

Open Review-proces - Blanken ea Het Onderzoek naar de Betrouwbaarheid en Validiteit van de Self-Report Symptom Inventory bij Jongeren Jeugd in Ontwikkeling

Table of Contents

<i>Open Review-proces - Blanken ea Het Onderzoek naar de Betrouwbaarheid en Validiteit van de Self-Report Symptom Inventory bij Jongeren Jeugd in Ontwikkeling.....</i>	1
<i>Originele manuscript</i>	2
<i>Mail met reviews over eerste versie</i>	23
<i>Mail met reviews over tweede versie.....</i>	31
<i>Mail met reviews over derde versie</i>	33

Originele manuscript

Het beoordelen van klachtoverdrijving bij jongeren: Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Self-Report Symptom Inventory (SRSI)

Samenvatting

Ondanks dat jongeren hun klachten kunnen overdrijven, zijn er voor deze doelgroep geen op zichzelf staande instrumenten om deze symptoomvaliditeit te meten beschikbaar. Wij onderzochten bij 88 jongeren uit de Nederlands sprekende algemene populatie of de Self Report Symptom Inventory (SRSI) voldoende onderscheidend vermogen heeft om de eerlijk invullers en de geïnstrueerde veinzers van depressie of pijn op te sporen en daarnaast voldoende interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid laat zien. Bijkomend onderzochten we de impact van slordig invullen op de SRSI. De SRSI werd tweemaal ingevuld. Eenmaal eerlijk en de tweede maal volgens één van de vier rollen: eerlijk, depressief, pijn of slordig invullen. Resultaten tonen aan dat de SRSI effectief onderscheid maakt tussen eerlijke invullers en geïnstrueerde veinzers. De specificiteit van de SRSI bij het standaard afkappunt bedroeg ,90 en de sensitiviteit ,91. Voor de plausibele en pseudosymptoomschaal zijn de interne consistentie (Cronbach's alpha = ,91 en ,81, respectievelijk) en de test-hertest betrouwbaarheid voldoende ($n = 24$; $r = ,93$ en ,88, respectievelijk). Bij slordige invullers scoort ongeveer de helft van de deelnemers boven het afkappunt van de SRSI. Exploratief onderzoek suggereert dat het positief beantwoorden van meer dan één consistentie-item na het falen op de SRSI, eerder wijst op slordig invullen dan op klachtoverdrijving. Concluderend zijn deze eerste bevindingen bemoedigend voor de toepasbaarheid van SRSI bij jongeren. Echter verder onderzoek is nodig alvorens de SRSI ingezet kan worden om klachtenoverdrijving bij jongeren in de klinische praktijk op te sporen.

Abstract

Despite the potential for adolescents to exaggerate their complaints, there are no standalone instruments available to measure symptom validity for this demographic. We examined 88

adolescents from the Dutch-speaking general population to assess whether the Self Report Symptom Inventory (SRSI) demonstrates sufficient discriminative power to distinguish between honest responders and instructed feigners of depression and pain, and also shows satisfactory internal consistency and test-retest reliability. Additionally, we explored the impact of careless responding on the SRSI. The SRSI was administered twice, once honestly and the second time according to one of four roles: honest, depressed, in pain, or responding carelessly. Results indicate that the SRSI effectively discriminates between honest responders and instructed feigners. The specificity of the SRSI at the standard cutoff point was .90, and the sensitivity was .91. For the plausible and pseudosymptom scales, internal consistency (Cronbach's alpha = .91 and .81, respectively) and test-retest reliability were sufficient ($n = 24$; $r = .93$ and $.88$, respectively). Among careless responders, approximately half of the participants scored above the SRSI cutoff point. Exploratory research suggests that positively endorsing more than one consistency item after failing the SRSI is indicative of careless responding rather than symptom exaggeration. In conclusion, these initial findings are promising for the applicability of the SRSI in adolescents. However, further research is needed before the SRSI can be employed to detect symptom exaggeration in adolescents in clinical practice.

Trefwoorden

Symptoomvaliditeit; Symptoom overrapportage; Self-Report Symptom Inventory; Adolescentie; Psychodiagnostiek

Bijsluiter voor de praktijk

1. Klachtoverdrijving kan de validiteit van de uitkomsten op zelfrapportagevragenlijsten beïnvloeden.
2. Wij onderzochten of de SRSI een betrouwbaar instrument is om klachtoverdrijving op te sporen bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar uit de algemene Nederlandse populatie.
3. Resultaten tonen aan dat de SRSI succesvol onderscheid maakt tussen eerlijke invullers en degenen die symptomen van depressie of pijn veinzen.

4. Bij de groep die de SRSI slordig invulde, scoorde de helft boven het afkappunt. Exploratief onderzoek suggereert dat de consistentieschaal van de SRSI behulpzaam kan zijn bij het onderscheiden van invaliditeit veroorzaakt door veinzen of slordig invullen.
5. Verder onderzoek bij jongeren met mentale en/of lichamelijke klachten is nodig voordat de SRSI gebruikt kan worden in de klinische praktijk.

Aantal woorden (hoofdtekst): 4726

1 Inleiding

Er worden in de klinische praktijk steeds vaker zelfrapportagevragenlijsten gebruikt om het psychologisch functioneren te evalueren en klinische symptomen te beoordelen. Cliënten kunnen echter op verschillende manieren zelfrapportagevragenlijsten inaccuraat invullen, bijvoorbeeld door onverschillig of slordig in te vullen, klachten te minimaliseren of juist te overdrijven. Wanneer deze vertekeningen in sterke mate voorkomen, leidt dit tot verminderde geldigheid van de beoordeling; in vakjargon bekend als 'verminderde symptoomvaliditeit'. De symptoomvaliditeit van psychologisch onderzoek kan worden vastgesteld met behulp van “*Symptom Validity Tests*” (SVTs) (Sweet et al., 2021). SVTs zijn vragenlijsten die bestaan uit bizarre, atypische of onwaarschijnlijke symptomen, ook wel pseudosymptomen genoemd. Wanneer iemand een groot aantal van dergelijke pseudosymptomen positief beantwoordt, is dat een aanwijzing dat de vragenlijst niet valide is ingevuld en bijgevolg dat de aangemelde klacht ook inaccuraat weergegeven wordt (Schroeder & Martin, 2022). De conclusies en behandeladviezen gebaseerd op de zelfrapportage kunnen dan minder betrouwbaar zijn.

Hoewel beoordeling van de validiteit van het psychologisch onderzoek wordt aanbevolen, blijft dit bij kinderen en jongeren in de praktijk vaak achterwege (Sweet et al., 2021). Als symptoomvaliditeit expliciet wordt beoordeeld dan gebeurt dit aan de hand van de gedragsobservaties van de clinici, waarbij ze inschatten of iemand gemotiveerd is tijdens het psychologisch onderzoek of de indruk wekt slordig te antwoorden. Onderzoek wijst echter uit, dat het beoordelen van symptoomvaliditeit op basis van alleen klinische inschatting foutgevoelig is (Brooks et al., 2016; [gemaskeerd], 2017; Faust et al., 1988).

Het is dan ook belangrijk om de validiteit van de zelfrapportage psychometrisch te beoordelen. Dat in de praktijk weinig gebruik gemaakt wordt van SVTs bij kinderen en jongeren heeft meerdere redenen. Een belangrijke factor die meespeelt is de aanname onder veel clinici dat kinderen hun symptomen altijd zo goed en eerlijk mogelijk weergeven (Brooks et al., 2016; Hirst et al., 2017). Echter, ook kinderen en jongeren kunnen klachten overdrijven. Kinderen ontwikkelen de vaardigheid tot het voorwenden of veinzen van klachten of problemen vanaf de vroege schooljaren en deze vaardigheid neemt toe met de leeftijd (Salekin et al., 2018). De prevalentie, hoewel gebaseerd op weinig onderzoek, varieert van 8% tot 20% in de klinische populatie en kan oplopen tot 60% bij de populatie die betrokken is bij letselschadezaken

(Chafetz, 2008; Kirkwood, 2015; Rogers et al., 1996). Er zijn diverse redenen waarom kinderen en jongeren hun klachten overdrijven of veinzen. Jongeren kunnen hun persoonlijke verantwoordelijkheid willen ontlopen, financiële, materiële (waaronder medicatie) of schoolse voordelen najagen. Daarnaast kan sociale druk, met name verwachtingen om te presteren, jongeren beïnvloeden en hen aanzetten tot het veinzen van klachten. Daarbovenop is er nog de mogelijkheid dat kinderen en jongeren hun klachten anders presenteren, door hun nog in ontwikkeling zijnde cognitieve, emotionele en gedragsvaardigheden (Ploetz et al., 2022).

