

Handleiding

ADI-NL

Depressievragenlijst



Machteld van Leeuwen
Jos de Jonghe

Gebaseerd op de oorspronkelijke vragenlijst
door Neil L. Mogge en James P. LePage

ADI-NL

Depressievragenlijst

Handleiding

Machteld van Leeuwen

Jos de Jonghe

Vormgeving: Annelies Bast, Amsterdam

© 2018 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

De ADI-NL is de Nederlandse bewerking van een Amerikaanse schaal, ontwikkeld door Neil L. Mogge en James P. LePage. Deze bewerking is tot stand gekomen met de expliciete toestemming van de oorspronkelijke auteurs.

Artikelnummer: 5706002

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Theoretische achtergrond	7
1.2	Depressie	8
1.3	Symptoomvaliditeit	8
1.4	Prevalentie van overrapporteren	9
1.5	ADI	9
2	Instructie voor afname van de test	11
2.1	Afname	11
2.2	Instructies	11
2.3	Scoring	12
3	Interpretatie van de resultaten	15
3.1	Interpretatie van de schalen	15
3.2	Voorbeeldcasus	17
4	Psychometrische gegevens	19
4.1	Het Nederlandse onderzoek	19
4.2	Betrouwbaarheid	20
4.3	Analyse van vragen	20
4.4	Validiteit	21
4.5	Discriminatieve validiteit en afkappunten	22
	Literatuur	25
	Over de auteurs	27
	Bijlage A Originele en vertaalde items	29
	Bijlage B Itemanalyse van de Overrapportage- en Depressieschaal	31

1 Inleiding

De Assessment of Depression Inventory, ofwel ADI, (Mogge & LePage, 2004) is een beknopte zelfbeoordelvragenlijst over symptomen van depressie en symptoomvaliditeit bij volwassenen van 18 jaar of ouder. Van depressie wordt gesproken wanneer een persoon gedurende een periode van tenminste twee weken last heeft gehad van een sombere stemming, ofwel verlies van interesse en plezier. De ernst van de klachten moet zodanig zijn dat ze het functioneren van de persoon significant beïnvloeden.

Bij symptoomvaliditeit moet worden gedacht aan het overrapporteren of voorwenden van depressieve klachten, wat de meting van depressie kan vertroebelen. Deze vorm van *'response bias'* kan zowel bewust als onbewust gebeuren. Bij bewust overrapporteren wordt vaak gesproken van simuleren, veinzen of malingeren. Malingeren is het doelbewust voorwenden van stoornissen; de betrokkene weet wat hij of zij doet en er is sprake van een aanwijsbaar extern motief, zoals het voorkomen van rechtsvervolging of verkrijgen van een uitkering. Bij een nagebootste stoornis daarentegen, weet de betrokkene dat de klachtenrapportage niet klopt maar is hij zich niet bewust van zijn motief. Aandacht van artsen verkrijgen kan bijvoorbeeld zo'n motief zijn. Bij een conversiebeeld weet de betrokkene niet dat hij klachten voorwendt, noch de reden daartoe. Het woord 'malingeren' behelst meer dan alleen het vaststellen van een *response bias* en is op de laatste twee groepen dus niet van toepassing.

Hoewel de Amerikaanse versie van de ADI gebruik maakte van de term 'malingeren', is voor de Nederlandse versie besloten om dit aan te passen naar 'overrapporteren'. Het woord 'malingeren' brengt een moreel oordeel met zich mee en beperkt zich tot het bewust voorwenden van psychische klachten, terwijl 'overrapporteren' een neutralere term is die ook het onbewust voorwenden van psychische klachten meeneemt. Het doel van de ADI is om vast te stellen of er sprake is van overrapportage, zonder verdere uitspraken te doen over de redenen daartoe.

Zoals bij iedere zelfbeoordelvragenlijst het geval is, is het belangrijk om te benadrukken dat de ADI geen diagnostisch instrument is. De ADI is bruikbaar als screeningsmethode en ter bepaling van de ernst van de klachten. De ADI kan niet gebruikt worden om de diagnose 'depressie' te stellen.

