plezier, voldoening of liefde meer kunt ervaren?
515. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis extra prikkelbaar bent of woede uitbarstingen heeft?
516. Heeft u gemerkt dat u zich sinds deze gebeurtenis roekeloos of zelfdestructief bent gaan gedragen? (Bijvoorbeeld gevaarlijk rijgedrag, overmatig alcohol- of drugsgebruik, zelfbeschadigend- of suïcidaal gedrag.)
517. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis extra waakzaam en oplettend bent?
518. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis overdreven schrikreacties heeft?
519. Heeft u gemerkt dat u sinds deze gebeurtenis concentratieproblemen heeft?
520. Heeft u gemerkt dat sinds deze gebeurtenis uw slaap verstoord is?
521. Verstoren de psychische klachten, veroorzaakt door deze gebeurtenis, in belangrijke mate uw werk of sociaal functioneren, of veroorzaken ze duidelijk lijden of ongemak?
522. Zijn de psychische klachten, veroorzaakt door deze gebeurtenis, al langer dan **één maand** aanwezig?

Aanpassingsstoornis

523. Heeft u in de afgelopen **12 maanden** één of meerdere stressvolle gebeurtenissen meegemaakt? Denk bijvoorbeeld aan een ingrijpende verandering in uw leven zoals een scheiding, huwelijk, geboorte van een kind of het overlijden van een naaste.
524. Zijn in de afgelopen **12 maanden** uw emoties, gevoelens of gedrag merkbaar veranderd door deze stressvolle gebeurtenis(sen)?
525. Begonnen deze veranderingen in emoties, gevoelens of gedrag binnen **drie maanden** na de stressvolle gebeurtenis(sen)?
526. Bezorgen deze veranderingen in emoties, gevoelens of gedrag u meer ongemak dan verwacht of passend?
527. Verstoren deze veranderingen in emoties, gevoelens of gedrag u duidelijke problemen op uw werk of school, in uw sociale leven of binnen uw dagelijkse functioneren?
528. Zijn deze veranderingen in emoties, gevoelens of gedrag het gevolg van het verlies van een dierbare? (Indien uw klachten tevens het gevolg zijn van andere stressvolle gebeurtenissen kies dan 'Nee').

Bijlage C. Items van de screening persoonlijkheidsstoornissen

Screenende items

1. Stelling: Ik heb karaktertrekken die mij op meerdere levensgebieden (werk, relatie, etc.) erg veel hinder opleveren.
2. Stelling: Deze karaktertrekken kunnen ten minste worden teruggevoerd tot mijn vroege volwassenheid of pubertijd of zijn minimaal vijf jaar aanwezig.
3. Stelling: Ik heb regelmatig problemen in het contact met andere mensen en dat benadeelt mij erg in mijn functioneren. (Bijvoorbeeld: conflicten, vermijden van mensen, mezelf laten gebruiken/misbruiken, anderen begrijpen mij nooit, behandelen mij altijd verkeerd, ik ben erg bang dat anderen mij gaan bekritisieren, ik ben veel te kritisch tegen anderen.)
4. Stelling: Deze problemen zijn reeds ten minste vijf jaar aanwezig.
5. Stelling: Ik heb problemen met het omgaan met mijn emoties, die mij erg hinderen, in de zin van: ik heb meer dan eens in verschillende situaties intense emotionele uitbarstingen (Bijvoorbeeld: schreeuwen/schelden tegen mensen, agressief gedrag, intense huilbuien), of ik toon en/of voel mijn emoties vrijwel nooit.
6. Stelling: Ik heb de problemen in het omgaan met mijn emoties al meer dan vijf jaar .
7. Stelling: Mijn manier van kijken naar de wereld, mezelf en anderen verschilt erg van andere mensen en ik ondervind hier op meerdere gebieden (werk, relatie, vriendschappen) hinder van. (Bijvoorbeeld: ik beoordeel mezelf veel slechter of beter dan anderen, mijn normen en waarden zijn anders, mijn mening over het bovennatuurlijke of religie is anders, ik schat de wereld veel gevaarlijker in dan anderen.)
8. Stelling: Gedurende het grootste deel van mijn leven en ten minste afgelopen vijf jaar : Ik kan regelmatig mezelf moeilijk beheersen, waardoor ik vaak ongezond of problematisch gedrag vertoon en daarmee mezelf schaad of kan schaden.
9. Stelling: Gedurende het grootste deel van mijn leven en ten minste afgelopen vijf jaar : Ik breng mezelf regelmatig in de problemen doordat ik altijd zo geremd, perfectionistisch/veeleisend of vermijdend ben.

Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

10. ik vermijd beroepsmatige taken of werkzaamheden waarbij ik met andere mensen te maken krijg, uit angst voor kritiek, afkeuring of afwijzing. (VERM1)
11. ik wil geen contacten met anderen aangaan, tenzij ik er zeker van ben dat zij mij aardig zullen vinden. (VERM2)
12. ik stel me niet open voor anderen, ook niet in intieme relaties, uit vrees vernederd of uitgelachen te worden. (VERM3)
13. ik maak me voortdurend zorgen dat anderen mij zullen bekritisieren of afwijzen. (VERM4)
14. ik houd me op de achtergrond bij nieuwe mensen, uit angst dat ze zullen zien dat ik niet goed genoeg ben. (VERM5)
15. ik ben niet aantrekkelijk of de moeite waard voor anderen. (VERM6)
16. in de aanwezigheid van anderen doe of zeg ik altijd de verkeerde dingen. (VERM6)
17. ik vermijd persoonlijke risico's of nieuwe activiteiten uit angst om af te gaan. (VERM7)
18. als ik nieuwe mensen ontmoet stel ik mij gereserveerd op, omdat ik bang ben te kort te schieten. (consistentie i.s.m. item 5)

Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

19. ik vind het heel moeilijk om alledaagse beslissingen te nemen, zonder advies en geruststelling door anderen (bijvoorbeeld: welke kleren ik moet aantrekken of wat we gaan eten). (AFH1)
20. ik heb te weinig vertrouwen in mijn eigen kunnen om zelf keuzes te maken over belangrijke dingen in mijn leven. (Bijvoorbeeld de ander moet de keuze maken over mijn financiën, zorg voor kinderen, carrière, partner, woonplaats.) (AFH2)
21. ik ga meningsverschillen het liefste uit de weg, want dit kan ertoe leiden dat ik goedkeuring verlies of zelfs ruzie krijg. (AFH3)
22. ik vermijd zelfstandig activiteiten te ondernemen of taken alleen te doen, uit angst dat ik het niet goed zal doen. (AFH4)
23. ik kan heel ver gaan om het anderen naar de zin te maken. Ik kan hierbij dingen doen of zelfs aanbieden, die ik erg onplezierig vind of die me niet goed uitkomen, uit angst hun steun te verliezen. (AFH5)
24. ik voel me hulpeloos wanneer ik alleen ben, omdat ik dan bang ben niet voor mezelf te kunnen zorgen. (AFH6)
25. als een intieme relatie tot een eind komt, zoek ik direct iemand anders die mij kan ondersteunen. (AFH7)
26. ik ben voortdurend bang dat ik in de steek gelaten word, omdat ik dan voor mezelf moet zorgen. (AFH8)
27. de gedachte om alleen te zijn en voor mezelf te moeten zorgen houdt mij continu bezig, omdat ik niet voor mezelf kan zorgen. (consistentie i.s.m. item 17)

Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

28. ik ben zo bezig met details, regels, planning, ordening of schema's, dat ik het eigenlijke doel van een taak uit het oog verlies. (DWA1)
29. ik krijg mijn werk nauwelijks af, omdat ik te veel tijd besteed om dingen helemaal goed te doen. (DWA2)
30. ik ben zo toegewijd aan mijn werk (of opleiding/school) dat ik geen tijd heb voor ontspanning en vriendschappen. (DWA3)
31. ik ben een zeer gewetensvol persoon met heel hoge normen ten aanzien van wat goed en wat fout is en ben daardoor herhaaldelijk in de problemen gekomen. (DWA4)
32. mijn woning is rommelig doordat het mij veel moeite kost om dingen weg te gooien, ook al zijn ze versleten of van geen enkele emotionele waarde. (DWA5)
33. ik vind het moeilijk om door andere mensen geholpen te worden of met anderen samen te werken, tenzij zij er mee instemmen de dingen precies op mijn manier te doen. (DWA6)
34. ik geef niet graag geld uit aan mezelf of aan anderen, zelfs al kan ik het missen, want je weet maar nooit wanneer je het nodig kan hebben. (DWA7)
35. ik ben vaak zo zeker van mijn gelijk, dat het niets uitmaakt wat andere mensen zeggen of welk standpunt zij innemen. (DWA8)
36. het is zeer belangrijk om vast te houden aan hoge morele en ethische normen zelfs als dit betekent dat ik mijzelf benadeel. (consistentie i.s.m. item 22).