Een tweede beperkende factor voor het gebruik van SVTs bij psychologisch onderzoek bij kinderen en jongeren is het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van SVTs in deze doelgroep (Sweet et al., 2021). Voor de Nederlandse populatie zijn alleen de validiteitsschalen van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescence (MMPI-A) bruikbaar (Emhoff et al., 2018; Kirk et al., 2020). Een nadeel is dat de MMPI-A een lange persoonlijkheidsvragenlijst is van 478 items waarvan de symptoomvaliditeitsschalen integraal onderdeel zijn.

Bij volwassenen zijn zowel de Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS; zie voor de Nederlandse versie Merckelbach et al., 2001) als de recent uitgebrachte Self-Report Symptom Inventory (SRSI; zie voor de Nederlandse versie [gemaaskeerd], 2018) instrumenten om symptoomvaliditeit te meten. De SIMS is de bekendste en meest gebruikt SVT bij volwassenen ([gemaaskeerd], 2013; Martin et al., 2015). Ondanks de redelijk goede psychometrische eigenschappen (Shura et al., 2022; Van Impelen et al., 2014), kleven aan de SIMS verschillende nadelen. Zo bestaat de SIMS grotendeels uit symptomen die onwaarschijnlijk, bizar of atypisch zijn. Deze pseudosymptomen meten veinzen van ernstige pathologie, zoals psychotische aandoeningen en geheugenverlies, terwijl de meer “gewone” en vaker voorkomende klachten, zoals angst, pijn en vermoeidheid niet bevroegd worden (Hall & Poirier, 2021). Ook bevat de naam van de test de term “malingering”, hetgeen ten onrechte de suggereert dat klachtverdriving altijd een signaal is van opzettelijk bedrog om er voordeel uit te slepen ([gemaaskeerd], 2019). Tenslotte zou de specificiteit van de SIMS binnen een klinische populatie te wensen overlaten, wat betekent dat patiënten met authentieke symptomen een verhoogde kans lopen door de SIMS ten onrechte bestempeld te worden als iemand die klachten overdrijft bij het psychologisch onderzoek (Merten et al., 2016). Met voorgaande beperkingen in gedachten is de SRSI ontwikkeld ([gemaaskeerd], 2018; Merten et al., 2016). De SRSI bestaat uit

107 items; twee controle-items, vijf consistentie-items, 50 items met plausible symptomen en 50 items met pseudosymptomen. Het betreft wel/niet vragen, waarmee de cliënt het symptoom kan bevestigen of ontkennen. Bevestigde antwoorden worden opgeteld en in twee totaalschalen verdeeld: één voor plausible symptomen en één voor pseudosymptomen. Voorts wordt een ratioscore berekend door de som van het aantal pseudo-symptomen te delen door de som van het aantal plausible symptomen.

Hoewel de SRSI relatief nieuw is, zijn er al verschillende wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd bij volwassenen. We zullen ons hierbij beperken tot de bevindingen van de Nederlandse SRSI, die overigens in hoge mate overeenkomen met die van de oorspronkelijke Duitse versie ([gemaskeerd], in voorbereiding; 2023; [gemaskeerd], 2022). De belangrijkste maat voor klachtenoverdrijving is de som van het aantal pseudosymptomen, waarvoor uit eerder onderzoek drie afkappunten naar voren komen om symptoomoverdrijving vast te stellen. Dit betreft een liberaal afkappunt > 6 (voor screeningsdoeleinden), een standaard afkappunt > 9 (voor diagnostische doeleinden) en een conservatief afkappunt > 15 met een respectievelijke sensitiviteit van ,83; ,62 en ,45 en specificiteit van ,91; ,96 en ,99. Voor de ratio wordt een afkappunt van ,288 geadviseerd, echter meer onderzoek naar deze ratio-score is nodig ([gemaskeerd], 2018; Merten et al., 2016; [gemaskeerd], 2022). Voor de plausible symptoomschaal en de consistentieschaal zijn nog geen afkappunten beschikbaar. Wat betreft de interne consistentie werd een Cronbach's alpha gevonden van ,94 voor de plausible symptoomschaal en ,91 voor de pseudo-symptoomschaal. Test-hertest correlaties met een tussenpoos van twee weken waren redelijk hoog, namelijk ,92 voor plausible symptomen en ,88 voor pseudosymptomen.

Samengevat ontbreekt het in de Nederlandse praktijk momenteel aan op zichzelf staande SVTs voor kinderen en jongeren, terwijl ook zij bij psychologisch onderzoek klachten kunnen overdrijven en psychometrische beoordeling van symptoomvaliditeit wordt aanbevolen (Sweet et al., 2021). Op basis van de bevindingen bij volwassenen zou de SRSI ook een geschikt instrument kunnen zijn voor jongeren. Met dit in gedachten verrichtten we een experimentele studie naar het diagnostisch onderscheidend vermogen en de test-hertestbetrouwbaarheid van de SRSI bij jongeren uit de algemene populatie van 12 tot en met 17 jaar. We voorspelden dat jongeren bij het eerlijk invullen significant minder plausible symptomen en pseudosymptomen zouden aanvinken dan wanneer zij de vragenlijsten invulden onder de instructie klachten te

veinzen. De SRSI zou voldoende specifiek en sensitief moeten zijn, met afkapwaarden van > 6 , > 9 en > 15 pseudosymptomen zoals geïdentificeerd in het onderzoek met volwassenen (Merten et al., 2016; 2019; [gemaskeerd], 2022). De specificiteit bij het standaard afkappunt zou minstens $,90$ moeten bedragen (Sweet et al., 2021; Sherman et al., 2020). Voor de hoofdschalen van de SRSI verwachtten we een interne consistentie (Cronbach's alpha) boven $,80$. Bovendien verwachtten we een voldoende test-hertestbetrouwbaarheid (Pearson $r > ,80$) bij het tweemaal eerlijk invullen van de vragenlijst.

2 Methode

2.1 Deelnemers

Werving van Nederlandssprekende participanten in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar vond plaats tussen juli 2021 en september 2022. De participanten hebben zich gemeld nadat ze, via reguliere middelbare scholen (alle onderwijsniveaus) en sportclubs in [gemaskeerd voor peer review], de wervingsfolder gekregen hadden. Participanten mochten niet deelnemen wanneer ze een oncorrigeerbare visuele beperking hadden, een andere fysieke beperking hadden die het gebruik van een computer verhinderde, de Nederlandse taal onvoldoende beheersten, en/of wanneer er sprake was van een fysieke/psychische diagnose waarvoor specialistische behandeling geboden werd. Potentiële deelnemers hebben de proefpersoneninformatiebrief ontvangen met daarin informatie over inhoud van het onderzoek, vertrouwelijkheid van gegevens, vrijwilligheid van deelname, de mogelijkheid om te stoppen, contactgegevens van de onderzoeker en een onafhankelijke vertrouwenspersoon. Alle participanten en, indien jonger dan 16 jaar, ook hun ouders verleenden schriftelijke toestemming voor deelname. De studie is als niet-WMO plichtig onderzoek goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van [gemaskeerd voor peer review]. De studie werd uitgevoerd in overeenstemming met de Verklaring van Helsinki.