1.1 Theoretische achtergrond

De ADI is ontwikkeld in de Verenigde Staten (Mogge & LePage, 2004) met als achterliggende gedachte dat er weinig betrouwbare meetinstrumenten zijn die zich specifiek richten op het 'eerlijk' of 'geveinsd' weergeven van depressieve symptomen. Bestaande meetinstrumenten zoals de MMPI of SIMS zijn over het algemeen omvangrijke vragenlijsten en bevatten niet zelden items die verwijzen naar tamelijk bizarre symptomen, waarop proefpersonen met een subtiele stijl van overrapporteren niet snel 'ja' zullen antwoorden. Het is wenselijk om in de klinische praktijk de beschikking te hebben over een handzame vragenlijst die zowel een indicatie geeft van de betrouwbaarheid van de responsen als over de ernst van de depressieve symptomen.

De ADI-NL bestaat uit vier verschillende schalen: De Depressieschaal (ADI-Dep), de Overrapportageschaal (ADI-Or), de Willekeurigheidsschaal (ADI-Wk) en de Betrouwbaarheidsschaal (ADI-Bh). De items voor de Depressieschaal (ADI-Dep) zijn gebaseerd op DSM-IV-criteria voor depressieve symptomen. Deze criteria zijn gehandhaafd in de DSM-V. Voor de items van de Overrapportageschaal (ADI-Or) zijn stellingen gebruikt die als atypisch, extreem of bizar worden beschouwd en die depressieve patiënten niet herkennen. De ADI bevat ook een zogenaamde Willekeurigheidsschaal (ADI-Wk), bedoeld om willekeurig antwoorden te signaleren. In deze subschaal zijn stellingen

opgenomen waarvan bekend is dat deze zich lenen voor willekeurig antwoorden. Een vierde subschaal betreft de Betrouwbaarheid-schaal (ADI-Bh), die later is ontwikkeld (Mogge, Steinberg, Fremouw, & Messer, 2008). De ADI-Bh is samengesteld uit zes itemparen van ADI-Dep en meet de consistentie waarmee wordt gerespondeerd. Daarnaast bevat de ADI acht items die dienen als afleiders. Deze behoren niet tot een bepaalde schaal. Het Nederlandse onderzoek heeft zich tot nu toe geconcentreerd op de ADI-Dep en ADI-Or subschalen.

1.2 Depressie

Depressie is een van de meest voorkomende psychologische stoornissen in Nederland, met een prevalentie van 18,7% (De Graaf, Ten Have, & van Dorsselaer, 2010). Volgens de definitie van de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) is een depressie een periode van hevige neerslachtigheid die minimaal twee weken aanhoudt en het dagelijks functioneren aantast. De kernsymptomen van een depressie zijn een depressieve stemming of verlies van interesse of plezier. Daarnaast kunnen andere symptomen aanwezig zijn, zoals verandering van eetlust of gewicht, slaapproblemen, vermoeidheid of energieverlies, gevoelens van waardeloosheid of ernstige schuldgevoelens, cognitieve problemen en suïcidale gedachten. Veel mensen met depressieve klachten zoeken zelf geen hulp (Boerema et al. 2016). Indien er geen preventieve maatregelen genomen worden, zal het aantal mensen met een depressie in 2030 gelijk gebleven zijn (Rompelberg, Suijkerbuijk, & Lemmens, 2014).

Depressie heeft een zeer grote impact op de kwaliteit van leven, zowel wat betreft het sociaal als het fysiek functioneren. Mensen met een depressie hebben vaker last van pijnklachten (o.a. rug-, buik- en hoofdpijn) en vermoeidheidsklachten (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003; Kerkhof, 2003; Weiss et al., 2016). Bovendien is de mortaliteit groot: enerzijds door geslaagde suïcide (20% van de patiënten met een chronische depressie suïcideren zich binnen 10 jaar), anderzijds door infecties ten gevolge van somatische symptomen als gewichtsverlies, slapeloosheid en verminderde weerstand (Kerkhof, 2003). Het risico op suïcide neemt toe met de ernst van de stoornis. De ernst van de stoornis wordt gezien als een combinatie van de duur van de stoornis en het aantal en de intensiteit van de symptomen (Kerkhof, 2003; Penninx et al., 2008). Daarnaast is ook de emotionele belasting voor de omgeving hoog: 40% van de partners lijdt hieronder en kinderen van depressieve ouders (vooral de moeder) hebben een grotere kans om zelf een psychische stoornis te ontwikkelen (Wenselaar, 2015).

