



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## *misverstanden en mythes*

---

**Van oude misverstanden en stormen die voorbijgaan  
Een reactie op het misverstand door Verbraak, *Directieve therapie*,  
2007, 27(3), 205-207**

Jan Derksen, Jos Egger en Paul van der Heijden

Het is verheugend dat er voor het eerst in de 27 jaargangen van het tijdschrift *Directieve Therapie* aandacht is besteed aan de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2; Verbraak, 2007).<sup>1</sup> In de klinische psychologie is dit wereldwijd de meest gebruikte en onderzochte psychologische test. Jammer genoeg gaat het niet om een origineel artikel, maar slechts om het vestigen van de aandacht op een artikel uit *Psychological Assessment* van 2005 (Lima et al., 2005), waaruit zou blijken dat de informatie die de MMPI-2 aan het diagnostisch proces toevoegt, niet bijdraagt aan een beter behandelresultaat. Zonder de brenger van het slechte nieuws te willen onthoofden, mogen we wel stellen dat Verbraaks selectie, en die van de redactie,

PROF. DR. J.J.L. DERKSEN is klinisch psycholoog en universitair hoofddocent psychodiagnostiek aan de Sectie Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen. Tevens is hij verbonden als hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Brussel. Hij voert een eerstelijnspraktijk, Derksen & Klein Herenbrink, te Bommel. Correspondentieadres: Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen. E-mail: J.Derksen@psych.ru.nl.

DR. J.I.M. EGGER is klinisch psycholoog en universitair docent aan de Sectie Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij werkt als P-opleider bij de GGZ Noord- en Midden-Limburg te Venray. Tevens is hij als onderzoekssupervisor verbonden aan de Pompestichting te Nijmegen. Correspondentieadres: Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen. E-mail: J.Egger@psych.ru.nl.

DRS. P.T. VAN DER HEIJDEN is gios (gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist) en werkt bij de Reinier van Arkel Groep te 's-Hertogenbosch. Hij is als promovendus verbonden aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Correspondentieadres: Reinier van Arkel Groep Locatie 's-Hertogenbosch, Postbus 70058, 5201 DZ 's-Hertogenbosch. E-mail: P.T.vander.Heijden@RvAGroep.nl.

1 Volgens het zoekstelsel op de site van Bohn Stafleu van Loghum, de uitgever van *Directieve Therapie*, komt de term MMPI in geen van de artikelen voor die tot nu toe in dit blad verschenen. Dit in contrast tot tests als de NPV, de SCL-90 of semigestructureerde interviews als de SCID. Hieraan is nu gelukkig een einde gekomen.

interessant zijn. Marc Verbraak wijst terecht op het ontbreken van empirische ondersteuning voor het gebruik van een uitgebreid testpsychologisch onderzoek. Dit behoeft echter wel enige toelichting en nuancering. Daarom allereerst een illustrerende casus.

Actueel voorbeeld uit het werk in een eerstelijnspraktijk

Een 42-jarige man had zich aangemeld met doorslaapproblemen, moeheidsklachten, sombere stemming, chagrijnige buien, het gevoel dat hij het thuis (samen met zijn vrouw en drie kleine kinderen) en op het werk (net een nieuwe baan als architect) niet meer zou redden. Hij voelde zich op een glijbaan naar beneden zitten. In zijn levensgeschiedenis viel een ongelukkige jeugd op, voor zijn gevoel veroorzaakt door een twee jaar jongere broer die hem op allerlei manieren dwars had gezeten met egoïstisch en agressief gedrag ten opzichte van hem. Als het erop aankwam had hij het gevoel dat zijn ouders de zijde van zijn broer kozen. In zijn systeem zaten veel woede en krenking, die met name tot uiting kwamen zodra een van zijn kinderen een verjaardagsfeestje zou gaan vieren en zijn ouders en broer van de partij zouden kunnen zijn. Voorafgaand aan zulke gebeurtenissen was zijn slaappatroon geheel ontregeld.

Na descriptieve diagnostiek was de voor de behandeling leidende hypothese dat de weggedrukte agressie leidde tot depressie en slaapproblemen. Enkele zittingen kortdurende dynamische psychotherapie leken deze hypothese echter niet te bevestigen. De MMPI-2 die alsnog bij de man werd afgenomen, wees uit dat het aandeel angst in zijn klachten groter was dan het aandeel sombere stemming en dat zijn houding erg aarzelend en vermijgend was. De uitkomsten van de MMPI leidden tot herziening van de diagnostische hypothesen. Nadere diagnostiek van zijn angst en met name ook van zijn actuele werk (waarvan hij steeds aangaf dat dit prima ging en dat hij eindelijk de ideale baan had) leverde op dat hij in elke situatie heel angstig was. De behandeling richtte zich vervolgens met meer succes op het verminderen van zijn angstgevoelens.

Dit is een voorbeeld van hoe de informatie gegenereerd door middel van de MMPI-2 een bijdrage, in dit geval een correctie, op de diagnostische hypothese oplevert. Voorwaarde is wel dat de clinicus de MMPI-2 kan interpreteren en toepassen in de behandeling.