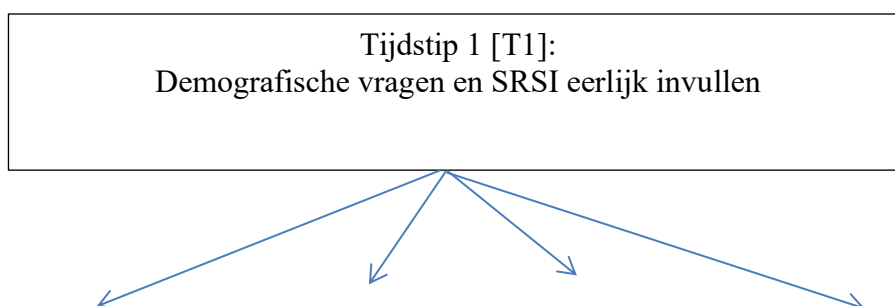
In totaal hebben 95 participanten deelgenomen. Voordat de statistische analyse werd uitgevoerd, werden zeven participanten geëxcludeerd; één participant haalde de leeftijdsondergrens niet en zes participanten beantwoordden meer dan twee pre- of postexperimentele controlevragen incorrect, waaruit bleek dat ze de instructies niet goed

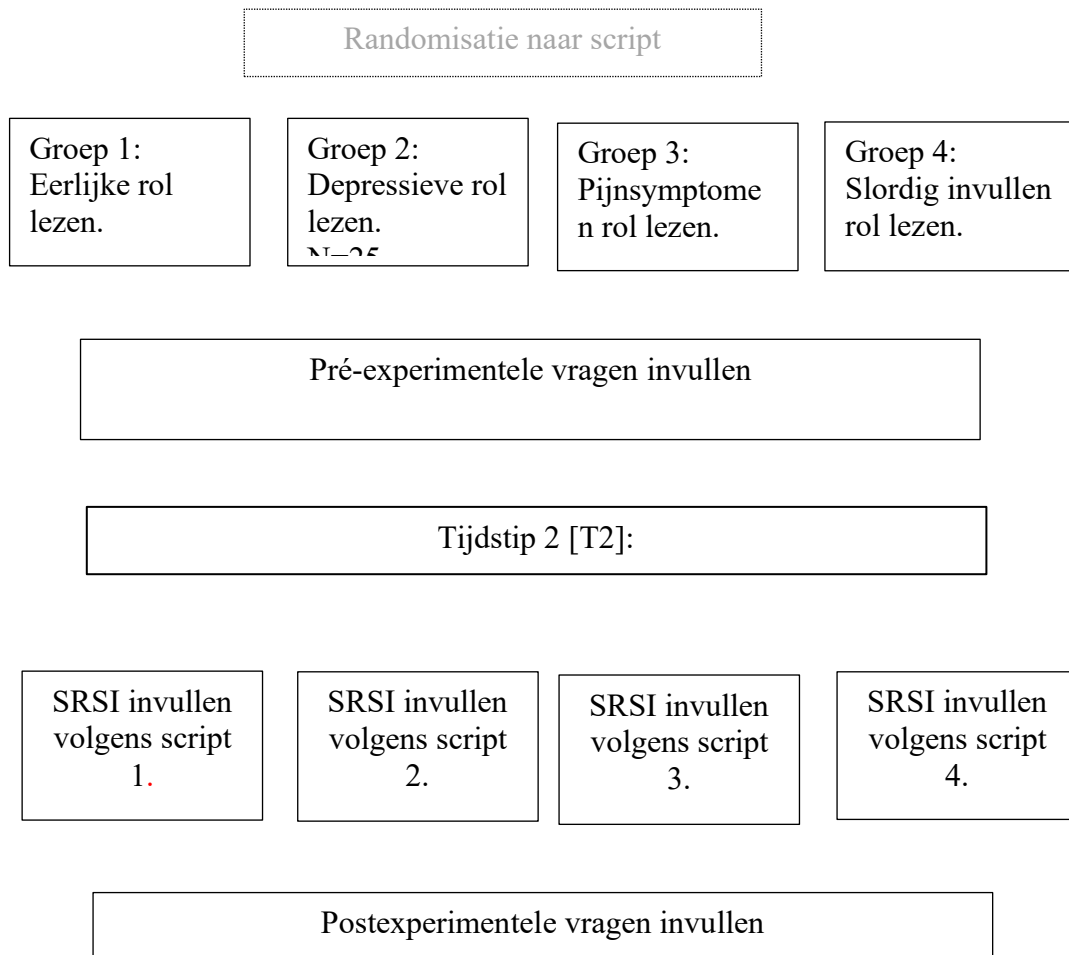
begrepen of uitgevoerd hadden. Alle vragenlijsten zijn in het Nederlands voorgelegd en ingevuld. Zes participanten hebben aangegeven niet altijd in Nederland woonachtig te zijn geweest, waarvan twee participanten korter dan twee jaar in Nederland woonachtig waren. Zeven participanten rapporteerden een dyslexieverklaring te hebben. Enkele participanten hebben aangegeven klachten te hebben, namelijk; een gebroken pols ($n = 1$), verstuikte enkel ($n = 1$), een diagnose autisme spectrumstoornis ($n = 1$), een diagnose attention deficit (hyperactivity) disorder ($n = 2$) waarbij de laatste twee participanten medicatie gebruikten, maar allen zonder specialistische behandeling.

2.2 Procedure

Door de COVID-19 pandemie vond het onderzoek online plaats. In een eenmalige beeldbelafsprak via Microsoft Teams van ongeveer 45 minuten kregen de jongeren het onderzoek aangeboden. De onderzoeker bleef tijdens het invullen online aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden. Na de eerste uitleg kregen ze een link naar het digitale testsysteem van [gemaskeerd voor peer review] voor Datamanager (EDC Researchmanager) met daarin alle onderdelen van het onderzoek. Participanten werden gevraagd de Nederlandse SRSI tweemaal digitaal in te vullen. Eenmaal als zichzelf (eerlijk, tijdstip 1). Vervolgens werden ze op basis van toeval verdeeld aan één van vier condities: 1) nogmaals eerlijk invullen; 2) depressieve symptomen te veinzen; (3) pijnsymptomen te veinzen; en 4) te doen alsof ze geen zin hadden in het onderzoek en zo snel mogelijk klaar wilden zijn (slordig invullen). Zie figuur 1 voor het volledige overzicht. In iedere conditie kregen ze een script te lezen (zoals een rol in een film) en werd hen gevraagd om vanuit die rol de SRSI nogmaals in te vullen (tijdstip 2). Na het invullen werden alle participanten geïnformeerd over het doel van het onderzoek.

Participanten ontvingen een €7,50 cadeaubon als vergoeding en maakten kans op het winnen van één iPad aan het einde van de studie.





Figuur 1 *Flow chart*

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1. Een demografische vragenlijst werd ingevuld om de leeftijd, het geslacht, het schoolniveau en de duur woonachtig in Nederland vast te leggen. Ook werd nagevraagd of er sprake was van dyslexie.

2.3.2. De Nederlandse versie van de Self-Report Symptom Inventory (SRSI) werd gebruikt om de symptoomvaliditeit te meten ([gemaskeerd], in voorbereiding; [gemaskeerd], 2018; Merten et al., 2019). Zoals in de inleiding beschreven, bestaat de SRSI uit twee hoofdschalen van ieder 50 items: de plausibele symptoomschaal met items in de trant van: “Ik kan nauwelijks namen

onthouden” en de pseudosymptoomschaal met items zoals: “Zelfs als ik lichtjes word aangeraakt, krimp ik ineen van de pijn”, twee controle-items die bevroegen of de participant de instructie goed had gelezen/bereid was de vragen eerlijk te beantwoorden en een consistentieschaal met vijf positieve gezondheidsitems, zoals: “Mij mankeert niets”, om het zorgvuldig lezen en zo consistentie van invullen te checken. De maat voor klachtenoverdrijving is een score boven één van de afkappunten van de pseudosymptomenschaal.

2.3.3 Vier scripts werden geschreven voor dit experiment. In conditie 1 (eerlijke script) werd aan de jongeren gevraagd de vragenlijst een tweede keer in te vullen omdat een tweede keer invullen de score soms kan veranderen. In condities 2, 3 en 4 werden jongeren gevraagd een specifieke rol te spelen, vergelijkbaar met een filmrol. In conditie 2 (depressieve symptomen) moesten ze zich inleven in iemand die het moeilijk had op school, weinig vrienden had en zich down voelde. Na twee weken ziekte was de persoon in staat om weer naar school te gaan, maar thuisblijven voelde fijner. In conditie 3 (pijnsymptomen) werd gevraagd zich in te leven in iemand met een hersenschudding na een auto-ongeluk. Na twee weken, was de persoon in staat om weer naar school te gaan, maar thuisblijven voelde fijner. In condities 2 en 3 werd participanten gevraagd zich voor te stellen dat ze thuis wilden blijven en om dit te bereiken moesten ze klachten overdrijven, zonder dat het de beoordelaar zou opvallen. Voor conditie 4 (slordig invullen) moesten jongeren zich inleven in iemand die geen zin had, weinig naar school ging en liever gamede. Om zorgen van de omgeving te objectiveren werd hen gevraagd een vragenlijst in te vullen, waarbij ze maar wat invulden.