Kortom: depressie heeft naast de hoge prevalentie ook een grote impact op het leven van het individu en diens omgeving. Het is dus belangrijk dat depressieve klachten worden opgespoord.

Het is duidelijk dat het missen van een depressieve stoornis grote gevolgen heeft voor het individu. Maar ook het onterecht diagnosticeren van een depressieve stoornis kan gevolgen hebben. Het individu mist dan bijvoorbeeld een passende behandeling, en geld voor het behandelen van depressie wordt dan niet doelmatig besteed. Ook kan het overrapporteren van depressieve symptomen de datasets in wetenschappelijk onderzoek vertroebelen, waardoor het onderzoek minder doeltreffend is.

1.3 Symptoomvaliditeit

Psychologen hebben lange tijd het bestaan van overdrijving of extra aanzetten van symptomen gezien als iets wat vooral in forensische populaties voorkomt. In vragenlijstonderzoek werd met dit fenomeen weinig rekening gehouden.

Bij de ontwikkeling van vragenlijsten wordt gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument, terwijl een deel van de validiteit wordt bepaald door de manier waarop de onderzochten de vragenlijst hebben ingevuld. Dit wordt symptoomvaliditeit genoemd (Bush et al., 2005). Is de klachtenrapportage van de onderzochte persoon valide? Hierbij wordt met 'valide' bedoeld of het instrument ook daadwerkelijk meet wat het beoogt te meten. In symptoomvaliditeitstests (SVT's) staan onwaarschijnlijke klachten en symptomen, die een leek niet als onwaarschijnlijk herkent. In een lijst die stemmingsklachten uitvraagt kunnen beweringen staan die vrijwel altijd ontkennend worden beantwoord door depressieve patiënten, zoals 'Meestal voel ik me 's avonds somberder dan 's ochtends.' Wanneer veel van dergelijke onwaarschijnlijke klachten worden gemeld (hoge SVT-score), wijst dit op aggraveren of overrapporteren, ofwel het overdrijven van klachten. Overige testresultaten kunnen dan niet meer

als valide worden beschouwd. Hoge scores op de overige tests wijzen dan niet noodzakelijk op stoornissen. Deze kunnen echter evenmin worden uitgesloten. De enige conclusie kan zijn dat de persoon in kwestie een overdreven klachtenpresentatie toonde, en dat de testresultaten dus niet valide zijn.

Om de betrouwbaarheid van de metingen te optimaliseren wordt bij zelfrapportages toenemend de richtlijn aangehouden dat de psycholoog ook symptoomvaliditeitstests dient te gebruiken. Gegronde twijfel aan de leesvaardigheid is een reden geen SVT af te nemen, of althans, niet zonder hulp zoals het voorlezen van de vragen. Dit geldt ook wanneer er sprake is van een (ernstige) verstandelijke beperking of een ernstige ziekte. In deze gevallen is vragenlijstonderzoek normaliter niet valide.

1.4 Prevalentie van overrapporteren

De totale prevalentie van overrapporteren wordt geschat op 30 tot 60%, afhankelijk van de gebruikte testmethoden en onderzoekssetting. Dit percentage bevat zowel bewust overrapporteren als onbewust overrapporteren.

Bij onbewust overrapporteren betreft het bijvoorbeeld patiënten met syndromen die moeilijk te objectiveren zijn, zoals ME of Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS). De klachten die zij aangeven zijn vaak subjectieve of milde cognitieve klachten. (Schmand et al., 1998; van Hout, Schmand, Wekking, Hageman, & Deelman, 2003)

Aangezien bewust simuleren of malingeren erop gericht is om niet herkend te worden, is de werkelijke omvang niet goed vast te stellen. Bewust simuleren betreft bijvoorbeeld mensen die betrokken zijn bij een letselschade- of arbeidsongeschiktheidsprocedure (Hardeman, 2006; Hoogstraten & Kemperman, 2005). Depressie is een van de meest genoemde stoornissen in arbeidsongeschiktheidsprocedures (Griffen, Normington, May & Glassmire, 1996; Mittenberg et al., 2002). Er is weinig bekend over de exacte prevalentie van het overdrijven van depressieve symptomen. De hoge prevalentie van *respons bias* (poging tot misleiding) in dergelijke procedures (Griffen et al., 1996; Greve et al., 2009), geeft aan dat het zeer goed mogelijk is dat er sprake is van verminderde symptoomvaliditeit. Diverse schattingen over de prevalentie van nagebootste stoornissen in de algemene geneeskunde variëren tussen de 0,5 en 4,0%. In de psychiatrie heeft naar schatting 2% van de opgenomen patiënten een nagebootste stoornis, welke veelal niet gediagnostiseerd is (Mol, 2007).