### Het misverstand

Validiteit van een test is, naast betrouwbaarheid, een complex en meervoudig begrip. De betrouwbaarheid van de MMPI-2 is overdadig vastgesteld (Derksen, De Mey, Sloore, & Hellenbosch, 2006). De validiteit van een test is nooit definitief vast te stellen en is een voortdurend 'project in uitvoering'. Criteriumvaliditeit, constructvaliditeit en concurrente validiteit (om er maar enkele te noemen) met betrekking tot vooral de klinische hoofdschalen zijn in meer dan 10.000 publicaties aan de orde geweest en er wordt nog maandelijks over gepubliceerd. Voor het diagnosticeren van psychische stoornissen, zowel symptomen, syndromen, als persoonlijkheidsproblemen, is de MMPI-2 als geen andere test onderzocht en geschikt bevonden (Graham, 2006). Als GZ-psychologen en klinisch psychologen hebben wij, aangezien zelfbeoordeling helaas altijd een zwakke methodiek blijft, geen beter breed screeningsinstrument ter beschikking.

Verbraak gebruikt het begrip validiteit een beetje ongelukkig. Een breed samengestelde testbatterij zoals vaak wordt gebruikt (cognitief onderzoek met behulp van intelligentietests en neuropsychologische tests, persoonlijkheids- en klachtenonderzoek met behulp van zelfbeoordelingvragenlijsten en projectieve technieken), is niet of nauwelijks onderzocht op effectiviteit (geen validiteit, maar 'treatment utility'; Nelson-Gray, 2003) voor de behandeling. Dit kan beter effectiviteit worden genoemd, aangezien dit type onderzoek niet direct over de test gaat maar vooral over hoe de diagnosticus of behandelaar de onderzoeksresultaten benut ten faveure van de behandeling. Hier is sprake van een lacune in de tegenwoordige noodzaak om alles wat we doen via effectstudies te onderbouwen. Het schaarse inzicht over de bruikbaarheid voor de behandeling van samengestelde testbatterijen is ook gesignaleerd op het gebied van de diagnostiek en behandeling van executieve functiestoornissen. Hier spelen vergelijkbare kwesties een rol (Egger, De Mey, & Janssen, 2007).

Deze effectiviteitskwestie zal zeker aandacht gaan krijgen; het artikel van Lima et al. draagt hieraan echter nog niet veel bij, want het richt zich enkel op de MMPI. In de dagelijkse klinische praktijk worden doorgaans meerdere tests tegelijkertijd gebruikt. De verwarring die het artikel van Lima oproept is dat het nu lijkt alsof het over validiteit gaat, terwijl het gaat over het effectief gebruik van de uitkomsten van de MMPI-2 voor de behandeling. Hoe goed zijn behandelaren in staat de testresultaten te gebruiken en op welke wijze zou dat tot uiting kunnen komen in de behandeling? Een van de moeilijkste taken voor de psychodiagnosticus is het vertalen van de gegevens die voortkomen uit een uitgebreid psychologisch diagnostisch onderzoek naar de behandeling. In het jarenlange onderwijs aan GZ-psychologen en

klinisch psychologen door een van ons (Derksen) is gebleken dat de cursisten in het begin van de opleiding hier vaak mislukken: ze doen uitgebreid onderzoek en komen dan op basis daarvan met een advies voor cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie of opname en dat was het dan. Doorgaans zijn al die tests dan overbodig geweest. In veel gevallen stond zelfs de behandelindicatie na de intake al vast en was het gehele diagnostische onderzoek redundant. De klus is dus de psychologische onderzoeksgegevens productief te maken en er zodanig mee om te gaan dat ze hun nut bewijzen.

#### Het onderzoek

De belangrijkste bezwaren tegen het door Verbraak aangehaalde onderzoek kunnen als volgt worden opgesomd.

1. In het artikel van Lima et al. (2005) wordt niet duidelijk op welke wijze de MMPI-2-gegevens zijn gebruikt. Het belangrijkste onderscheid dat de auteurs maken in hun onderzoek is dat tussen de groep patiënten met therapeuten die *wel* toegang hebben tot de MMPI-2-informatie (access group) en de groep patiënten wier therapeuten die toegang *niet* hebben (no-access group). Er is echter geen enkele informatie voorhanden óf en in welke mate er door de therapeuten van de MMPI-2 access groep daadwerkelijk 'toegang' tot de MMPI-2 is gezocht. Ook de wijze van de (eventuele) interpretatie van de gegevens is onduidelijk: als de therapeuten al toegang tot de MMPI-2 gegevens hebben gezocht, blijft de vraag bestaan of ze dat op geheel eigen wijze hebben gedaan, of door gebruik te maken van bijvoorbeeld Grahams methodiek of interpretatieprogramma's. Samengevat is het probleem dat het genoemde groeponderscheid (MMPI-2 access versus MMPI-2 no-access) fungeert als onafhankelijke variabele in hun analyses, terwijl juist het inhoudelijke verschil tussen de groepen niet kan worden geobjectiveerd.
2. Speciale aandacht verdient de keuze voor een covariantieanalyse (ANCOVA) die in dit onderzoek methodologisch onjuist is. Een ANCOVA is een combinatie van regressie- en variantieanalyse en is bedoeld om groepsverschillen op de afhankelijke variabele(n) gefundeerd te kunnen interpreteren; dat wil zeggen: gecorrigeerd voor de invloed van covariaten (variabelen die anderszins lineair samenhangen met de afhankelijke variabele). In nog andere woorden: covariantie past de posttestgemiddelden van de groepen aan tot het niveau dat ze zouden hebben gehad als de groepen op de bewuste covariaat gelijk zouden zijn. De onjuistheid zit hem hierin dat men, door een ANCOVA te