2.3.4 Pre- en postexperimentele controlevragen. In de vragenbatterij werden verschillende experimentele controles toegepast: 1) de twee controle-items van de SRSI (T1), 2) Pré-experimentele vragen; drie vragen na het lezen van het script controleerden op onoplettend lezen van het script, 3) Postexperimentele vragen; door middel van drie vragen werd achteraf gecheckt of deelnemers alle vragen van de SRSI zorgvuldig volgens de rol hebben beantwoord tijdens het experiment en of het gelukt is zich in te leven in de rol.

2.4 Statistische analyse

Allereerst zijn alle data gecontroleerd op missende data en bleken er geen substantiële ontbrekende gegevens te zijn. Vervolgens is gekeken of de demografische variabelen en beide hoofdschalen (plausibele symptoomschaal en pseudosymptoomschaal) normaal verdeeld waren en zijn er non-parametrische toetsen toegepast, omdat deze variabelen scheef verdeeld waren. Om te controleren of de verdeling van de scripts op basis van toeval heeft geleid tot vier vergelijkbare subgroepen, zijn de continue variabele variabelen (zoals leeftijd) tussen de subgroepen op T1 (tijdstip 1) vergeleken middels een Kruskal-Wallis toets en zijn de categorische variabelen (zoals geslacht en opleidingsniveau) vergeleken middels een chi-kwadraattoets.

De data is daarna geanalyseerd in verschillende stappen om na te gaan of de SRSI voldoende onderscheid kon maken tussen de eerlijke en de overdrijvende invuller.

In een eerste stap werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de plausibele- en pseudosymptoomschaal berekend voor de eerste eerlijke afname (T1). Middels frequentieanalyse werd het aantal participanten, dat boven en onder de drie afkappunten voor pseudosymptomen scoorde, berekend. Tevens is bekeken of de vier subgroepen op T1 bij het eerlijk invullen vergelijkbaar waren in de antwoorden op de plausibele symptoomschaal en de pseudosymptoomschaal middels een Kruskal-Wallis toets, aangezien verschillen tussen de subgroepen op T1 tot vertekening van de resultaten zou leiden op T2.

In een tweede stap onderzochten we middels Wilcoxon signed rank toetsen per subgroep of er een verschil was tussen het eerlijk invullen op T1 en het invullen conform script op T2 voor de SRSI plausibele en pseudosymptoomschaal. Vervolgens is met een Kruskal-Wallis toets geanalyseerd of deze afzonderlijke twee symptoomschalen verschilden tussen de vier subgroepen op T2.

De specificiteit werd in de derde stap berekend, door het aantal participanten met een pseudosymptoomscore onder het afkappunt te delen door het totaal aantal participanten op T1. Dit werd apart geanalyseerd voor de afkappunten > 6 , > 9 en > 15 . De sensitiviteit werd berekend door het aantal participanten in de subgroepen veinzen van depressie en pijn met een pseudosymptoomscore boven het afkappunt op T2 te delen door het totaal aantal participanten in deze twee subgroepen.

Als vierde stap werd de impact van slordig invullen bekeken, door eerst het aantal participanten in deze subgroep dat boven het afkappunt van de SRSI scoorde te berekenen.

Vervolgens is exploratief bekeken of bij scores boven het afkappunt van de SRSI, de consistentie-schaal onderscheid kon maken tussen de twee veingsgroepen enerzijds en de groep slordig invullen anderzijds.

Als vijfde en laatste stap is de betrouwbaarheid van de SRSI onderzocht door de interne consistentie (Cronbach's alpha) te berekenen van de plausibele en de pseudosymptoomschaal bij eerlijk invullen op T1. De test-hertest-betrouwbaarheid SRSI is berekend middels Pearson's r correlatie te berekenen tussen de scores van de beide hoofdschalen op T1 en T2 voor de subgroep deelnemers in de eerlijke conditie.

3 Resultaten

3.1 Beschrijvende analyse van de doelgroep

Er namen 88 jongeren deel met een gemiddelde leeftijd van 13,93 jaar ($SD = 1,47$), waarvan 50% vrouwen (44 mannen, 44 vrouwen) waren. Van de groep jongeren volgden vier (4,6%) Basis Beroepsgerichte leerweg (BB), zeventien (19,5%) Kader Beroepsgerichte leerweg (KB), zeventien (19,5%) Theoretische Leerweg (TL), zestien (18,4%) Hoger Algemeen Vormend Onderwijs (HAVO) en 33 (37,9%) Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (VWO). Eén deelnemer had de vraag niet ingevuld. Alle deelnemers werden op basis van toeval toebedeeld aan één van vier scriptgroepen: 1) nogmaals eerlijk invullen ($n = 24$); 2) depressieve symptomen te veinzen ($n = 23$); 3) pijnsymptomen te veinzen ($n = 22$); en 4) te doen alsof ze geen zin hadden in het onderzoek en zo snel mogelijk klaar wilden zijn (slordig invullen; $n = 19$). De groepen verschilden niet van elkaar in gemiddelden in leeftijd ($H(3) = 3,44$ $p = ,329$), percentage vrouwen ($\chi^2(3) = 1,24$, $p = ,742$), of verdeling van de onderwijsniveaus (hoog, midden, laag) ($\chi^2(6) = 2,84$, $p = ,828$).

3.2 Beschrijvende analyses van de SRSI

Bij de eerste eerlijke afname werden gemiddeld genomen zo'n tien plausibele symptomen en drie pseudosymptomen aangekruist. Er waren hierbij geen verschillen tussen de vier groepen (zie Tabel 1).

symptomen	Eerlijk invullen	24	9,42	7,00	9,04	8,25	-1,073	,283
	Depressie veinzen	23	9,13	8,82	33,86	8,89	-4,198	<,001
	Pijn veinzen	22	10,31	8,06	37	8,60	-4,108	<,001
	Slordig invullen	19	11,10	8,27	19,68	12,93	-2,310	,021
Pseudo-								
symptomen	Eerlijk invullen	24	2,83	4,18	3,08	5,66	-0,574	,566
	Depressie veinzen	23	2,52	3,37	24,13	12,30	-4,199	<,001
	Pijn veinzen	22	3,32	4,70	28,64	13,40	-3,784	<,001
	Slordig invullen	19	4,42	4,89	13,42	13,18	-2,287	,022

Noot. SRSI = Self-Report Symptom Inventory; T1 = tijdstip 1 (eerlijk invullen); T2 = tijdstip 2 (invullen volgens subgroep).

Op T2 was er een significant verschil tussen de vier groepen in scores op de plausibele symptoomschaal; ($H(3) = 51,06, p < ,001$). Bonferroni gecorrigeerde paarsgewijze vergelijking liet zien dat de eerlijke groep significant lager scoorde dan de depressiegroep ($p < ,001$) en de pijngroep ($p < ,001$). De slordig invullen groep scoorde wel hoger, maar verschilde niet significant van de eerlijke groep ($p = ,273$). De slordige groep scoorde significant lager dan de depressiegroep ($p = ,011$) en de pijngroep ($p < ,001$). De depressie- en pijngroepen verschilden niet van elkaar ($p = 1,000$). Een soortgelijk patroon van bevindingen wordt gevonden voor de pseudosymptomen ($H(3) = 45,04, p < ,001$). De eerlijke groep scoorde significant lager dan de depressiegroep ($p < ,001$) en de pijngroep ($p < ,001$). De slordig invullengroep scoorde (op de grens van significantie) hoger dan de eerlijk groep ($p = ,050$), maar lager dan de twee veingsgroepen, waarbij het verschil met de depressiegroep niet significant is ($p = ,098$) en met de pijngroep wel ($p = ,012$). De depressie- en pijngroepen verschilden niet van elkaar ($p = 1,000$).