Passief-agressieve-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

37. wanneer mij gevraagd wordt om iets te doen wat ik eigenlijk niet wil doen, zeg ik wel "ja", maar dan doe ik dat heel langzaam, slecht of "vergeet" ik het gewoon. (PAS-AGR1)
38. ik zeg vaak tegen anderen dat ik niet of onvoldoende gewaardeerd word. (PAS-AGR2)
39. als mensen mij vragen om iets te doen reageer ik vaak tegendraads en ga ik de discussie aan. (PAS-AGR3)
40. de meeste mensen met gezag (zoals leidinggevenden, leraren, dokters en anderen waarvan verwacht mag worden dat zij weten wat ze doen), vind ik onbekwaam, veeleisend en/of nalatig. (PAS-AGR4)
41. ik doe vaak mijn beklag over mensen die het beter hebben dan ik. (PAS-AGR5)
42. ik klaag vaker over alle nare dingen die mij zijn overkomen. (PAS-AGR6)
43. het gebeurt mij vaak dat ik kwaad weiger om iets te doen, waarna ik mij slecht voel en mijn excuses aanbied. (PAS-AGR7)

Depressieve-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

44. Ik ben eigenlijk mijn gehele (volwassen) leven al neerslachtig en niet in staat om van het leven te genieten. (DEPR1)
45. ik zie mijzelf als een mislukkeling of waardeloos persoon. (DEPR2)
46. ik ben continu beschuldigend of kleinerend naar mezelf. (DEPR3)
47. ik blijf maar denken aan nare dingen die zijn gebeurd in het verleden, of ik maak me voortdurend zorgen over nare dingen die zouden kunnen gebeuren in de toekomst. (DEPR4)
48. ik beoordeel anderen vaak overmatig kritisch en heb altijd iets op hen aan te merken. (DEPR5)
49. ik ben erg pessimistisch. (DEPR6)
50. ik voel mij vrijwel altijd schuldig. (DEPR7)
51. ik heb me vaak een 'loser' gevoeld. (consistentie i.s.m item 36)

Histrionische-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

52. ik voel mij ongemakkelijk wanneer ik niet in het middelpunt van de belangstelling sta. (HIS1)
53. ik gedraag mij vaak en in meerdere situaties seksueel verleidelijk of uitdagend, zelfs op werk, bij de dokter, postbode, etc. (HIS2)
54. mijn emoties wisselen abrupt en zijn vaak maar van korte duur (bijvoorbeeld ik kan ontzettend boos of enthousiast worden over iets, en enkele momenten later, zodra mijn aandacht door iets anders wordt gegrepen, is deze emotie volledig weg). (HIS3)
55. ik maak voortdurend gebruik van mijn uiterlijk om de aandacht naar mij toe te trekken. (HIS4)
56. ik uit me meestal op een grootse en kleurrijke wijze en hou me weinig bezig met details. (HIS5)
57. ik uit mij vaak op een heel emotionele, dramatische en kleurrijke manier. (HIS6)
58. mijn overtuigingen, normen, waarden en mening veranderen erg makkelijk en snel, bijvoorbeeld aan de hand van toevallig aanwezige mensen, trends, sociale media of tv. (HIS7)
59. Ik heb direct een intieme band met mensen, zelfs als ik hen pas één keer heb ontmoet. (HIS8)
60. ik doe er alles aan om in het middelpunt van de aandacht te komen en te blijven. (consistentie i.s.m. item 43)