De ontwikkeling en het gebruik van detectiestrategieën die klinici ondersteunen bij de differentiatie tussen gesimuleerde en ongesimuleerde depressieve symptomen is daarom belangrijk (Fuermaier, Tucha, Koerts, Lange & Tucha, 2013; Jelicic, van Impelen, & Merckelbach, 2013). In haar proefschrift uit 2017 betoogt dr. B. Dandachi-Fitz-Gerald dat idealiter iedere vragenlijst in de toekomst ingebouwde validiteitsindicatoren heeft.

1.5 ADI

Onderzoek met de oorspronkelijke versie

De Engelstalige versie van de ADI blijkt een intern consistent en valide meetinstrument (Clegg, Fremouw, & Mogge, 2009; Mogge, 2006; Mogge & LePage, 2004; Mogge, et al., 2008). Enkele studies kwamen uit op verschillende grenswaarden voor overrapporteren, variërend van 9 tot 15, mede afhankelijk van de studiepopulatie. Op ADI-Dep werd een afkappunt van 39 voor matig ernstige depressie en 49 voor ernstige depressie vastgesteld. Voor ADI-Wk werd een afkappunt van 8 vastgesteld, en voor de ADI-Bh een afkappunt van 7 (Clegg, et al., 2009; Mogge, 2006; Mogge & LePage, 2004; Mogge, et al., 2008).

Bij validatie deelonderzoeken naar de ADI in 2004 (Mogge & LePage, 2004) werd in twee deelonderzoeken een groep psychiatrische patiënten gevraagd om de vragen op de ADI en de BDI-II zo eerlijk mogelijk in te vullen. De ADI correleerde hoog met de BDI-II ($r=.86$ en $r=.93$). Tevens werd aan twee groepen simulanten (een groep met voorkennis over depressieve klachten en een naïeve groep) gevraagd om de ADI in te vullen met als instructie 'depressieve klachten op een dusdanige manier te veinzen, dat aan rechtsvervolgning ontkomen kon worden'. Tussen patiënten en simulanten werd een significant verschil ($p<0,001$) gevonden op ADI-Or en er werd geen verschil gevonden tussen de simulanten met voorkennis en de naïeve simulanten.

Vervolgonderzoek (Mogge, 2006) bij opgenomen psychiatrische patiënten ($n=960$) toonde aan dat de ADI-Dep

en ADI-Or hoog correleerden met vergelijkbare schalen uit de Personality Assessment Inventory (PAI): ADI-Dep - PAI-Dep ($r=.759$) en ADI-Or - PAI-Mal ($r=.691$). Mogge (Mogge, et al., 2008) vond in een groep poliklinische psychiatrische patiënten hoge correlaties ($r .806 - .820$) tussen ADI-Dep en de BDI-II, de Zung Self-Rating Depression Scale en de PAI.

Ontwikkeling Nederlandse versie van de ADI: de ADI-NL

De vertaling van de ADI naar het Nederlands is ter hand genomen door Dhr. Dr. Jos de Jonghe (Klinisch Neuropsycholoog), Mw. Machteld van Leeuwen, MSc (Klinisch Psycholoog) en Dhr. S.R.A. Meyer, MSc (psycholoog). Hierbij zijn meerdere experts op het gebied van depressie met een psychiatrische of psychologische achtergrond geraadpleegd. Na terugvertaling en goedkeuring door de oorspronkelijke auteurs (Mogge en LePage), is de definitieve versie in 2014 tot stand gekomen. De oorspronkelijke en de vertaalde vragen zijn terug te vinden in bijlage A. Het onderzoek naar de Nederlandse versie en de totstandkoming van de normen wordt nader toegelicht in hoofdstuk 4.