3.4 Specificiteit en sensitiviteit van de SRSI

Tabel 3 vat de specificiteit- en sensitiviteitsgegevens samen. Bij de eerste afname (“eerlijk invullen”) scoorden negen jongeren (10,2%) boven het standaard afkappunt van 9. Dat betekent dat 89,8% van de eerlijke invullers op T1 door de SRSI ook daadwerkelijk als eerlijk werden geclassificeerd (specificiteit). Bij het standaard afkappunt werden in totaal 41 van de 45 (91%) deelnemers die depressieve of pijnklachten veinzen ook zo geclassificeerd door de SRSI (sensitiviteit).

Tabel 3. *Specificiteit en sensitiviteit voor de SRSI pseudosymptoomschaal voor de verschillende afkappunten.*

	Screening	Standaard	Conservatief
	(>6)	(>9)	(>15)
Specificiteit ^a	,85	,90	,98
Sensitiviteit ^b	,93	,91	,75

Noot. SRSI = Self-Report Symptom Inventory; ^a $N = 88 = 88$, eerlijk invullen op T1; ^b $n = 47$, bij veinzen van depressie ($n = 24$) of veinzen van pijn ($n = 23$) op T2.

3.5 Impact van slordig invullen op de SRSI

Bij de deelnemers die slordig invullen scoorden tien van de negentien (52,6%) deelnemers boven het standaard afkappunt (54%). Deze tien deelnemers antwoordden gemiddeld genomen ook instemmend met 3,37 ($sd = 1,74$) consistentie-items die positieve gezondheid bevroegen. De samengevoegde veingsgroepen scoorden significant lager met een gemiddelde score van 0,47 ($sd = 0,82$) op de consistentieschaal; Welch's $t = 4,56$, $p < ,001$, $d = 1,40$.

3.6 Betrouwbaarheid van de SRSI

Cronbach's alpha's waren op T1 voor de plausibele en de pseudosymptoomschaal respectievelijk ,90 en ,81, welke wijzen op een hoge interne consistentie. Bij het direct opnieuw eerlijk invullen van de SRSI (subgroep eerlijk invullen, $n = 24$) was de correlatie significant en volgens conventionele standaarden hoog, namelijk $r = ,93$, $p < ,001$ voor de plausibele symptomen en $r = ,88$, $p < ,001$ voor de pseudosymptomen.

4 Discussie

In deze studie hebben we de psychometrische kwaliteiten van de SRSI onderzocht voor toepassing bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar. De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat.

In onze studie bleek de SRSI goed onderscheid te kunnen maken tussen het eerlijk invullen of het geïnstrueerd veinzen van depressie- of pijnklachten. Conform onze hypothese vinken participanten veel meer plausibele- en pseudosymptomen aan wanneer hen gevraagd werd depressie of pijn te veinzen, vergeleken met wanneer ze de vragenlijst eerlijk invulden. Wat betreft het veinzen van klachten vonden we een behoorlijke specificiteit die net voldoet aan de eis dat deze tenminste ,90 zou moeten zijn en een voldoende sensitiviteit om klachtoverdrijving vast te stellen. Deze bevindingen bij jongeren komen overeen met de bevindingen uit het onderzoek met volwassenen, waar een specificiteit van ,91 tot ,99 gevonden is bij een sensitiviteit tussen de ,83 en ,45 ([gemaskeerd], in voorbereiding; [gemaskeerd], 2022).

Vragenlijsten zoals de SRSI kunnen echter ook slordig ingevuld worden. In onze studie bleek dat ongeveer de helft van de deelnemers die slordig invulden, boven het afkappunt scoorde. Hoewel er wel degelijk sprake was van een invalide klachtweergave, was er in deze groep geen sprake van klachtoverdrijving. De consistentie-items van de SRSI kunnen mogelijk een uitkomst bieden om de slordige invullers te identificeren. Individuen die pseudosymptomen aangeven boven het afkappunt, maar ook instemmen met positieve gezondheidsitems, vertonen mogelijk slordige invulling als oorzaak voor gebrekkige symptoomvaliditeit. Dit wordt ondersteund door de bevinding dat de groep slordige invullers gemiddeld circa drie items aankruisten. Terwijl de groepen die depressie- of pijnklachten veinsden samen gemiddeld minder dan één consistentie-item aankruisten.

4.1 Pluspunten, beperkingen en toekomstig onderzoek

Dit is de eerste studie die een SVT onderzoekt bij jongeren van 12 tot en met 17 jaar in de algemene populatie in Nederland. Het design van het huidige onderzoek, waarbij zowel de eerlijke, de veinzende als de slordige invuller met elkaar vergeleken konden worden, is vernieuwend en heeft belangrijke resultaten opgeleverd. Een pluspunt van het huidige onderzoek is verder dat het een representatieve groep jongeren betrof, waarin even veel jongens als meisjes hebben deelgenomen uit alle voortgezet onderwijsniveaus. Het feit dat de leeftijd scheef verdeeld is met meer jongere participanten is eveneens een pluspunt, omdat dit meer bewijs geeft voor het feit dat de SRSI ook voor de jongere jongeren bruikbaar is.

De huidige studie heeft zich beperkt tot jongeren in de algemene populatie en de huidige resultaten kunnen derhalve niet gegeneraliseerd worden naar de klinische populatie. Hoewel de proefpersonen niet in specialistische behandeling waren voor mentale of lichamelijke klachten, is het overigens wel waarschijnlijk dat een deel van de proefpersonen evidente klachten ervaarde. Mogelijk hebben deze klachten toch invloed gehad op de scores en zijn er scores boven het afkappunt in de eerste eerlijke afname van jongeren met mentale klachten. Hoewel we niet met zekerheid kunnen stellen dat deelnemers bij de eerste afname de SRSI daadwerkelijk eerlijk hebben ingevuld, pleiten de controle-items en checkitems hier niet voor. Vervolgonderzoek is dan ook nodig om te kijken of bij jongeren met lichamelijke en mentale klachten de specificiteit ,90 of hoger blijft.

Ten slotte blijft het gegeven belangrijk dat de SRSI als SVT klachtverdriving meet, en geen andere manieren van inaccuraat invullen zoals slordig invullen of onderrapporteren van klachten. Deze beperking geldt overigens niet alleen voor de SRSI, maar ook voor andere meetinstrumenten die een vertekende klachtenpresentatie (in dit geval klachtverdriving) proberen te meten. In ieder geval zal slordig invullen opgemerkt moeten worden, voordat scores boven het afkappunt op de SRSI geïnterpreteerd kunnen worden als klachtverdriving.

Een goed voorbeeld van een stapsgewijze interpretatie is te vinden bij de MMPI-A (Dijk et al., 1993). Hier wordt eerst gekeken of er niet veel vragen opengelaten zijn, vervolgens of er sprake is van consistent antwoorden en daarna pas de symptoomvaliditeit en bij voldoende validiteit de inhoudsschalen. Mogelijk kan de consistentieschaal van de SRSI zelf of de Infrequentieschaal van Chapman en Chapman (1986) daarvoor gebruikt worden. Met deze Infrequentieschaal laten zich antwoordpatronen vaststellen die feitelijk onzorgvuldig zijn.

Toekomstig onderzoek is belangrijk om het gebruik van de SRSI voor de klinische populatie mogelijk te maken. Hierbij dient als eerste onderzocht te worden of de specificiteit minstens ,90 blijft, wanneer jongeren met mentale en lichamelijke klachten de vragenlijst eerlijk invullen. De SRSI zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden bij jongeren die behandeling wensen voor hun mentale en/of somatische klachten, waarbij de symptoomvaliditeit ter vergelijking onafhankelijk vastgesteld wordt met de MMPI-validiteitsschalen.