Narcistische-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

61. mensen onderschatten mijn buitengewone talenten of prestaties. (NARC1)
62. ik fantaseer dagelijks over macht, roem of de ideale liefde die ik op een dag zal krijgen. (NARC2)
63. ik ben een uniek, heel bijzonder persoon, die alleen begrepen word door heel speciale mensen. (NARC3)
64. mijn prestaties en kwaliteiten verdienen veel aandacht en bewondering en ik kan daarom erg boos of verdrietig worden als ik niet de aandacht en bewondering krijg die ik verdien. (NARC4)
65. ik ben bijzonder en hoef me daarom niet te houden aan gewone regels of gebruiken die voor anderen wel gelden. (NARC5)
66. mensen hebben mij vaker gezegd dat ik arrogant overkom of een te hoge dunk heb van mezelf. (NARC5)
67. als ik iets wil, vind ik het geen probleem om een ander te benadelen of te gebruiken. (NARC6)
68. ik vind het niet belangrijk om rekening te houden met de gevoelens of problemen van andere mensen. (NARC7)
69. andere mensen zijn vaak jaloers op mijn unieke kwaliteiten. (NARC8)
70. ik ben beter, mooier of slimmer dan anderen. Er zijn maar weinig mensen die mijn kwaliteiten kunnen matchen. (NARC9) (consistentie i.s.m. item 57)

Borderline-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

71. zodra ik ook maar enigszins het gevoel krijg dat iemand mij in de steek zal laten, ga ik echt heel ver om dat te voorkomen (bijvoorbeeld de andere opeens vaak gaan bellen, overdreven aardig zijn of de ander smeken om mij niet te verlaten). (BORDL1)
72. mijn relaties zijn erg intens, vanwege de ontzettend heftige emoties die daarin aanwezig zijn. (BORDL2)
73. mijn intieme relaties worden gekenmerkt door een patroon van aantrekken en afstoten (bijvoorbeeld: het ene moment vind ik hem of haar geweldig en het andere moment vind ik hem of haar totaal waardeloos). (BORDL2)
74. ik ben instabiel en ik kan daardoor plotseling grote veranderingen aanbrengen in mijn leven of de manier hoe ik naar mezelf kijk (bijvoorbeeld: plotseling van baan, opleiding, vrienden of seksuele voorkeur veranderen). (BORDL3)
75. ik ben vaak zo impulsief, dat ik mezelf in gevaar breng of nadeel berokken (bijvoorbeeld: ik koop spullen die ik mij niet kan veroorloven, eet ongecontroleerd, drink te veel of gebruik te veel drugs). (BORDL4)
76. ik heb vaker geprobeerd mezelf te doden, of gedreigd dit te doen. (BORDL5)
77. ik heb mezelf vaker met opzet gesneden, gebrand of gekrast. (BORDL5)
78. ik heb vaak intense, plotselinge stemmingswisselingen. (BORDL6)
79. ik voel me vaak leeg van binnen. (BORDL7)
80. ik heb regelmatig extreme en oncontroleerbare woedeaanvallen, zelfs bij alledaagse tegenslagen of wanneer ik het gevoel heb dat anderen mij gaan verlaten. (BORDL8)
81. wanneer de spanning of stress erg oploopt, kan ik mezelf helemaal verliezen (bijvoorbeeld: ik word ontzettend achterdochtig, voel me totaal vervreemd, of ben totale stukken van mijn herinneringen kwijt). (BORDL9)

82. ik doe vaak dingen zonder erbij na te denken of ze wel goed voor me zijn. (consistentie i.s.m. item 66.

Antisociale-persoonlijkheidsstoornis*

Voor uw vijftiende jaar:

83. ik vind het moeilijk om mij aan de wet te houden en heb vaker dingen gedaan waarvoor ik gearresteerd ben, of gearresteerd had kunnen worden. (ANT1)
84. ik lieg vaak tegen anderen als dat in mijn voordeel is, of omdat ik daar zin in heb. (ANT2)
85. mensen vinden mij vaak onverantwoordelijk, omdat ik vaak dingen doe zonder na te denken wat de gevolgen daarvan zijn. (ANT3)
86. het lukt me niet om dingen goed te plannen of voor te bereiden, zelfs als ze voor mij belangrijk zijn. Daardoor is het nogal eens gebeurd dat ik in de problemen ben gekomen (bijvoorbeeld: ontslagen worden, strafrechtelijke vervolging, geen vaste woning meer hebben). (ANT3)
87. andere mensen maken mij vaak zo kwaad, dat het op een vechtpartij uitloopt. (ANT4)
88. ik maak me niet druk over de veiligheid van mijzelf of anderen, wat meerdere keren heeft geleid tot gevaarlijke situaties (bijvoorbeeld: dronken in de auto stappen, onveilige seks, kinderen alleen laten in onveilige omstandigheden). (ANT5)
89. ik heb vaker door mijn eigen schuld mijn baan verloren, of niet aan mijn financiële verplichtingen kunnen voldoen. (ANT6)
90. ik heb zelden spijt van mijn daden, ook al weet ik dat ik iemand anders daarmee heb gekwetst of schade heb berokkend. (ANT7)