4.2 Implicaties voor de klinische praktijk

Vaststellen dat iemand een invalide klachtrepresentatie heeft, is een eerste stap in het daadwerkelijk begrijpen van de klachten ([gemaskeerd], 2015). SVTs kunnen daarbij helpen, maar er gelden wel richtlijnen voor het gebruik ervan. Eén SVT is onvoldoende om een robuuste uitspraak te kunnen doen van symptoomvaliditeit op een psychometrisch testmoment. Het is aan te raden naast zelfrapportagevragenlijsten en SVTs ook van andere bronnen zoals het medisch dossier en belangrijke relaties informatie te verzamelen. Een resultaat boven het afkappunt geeft aanleiding om met de patiënt te spreken over de klachtenrepresentatie, alvorens de gegevens definitief te interpreteren. Het resultaat van een SVT zoals de SRSI kan niet gegeneraliseerd worden naar andere testmomenten, omdat het een momentaan beeld meet. Toch worden er vaak op meerdere momenten in een hulpverleningstraject zelfrapportagevragenlijsten ingevuld. Dit maakt een variatie aan SVTs nodig, derhalve is het van belang om ook andere SVTs voor jongeren middels wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te maken (Lippa, 2022).

4.5 Conclusie

Net als bij volwassenen zou de clinicus die psychodiagnostisch onderzoek doet bij jongeren nooit alleen mogen varen op zijn klinische inschatting als het gaat om symptoomvaliditeit. Deze studie heeft aangetoond dat de Self-Report Symptom Inventory (SRSI) een voldoende onderscheid kan maken tussen geïnstrueerde veinzers en eerlijke invullers en daarmee een mogelijk geschikt instrument is voor het meten van symptoomvaliditeit bij Nederlandssprekende jongeren van 12 tot en met 17 jaar. Dit onderzoek is een eerste en belangrijke stap in het onderzoek naar SVTs bij jongeren. Verdere onderzoeksinspanningen zijn essentieel om deze bevindingen te bevestigen en hun toepasbaarheid in de klinische populatie mogelijk te maken, evenals het verkennen van alternatieve (SVTs) voor jongeren.

Korte verklaring over de data en analyses

Wegens gevoeligheid van de data is deze niet vrij toegankelijk gemaakt. Zowel onderzoeksmaterialen, analysecodes, output als informatie/vragen over de data zijn op te vragen bij/vragen kunnen gesteld worden aan [gemaskeerd voor peer review].

Gespecificeerde bijdrage per auteur

Auteurschap (CRediT): Eerste auteur: Conceptualisatie, methodologie, studiematerialen, data curatie, dataverzameling, formele analyses schrijven –conceptversie, schrijven –revisies, projectmanagement; Tweede auteur: Conceptualisatie, methodologie, schrijven –revisies, supervisie; Derde auteur: Conceptualisatie, methodologie, schrijven –revisies, supervisie bij data curatie en statistische analyses; Vierde auteur: Conceptualisatie, methodologie, schrijven –revisies, statistische analyse en supervisie.

Referenties

[gemaskeerd], (2013).

[gemaskeerd], (2015).

[gemaskeerd], (2017).

[gemaskeerd], (2023).

[gemaskeerd], [Manuscript in voorbereiding].

[gemaskeerd], (2019).

[gemaskeerd], (2018).

[gemaskeerd], (2022).

Brooks, B. L., Ploetz, D. M., & Kirkwood, M.W. (2016). A survey of neuropsychologists' use of validity tests with children and adolescents. *Child Neuropsychology*, 22(7), 1001-1020. <https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1075491>

Chafetz, M. D. (2008). Malingering on the Social Security Disability consultative exam: Predictors and base rates. *The Clinical Neuropsychologist*, 22(4), 529-549. <https://doi.org/10.1080/13854040701346104>

Dijk, J. S. van., Cornelissen, A. J. T., & Derksen, J. J. L. (1993). MMPI-A. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie. *PEN Tests Publicers BV*.

Emhoff, S. M., Lynch, J. K., & McCaffrey, R. J. (2018). Performance and symptom validity testing in pediatric assessment: A review of the literature. *Developmental Neuropsychology*, 43(7), 671-707. <https://doi.org/10.1080/87565641.2018.1525612>

Faust, D., Hart, K., & Guilmette, T. J. (1988). Pediatric malingering: The capacity of children

- to fake believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 578-582. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.578>
- Hall, H. V., & Poirier, J. (Eds.). (2021). Forensic psychology and neuropsychology for criminal and civil cases. CRC Press.
- Hirst, R. B., Han, C. S., Teague, A. M., Rosen, A. S., Gretler, J., & Quittner, Z. (2017). Adherence to validity testing recommendations in neuropsychological assessment: A survey of INS and NAN members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32(4), 456-471. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx009>
- Kirk, J. W., Baker, D. A., Kirk, J. J., & MacAllister, W. S. (2020). A review of performance and validity testing with pediatric populations. *Applied Neuropsychology: Child*, 9:4, 292-306, DOI: [10.1080/21622965.2020.1750118](https://doi.org/10.1080/21622965.2020.1750118)
- Kirkwood, M. W. (2015). *Validity testing in child and adolescent assessment: Evaluating exaggeration, feigning, and noncredible effort*. Guilford Press.
- Lippa, S. M. (2022). The nuts and Bolts of incorporating validity assessment in clinical evaluations. In R.W. Schroeder & P. K. Martin (Eds.). *Validity Assessment in Clinical Neuropsychology Practice; Evaluating and Managing Noncredible Performance* (pp. 107-125). The Guilford Press.
- Martin, P. K., Schroeder, R. W., & Odland, O. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of North American professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 741-776. <https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1087597>
- Merckelbach, H., Koeyvoets, N., Cima, M. & Nijman, H. (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, 36, 586-591.
- Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H., & Stevens, A. (2019). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI)- Deutsche Version*. Manual [German version of the Self-Report Symptom Inventory. Manual]. Hogrefe.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9, 102-111. <https://doi.org/10.1007/s12207-016-9257-3>
- Microsoft Teams classic, Inc (2021). Versie: 1.6.00.27573 [Computer App.].
- Ploetz, D. M., Caldwell, C. T., & Nitsch, K. P. (2022). Validity assessment with children and

- adolescents: Comparisons to adult evaluations. In R.W. Schroeder & P. K. Martin (Eds.), *Validity Assessment in Clinical Neuropsychology Practice; Evaluating and Managing Noncredible Performance* (pp. 107-125). The Guilford Press.
- Researchmanager (2021). *EDC Researchmanager* versie: 6.8 [software].
[Gemaskerd voor peer review]
- Rogers, R., Hinds, J. D., & Sewell, K. W. (1996). Feigning psychopathology among adolescent offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A and SIMS. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 244-257. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6702_2
- Salekin, R. T., Kubak, F. A., Lee, Z., Harrison, N., & Clark, A. P. (2018). Deception in Children and Adolescents. In R. Rogers & S. D. Bender (Eds.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception, Fourth Edition* (pp. 475-496).
- Schroeder, R. W., & Martin, P. K. (2022). Validity Assessment in Clinical Settings: How it differs from Forensic settings and why it is important. In R.W. Schroeder & P. K. Martin (Eds.), *Validity Assessment in Clinical Neuropsychology Practice; Evaluating and Managing Noncredible Performance* (pp. 107-125). The Guilford Press.
- Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 735-764. <https://doi.org/10.1093/arclin/aaa019>
- Shura, R. D., Ord, A. S., & Worthen, M. D. (2022). Structured Inventory of Malingered Symptomatology: A psychometric review. *Psychological Injury and Law*, 15(1), 64-78. <https://doi.org/10.1007/s12207-021-09432-y>
- Sweet, J. J., Heilbronner R. L., Morgan J. E., Larrabee G. J., Rohling M. L., Boone K. B., Kirkwood M. W., Schroeder R. W., Suhr J. A., & Conference Participants (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6), 1053-1106. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896036>
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Merten, T. (2014). The Structured

Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(8), 1336-1365.

<https://doi.org/10.1080/13854046.2014.984763>

Mail met reviews over eerste versie

Van: "Jochum Veenstra" <jeugdinhontwikkeling@outlook.com>

Aan: "Leona Blanken" <l.blanken@zuyderland.nl>

Onderwerp: Redacteursbeslissing

Geachte Drs. L. Blanken, Dr. Y. Bol, Dr. A. Merry, Prof. dr. B. Dandachi-FitzGerald ,

Uw artikel " Het beoordelen van klachtoverdrijving bij jongeren: Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Self-Report Symptom Inventory (SRSI)" is opnieuw door twee leden van de redactie reviewed.

Met name reviewer 2 is van mening dat een verdere revisie nodig is. In de onderstaande review geeft deze reviewer in detail aan welke verbeteringen volgens hem/haar gewenst zijn. Wij verzoeken u diens suggesties zorgvuldig na te gaan. Daarnaast merkt de reviewer in hoofdlijnen het volgende op over deze versie:

- Ik wil de auteurs bedanken voor hun uitgebreide reactie op de eerdere reviewpunten. Ik wil de auteurs ook bedanken voor de bereidheid de studiematerialen waar dat mogelijk was online beschikbaar te stellen via OSF, dit hielp erg om een goed beeld van de studie te kunnen krijgen. Ik was ook blij om te horen dat de studiegepreregistreerd was. Helaas was deze preregistratie gemaskeerd in het manuscript waardoor die voor review niet toegankelijk is. Voor een volgende keer, ook de preregistratie kan view only gedeeld worden.

- Het manuscript kan nog strakker in elkaar gezet worden. Een aantal van de punten die in de eerste reviewronde ter sprake kwamen spelen ook na de revisie nog. Het blijft niet helemaal duidelijk wat de rol en inhoud is van de consistentie-items en plausibele items. In de reactie naar de reviewers staat het beter geformuleerd dan in het manuscript. Hier kan het manuscript nog aanmerkelijk verbeterd worden, waardoor voor de lezer ook duidelijker wordt hoe het instrument ingezet moet worden. Ook is het aan te raden om het manuscript nog een keer goed na te kijken op taalgebruik en flow.

Zou u over een maand de nieuwe versie willen uploaden. De deadline voor de nieuwe versie is:

Voeg bij u nieuwe versie zowel een antwoordbrief als een versie van het manuscript mét track and trace (of arceringen).

Onder deze mail kan u de reviews lezen. Wilt u een nieuwe versie indienen dan kan dat via jeugdinhontwikkeling.nl

Zou u de ontvangst van deze mail willen bevestigen door te mailen naar: jeugdinhontwikkeling@outlook.com

Mocht u de revisie niet binnen een maand kunnen schrijven zou u dan contact met ons willen opnemen via: jeugdinhontwikkeling@outlook.com

Met vriendelijke groeten,
Jochum Veenstra (redactie-secretaris)

Reviewer 1:

Aanbeveling: Accepteer inzending

Titel

ja

Abstract

een kleine wijziging is nodig

Abstract - toelichting

kleine omissies:

- karakteristieken van de deelnemers vwb leeftijd en geslacht
- aantallen deelnemers noemen per categorie (conform flow chart)

Inleiding

goed/voldoende

Inleiding - toelichting

helder, mooie revisie op basis van gegeven adviezen

Methode

goed/voldoende

Methode - toelichting

helder, mooie revisie op basis van gegeven adviezen

Resultaten

goed/voldoende

Resultaten - toelichting

mooie revisie op basis van gegeven adviezen.

Zijn de resultaten voldoende statisch onderbouwd?

ja

Discussie

goed/voldoende

Discussie - toelichting

Conclusies

goed/voldoende

Conclusies - toelichting

Tabellen en figuren

Kleine verbeterpunten:

- Figuren winnen aan leesbaarheid wanneer T1 (eerste eerlijke afname) en T2 (tweede geïnstrueerde afname) labels krijgen.
- Eerdere opmerking: graag percentages van screen positieven per groep in een van de tabellen verwerken ipv alleen in de tekst. Tabellen moeten alle belangrijke gegevens bevatten, tekst is voor verdere uitleg.

Referenties

ja

Ruimte voor kleine opmerkingen

Algemeen oordeel

accepteren

Reviewer 2:

Aanbeveling: Revisies benodigd

Titel

ja

Abstract

goed/voldoende

Abstract - toelichting

Inleiding

meerdere wijzigingen zijn nodig

Inleiding - toelichting

-De auteurs schrijven dat er diverse redenen zijn waarom kinderen en jongeren hun klachten kunnen overdrijven en veinzen. De eerst genoemde is in de revisie "Jongeren kunnen hun

klachten anders presenteren, door hun nog in ontwikkeling zijnde cognitieve, emotionele en gedragsvaardigheden (Ploetz et al., 2022)” Op welke manier relateert dit anders presenteren aan veinzen of overdrijven?

-Suggestie de volgende zin aanvullen met waar dat dan toe zou moeten leiden “Ook kan sociale druk, met name verwachtingen om te presteren, jongeren beïnvloeden en hen aanzetten tot het veinzen van klachten” bijv. “...om zo activiteiten waarin ze bang zijn tekort te schieten te vermijden”.

-Er zit nog een aantal ongelukkige of onvolledige beschrijvingen in de rationale voor de SRSI. De auteurs schrijven “Ondanks de redelijk goede psychometrische eigenschappen (Shura et al., 2022; Van Impelen et al., 2014), kleven aan de SIMS verschillende nadelen. Zo bestaat de SIMS grotendeels uit symptomen die onwaarschijnlijk, bizar of atypisch zijn.” Die bizarre, onwaarschijnlijke of a-typische symptomen lijken nu als problematisch gepresenteerd te worden, terwijl SVT’s in de 2e alinea juist met gelijke bewoording worden gedefinieerd. Vervolgens wordt beschreven “Deze pseudosymptomen meten veinzen van ernstige pathologie, zoals psychotische aandoeningen en geheugenverlies, terwijl de meer “gewone” en vaker voorkomende klachten, zoals angst, pijn en vermoeidheid niet bevraagd worden (Hall & Poirier, 2021).” Geheugenverlies is blijkbaar een zeldzamer of ernstiger (pseudo)symptoom. Het is dan misschien wat ongelukkig om in de methode-sectie als voorbeeld item van de plausibele schaal juist een geheugenprobleem (of aandacht) item te nemen.

-Ik dank de auteurs voor hun toelichting in de reactie op de reviews wat betreft de rol van de plausibele symptomen schaal. Ik zou delen van hun reactie graag in het manuscript verwerkt zien worden, bijvoorbeeld dat het opnemen van de plausibele items helpt om de validiteit te vergroten omdat ze het werkelijk doel van de vragenlijst maskeren. Waarbij explicieter aangegeven kan worden dat de SIMS (en misschien ook andere SVTs) die inbedding van pseudo-symptomen tussen plausibele items mist.

Eventuele andere rollen van de plausibele symptomen schaal blijven onduidelijk in de tekst terwijl die wel impliciet gesuggereerd worden. Bijvoorbeeld, de auteurs hebben nu de volgende zin opgenomen “Voor de plausibele symptoomschaal en de consistentieschaal zijn momenteel geen normen of afkappunten beschikbaar waardoor deze schalen enkel kwalitatief beoordeeld kunnen worden”. Het is niet duidelijk welk doel zo’n afkappunt zou dienen. Als indicator voor daadwerkelijke aanwezigheid van psychopathologie? Dat zou betekenen dat de SRSI mogelijk niet alleen als SVT in te zetten is, maar ook als screener voor een aantal domeinen van psychopathologie. Die overwegingen graag expliciet maken. Hierbij kan overwogen worden om in de introductie alleen expliciet aan te geven dat de plausibele items uitsluitend zijn opgenomen om de validiteit te verhogen en niet voor verdere interpretatie. In de discussie kan dan aangehaald worden dat de plausibele items mogelijk ook als indicator van psychopathologie kan dienen, maar dat hier nog onderzoek naar gedaan zal moeten worden.

Methode

meerdere wijzigingen zijn nodig

Methode - toelichting

-Het blijft mij onduidelijk hoe die positieve gezondheid consistentie items precies in elkaar zitten en wanneer ze wel of geen consistentie aangeven. Zijn die items zo breed positief geformuleerd

dat je die eigenlijk niet bevestigend zou kunnen beantwoorden als je op 1 van de plausibele/pseudo items bevestigend geantwoord hebt? Graag ook dit wat beter beschrijven in het manuscript.