*= Bij een TeleScreen P worden de vragen over de antisociale-persoonlijkheidsstoornis voorafgegaan door vragen over de normoverschrijdend-gedragsstoornis. Deze vragen treft u [hier](#) aan.

Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

91. ik houd andere mensen altijd in de gaten, omdat ik er van overtuigd ben dat ze anders misbruik van mij maken, mij zullen uitbuiten, schade toebrengen of bedriegen. (PAR 1)
92. Ik heb continu twijfels of mijn familie, vrienden en collega's wel te vertrouwen zijn. (PAR2)
93. ik deel geen informatie over mezelf met anderen, omdat zij die informatie vroeg of laat zullen misbruiken om mij te benadelen. (PAR3)
94. ik merk voortdurend dat achter zogenaamde onschuldige opmerkingen van mensen een verborgen bedreiging of belediging zit. (PAR4)
95. Ik blijf heel lang kwaad op mensen die mij hebben gekleineerd, beledigd of onrecht hebben aangedaan zelfs als dit iets kleins is. Ik kan dit niet binnen een paar weken of maanden vergeven en vergeten. (PAR5)
96. ik word woedend als iemand kritiek heeft op mijn karakter of reputatie. (PAR6)
97. ik ben zelfs voor kleine en/of verborgen beledigingen erg gevoelig en kan dan echt uit mijn slof schieten. (consistentie i.s.m. item 87)
98. ik heb vaak het vermoeden dat mijn partner mij ontrouw is, ook al is er geen duidelijke aanleiding om dat te denken. (PAR7)

Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

99. Ik heb reeds mijn hele leven geen behoefte aan en geen plezier in intieme relaties, ook niet met mijn gezin of familie. (SCHIZ1)
100. ik doe dingen vrijwel altijd alleen. (SCHIZ2)
101. Ik heb mijn gehele leven nooit echt belangstelling gehad voor seks. (SCHIZ3)
102. Ik beleef zelden plezier aan activiteiten. (SCHIZ4)
103. ik heb geen intieme vrienden of vertrouwelingen buiten mijn directe familie. (SCHIZ5)
104. heeft het mij nog nooit iets uitgemaakt wat mensen van mij vinden. (SCHIZ6)
105. er is niets dat mij gelukkig of verdrietig kan maken. (SCHIZ7)
106. ik voel en toon nauwelijks emoties. (consistentie i.s.m. item 96)

Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Gedurende het grootste deel van uw leven, maar zeker gedurende de afgelopen vijf jaar:

107. ik krijg vaak het gevoel dat dingen die voor de meeste mensen geen speciale betekenis hebben, in werkelijkheid bedoeld zijn om mij een boodschap te geven. (SCHIZT1)
108. ik kan dingen laten gebeuren door ze gewoon te wensen of er geconcentreerd aan te denken. (SCHIZT2)
109. ik heb een "zesde zintuig" waardoor ik dingen weet of zie, die anderen niet kunnen weten of zien. (SCHIZT2)
110. ik heb vaak bovennatuurlijke ervaringen. (SCHIZT2)
111. ik ervaar vaak dat bepaalde voorwerpen of schaduwen echte mensen of dieren zijn en hoor geluiden die eigenlijk stemmen van mensen zijn. (SCHIZT3)
112. ik voel vaak dat er een persoon of kracht om mij heen is, terwijl ik niemand kan zien. (SCHIZT3)
113. anderen vinden mijn gedachten of taalgebruik soms vreemd. (SCHIZT4)
114. ik heb snel het idee dat mensen over mij praten of het op mij gemunt hebben. (SCHIZT5)
115. andere mensen vinden mijn gedrag, kleding of presentatie vreemd, eigenaardig of afwijkend. (SCHIZT7)
116. mensen hebben mij dikwijls gezegd dat de manier waarop ik emoties uit niet past bij hetgeen ik vertel (bijvoorbeeld ik lach, terwijl ik iets vervelends vertel). (SCHIZT6)
117. mensen vinden mij vreemd, een zonderling. (SCHIZT7) (consistentie i.s.m. item 106)
118. zelfs bij mensen die ik goed ken voel ik me niet op mijn gemak. (SCHIZT9)
119. mijn ongemak in de omgang met andere mensen, blijft ook aanwezig indien anderen mij geruststellen en mij niet bekritisieren. (SCHIZT9)

Bijlage D. Verwijscriteria HHM rapport

1. Vermoeden DSM-benoemde stoornis

- 1.1. Er is een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
- 1.2. Er is geen vermoeden van een DSM-benoemde stoornis, er is enkel sprake van klachten.

2. Ernst problematiek

- 2.1. Subklinisch: er is wel sprake van klachten maar dit is onvoldoende om een diagnose te stellen. Ondanks het ontbreken van een diagnose kunnen de impact van de klachten op het dagelijks functioneren en de duur van de klachten reden zijn om gepaste hulp te bieden.
- 2.2. Licht: er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt. De cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.
- 2.3. Matig: de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen. Er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.
- 2.4. Ernstig: de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld niet kunnen werken).

3. Risico

- 3.1. Laag: er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.
- 3.2. Matig: er zijn duidelijke klachten/symptomen of er is sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.
- 3.3. Hoog: er zijn duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.

4. Complexiteit

- 4.1. Afwezig: er is sprake van een enkelvoudig beeld.
- 4.2. Laag: er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek op het vlak van persoonlijkheidspathologie, somatische aandoeningen of psychosociale en omgevingsproblemen maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- 4.3. Hoog: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op het vlak van persoonlijkheidspathologie, somatische aandoeningen of psychosociale en omgevingsproblemen die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt.

5. Beloop klachten.

- 5.1. De duur van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- 5.2. Er is sprake van aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.
- 5.3. De duur van de symptomen beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- 5.4. Er is sprake van recidive.
- 5.5. Er is sprake van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig.
- 5.6. Er is sprake van stabiele chronische problematiek, crisisgevoelig.
- 5.7. Er is sprake van instabiele chronische problematiek.

Bijlage E. Verwijsrichtlijnen

VERWIJZING	ZORGPAD/FUNCTIE	ALS aanwezig
Huisartsenzorg met praktijkondersteuner GGZ	<i>Gericht op:</i> Probleemverheldering- screenende diagnostiek	Geen vermoeden van DSM-benoemde stoornis OF
	<i>EN/OF</i> Opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan	Vermoeden DSM-benoemde stoornis EN
	<i>EN/OF</i> Geven van psycho-educatie	Ernst: Licht of subklinische score Risico: laag Complexiteit: afwezig Duur: van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria
	<i>EN/OF</i> Begeleiden/ondersteunen van zelfmanagement	OF Stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met laag risico.
	<i>EN/OF</i> Interventie gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten	
<i>EN/OF</i> Preventie (geïndiceerde preventie, zorg-gerelateerde preventie, terugval preventie)		
Generalistische Basis GGZ		DSM-benoemde stoornis ALS Laag tot matig risico Enkelvoudig beeld Lage complexiteit (eventuele comorbiditeit interfereert niet met behandeling)
Specialistische GGZ		DSM-benoemde stoornis EN Hoog risico: Acuut suïcide risico Hoog suicide risico Psychotische stoornis*** EN/OF Hoge complexiteit: Bipolaire stoornis*** Ontwikkelingsstoornis*** Afhankelijkheid van middelen*** Eetstoornissen*** Persoonlijkhedsstoornissen (mits interfererend met behandeling syndroomstoornissen)***

Voor de richtlijnen zie: Rapportage Basis Generalistische GGZ- Bakker & Jansen

*Het Maatschappelijk Werk is in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Bij psychosociale problemen wordt een verwijzing naar het MW geadviseerd.

**Indien er geen hulpvraag is of er zijn geen klachten wordt 'geen verwijzing' of 'zelfhulp' geadviseerd.

***Interpretatie Embloom (geen duidelijkheid HHM rapport)