-Dank voor het toevoegen van informatie over de steekproefgrootte. Wellicht beter om de sectie hiermee te beginnen ipv in het midden van de sectie. Inhoudelijk hierover de volgende punten. De auteurs gebruiken het woord “simulatiestudies”, ik vermoed dat de auteurs hiermee studies bedoelen waarin deelnemers volgens een bepaald script moesten werken. Als dat klopt dan is het beter om hiervoor een andere beschrijving te gebruiken (of het slechts te hebben over vergelijkbare studies). Met simulatiestudies wordt (zeker in het kader van steekproefbepaling / power berekeningen) doorgaans het met de computer simuleren van data bedoeld om hiermee modellen te kunnen toetsen, bijvoorbeeld om de steekproefgrootte te berekenen uitgaande van een bepaalde set aan parameters. Daarnaast kan expliciet aangegeven worden dat (naar wat ik opmaak) de steekproef bepaald is uitgaande van de within-person effecten. Er worden ook between-person / groepen analyses gedaan. Afhankelijk van welke groepen vergeleken worden is de groepsgrootte van 20-25 erg klein (bijv. voor de verschillen tussen de depressie en pijn groepen, daar zal vooraf geen groot verschil verwacht zijn).

-onder 2.3.2. schrijven de auteurs “Omdat de ratioscore nog niet als symptoomvaliditeitsmaat interpreteerbaar is, werd deze schaal niet verder statistisch geanalyseerd”, duidelijker is om aan te geven dat die buiten beschouwing wordt gelaten (er wordt namelijk ook niet op een niet-statistische manier op teruggekomen).

-“[...] waarbij participanten de SRSI eerlijk invulden, zonder een rol of invulinstructie.” Suggestie:waarbij de participanten de SRSI verondersteld worden eerlijk ingevuld te hebben...

- “Vervolgens is exploratief bekeken of bij scores boven het afkappunt van de SRSI, de consistentie-schaal onderscheid kon maken tussen de twee veingsgroepen enerzijds en de groep slordig invullen anderzijds.” Het gebruik van de formulering “onderscheid maken tussen” veronderstelt dat er soort afkappunten bekeken worden, terwijl alleen de aanwezigheid van eventuele verschillen in hoe vaak een consistentie-item met ja beantwoord wordt bekeken. Graag in die context herformuleren.

Resultaten

meerdere wijzigingen zijn nodig

Resultaten - toelichting

-Klein puntje, de auteurs beschrijven op een paar plekken op basis van $p > .05$ dat groepen niet van elkaar verschilden, het is accurater om te schrijven dat de groepen niet significant van elkaar verschilden.

-In de eerdere reviewronde vroeg ik de twee p-waardes van 1.00 te controleren. De auteurs reageren dat dat klopt. Toch vraag ik weer om controle. Uit de boxplots kan ik opmaken dat de range en medianen op T2 toch wat verschillen, waardoor de groepen niet helemaal gelijk over de rangorde verdeeld lijken te zijn, waardoor ik een p-waarde van 1.00 niet verwacht. Op T1 lijken ze wel extreem veel op elkaar, is er per ongelijk naar T1 gekeken? (de syntax voor deze specifieke analyses lijkt in de file op OSF te ontbreken).

-bij 3.4 de auteurs noemen alleen de aantallen deelnemers die boven of onder een afkappunt scoren voor het standaardafkappunt. Het is vollediger om de aantallen voor de andere afkappunten dan ook in ieder geval ergens weer te geven (toevoegen aan tabel 1?) en daar naar te verwijzen.

-bij 3.5 Het percentage 54%, hoort dat daar?

-“ De samengevoegde veingsgroepen scoorden significant lager op de consistentieschaal met een gemiddelde score van....” Die consistentieschaal blijft verwarring veroorzaken. De veinzers scoorden LAGER op de consistentieschaal, terwijl ze die consistentie schaal eigenlijk consistentier invullen dan de slordige invullers toch?

Zijn de resultaten voldoende statisch onderbouwd?

Discussie

meerdere wijzigingen zijn nodig

Discussie - toelichting

-“Voorts kunnen we niet met zekerheid stellen dat deelnemers de SRSI bij de eerste afname daadwerkelijk eerlijk hebben ingevuld, hoewel de controle-items en checkitems wel in de richting van eerlijk invullen wijzen” wordt met checkitems consistentie-items bedoeld?

-“ Daarnaast is het belangrijk na te onderzoeken voor welke psychologische” na onderzoeken is geen goed taalgebruik.

-“ een psychometrisch testmoment .” Denk ik geen goed taalgebruik. Er zijn psychometrische tests voor iets, of de psychometrische eigenschappen van iets, een psychometrisch testmoment bestaat naar mijn weten niet.

-“ Vaststellen dat iemand klachten op een vertekende wijze presenteert, is een eerste stap in het daadwerkelijk begrijpen van de klachten ([gemaskeerd], 2015).” Het gebruik van ‘dat’ impliceert dat het doel is om vast te stellen dat iemand klachten vertekend presenteert. Het lijkt me te gaan om het vaststellen OF iemand klachten in een behandeltraject valide rapporteert of dat er sprake is van (moedwillige) vertekening van klachten.

“Tot slot is het belangrijk om normeringsonderzoek te verrichten naar de plausibele symptoomschaal en subschalen, zodat deze bij een valide invulling aan informatiewaarde toenemen en beter geïnterpreteerd kunnen worden” blijft vaag welke informatie deze schaal dan zou geven.

-In 4.2 lijkt de boodschap te zijn dat onder voorwaarden van voldoende beschikbaarheid van valide SVTs, breed georiënteerde SVT's zoals de SRSI aan begin van een diagnostisch proces ingezet kunnen worden en in het vervolgtraject bij herhaalde metingen beter klachten en stoornis specifieke SVTS ingezet kunnen worden. Dat kan er wat duidelijker neergezet worden.

-Nummering controleren 4.2->4.5

Conclusies

goed/voldoende

Conclusies - toelichting

Tabellen en figuren

-check de noot van tabel 2, =88 staat dubbel

Referenties

Ruimte voor kleine opmerkingen

Algemeen oordeel

revisie

Mail met reviews over tweede versie

Van: "Jochum Veenstra" <jeugdinatorontwikkeling@outlook.com>

Aan: "Leona Blanken" <l.blanken@zuyderland.nl>

Onderwerp: Redacteursbeslissing

Geachte Drs. L. Blanken, Dr. Y. Bol, Dr. A. Merry, Prof. dr. B. Dandachi-FitzGerald ,

Met plezier deel ik mee dat uw artikel " Het beoordelen van klachtoverdrijving bij jongeren: Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Self-Report Symptom Inventory (SRSI)" is geaccepteerd.

De reviewer heeft geen aanvullende vragen.

Om het naar onze corrector te kunnen versturen wil ik u vragen of u de maskeringen voor review wil opheffen. Daarnaast heb ik nog enkele technische vragen. Ik heb deze in het bestand van de bijlage gezet. Zou u in dit bestand de maskeringen willen opheffen en mijn vragen willen beantwoorden?

Zou u over twee weken de nieuwe versie willen uploaden. De deadline voor de nieuwe versie is: 9 december.

Voeg bij u nieuwe versie zowel een antwoordbrief als een versie van het manuscript mét track and trace (of arceringen).

Onder deze mail kan u de reviews lezen. Wilt u een nieuwe versie indienen dan kan dat via jeugdinatorontwikkeling.nl

Zou u de ontvangst van deze mail willen bevestigen door te mailen naar: jeugdinatorontwikkeling@outlook.com

Mocht u de revisie niet binnen een maand kunnen schrijven zou u dan contact met ons willen opnemen via: jeugdinatorontwikkeling@outlook.com

Met vriendelijke groeten,
Jochum Veenstra (redactie-secretaris)

Mail met reviews over derde versie

Van: "Jochum Veenstra" <jeuginontwikkeling@outlook.com>

Aan: "Leona Blanken" <l.blanken@zuyderland.nl>

Onderwerp: Redacteursbeslissing

Beste Drs. L. Blanken, Dr. Y. Bol, Dr. A. Merry, Prof. dr. B. Dandachi-FitzGerald,

Hartelijk dank voor de laatste aanvullingen aan " Het beoordelen van klachtverdrijving bij jongeren: Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Self-Report Symptom Inventory (SRSI)". Ik heb het manuscript naar de corrector gestuurd en ik hoop u halverwege januari het gecorrigeerde manuscript terug te sturen.

Met vriendelijke groet,

Jochum Veenstra