gebruiken, eigenlijk vereist dat de MMPI-2 effecten voorspelt die bovenop de effecten komen van wat op basis van de initiële problemen al kan worden voorspeld. Op deze manier ontnemt men op voorhand veel van de predictieve vermogens van de MMPI-2: de test wordt op voorhand gecastreerd. In Stevens (1996) worden ten minste drie alternatieve pretest-posttestanalyses genoemd die hier wel adequaat zijn.

3. Al had de no-access groep geen toegang tot de MMPI-2, ze had wel toegang tot de resultaten van een testbatterij die vergelijkbare constructen mat (en die grotendeels redundant waren met de MMPI-2).
4. Een volgend probleem dat aan de studie kleeft, is dat het uitsluitend om behandelaren in opleiding ging (in dit opzicht wellicht vergelijkbaar met onze GZ-psychologen in opleiding) en dan kunnen we ons voorstellen hoe dit gaat, namelijk niet zo heel anders dan in Nederland. Hier komt nog bij dat deze behandelaren geacht werden *evidence based* behandelstrategieën te gebruiken. Doorgaans betekent dit het gebruik van protocollen en richtlijnen en die overheersen dan de individuele variaties in de behandeling. De meeste behandelingen (meer dan de helft van beide groepen) bleken ook van cognitief-gedragstherapeutische aard. Bij jonge therapeuten is bekend dat MMPI-2-gebruik ertoe leidt dat ze doorgaans voorzichtiger worden en de problematiek somberder gaan inschatten. Waar Lima et al. (2005) genuanceerd wijzen op de mogelijkheid van zo'n selectieve bias in hun steekproef, doet Verbraak om onduidelijke redenen de pejoratieve suggestie dat het zelfs om een negatieve invloed van de MMPI-2 op de behandeling zou kunnen gaan. Hoe dan ook, training in en ervaring met het gebruik van de MMPI-2-uitkomsten leiden ertoe dat die sombere uitkomsten worden omgekeerd in het tegendeel door ze op creatieve wijze in de communicatie met de cliënt in te brengen (Finn & Tonsager, 1997). Dit is echter een niveau van gebruik dat veel meer expertise vereist dan bij therapeuten in opleiding aanwezig kan worden geacht.

Blijkens een ander artikel (Minnix et al., 2005), waaraan behalve Lima nog twee coauteurs uit het artikel in *Psychological Assessment* hebben bijgedragen, is dezelfde dataset als in het artikel van Lima (et al, 2005) gebruikt, en blijkt het mogelijk met behulp van de MMPI-2-uitslagen drop-out te voorspellen. In de studie van Lima et al. hebben de studenttherapeuten hiervan dus niet kunnen profiteren. Dit ondersteunt onze vermoedens over waar dit probleem zit: niet bij de test, maar bij een adequaat gebruik ervan.

### Overwegingen

De methodiek die we in afwezigheid van voldoende empirische support gebruiken, is gekenmerkt door een wetenschappelijke vorming en deze methodiek wordt al jaren gedoceerd aan studenten psychologie, GZ-psychologen in opleiding en klinisch psychologen in opleiding (Derksen, 2004).

De psychologische diagnostiek leidt in twee stappen tot diagnostische hypothesen. In die twee stappen wordt gewerkt met de databronnen *observatie*, *onderzoeksgesprekken* en (optioneel) *tests*. Indien de problematiek complex van aard is, worden er ook tests gebruikt en die vullen de data afkomstig uit observatie en onderzoeksgesprekken aan. In methodisch opzicht volgt het psychodiagnostische proces de empirische cyclus: op drie verschillende manieren worden er data verzameld. Deze gegevens worden met elkaar vergeleken en daar waar overlap wordt aangetroffen, vormt de diagnosticus zijn kernhypothesen. Observatiegegevens en gegevens voortkomend uit de onderzoeksgesprekken en psychologische testgegevens vormen drie relatief onafhankelijke informatiebronnen die eenzelfde hypothese kunnen versterken of verzwakken. In de klinische praktijk gaat dit vaak mis. In sommige gevallen wordt voor de hypotheseconstructie namelijk uitsluitend geleund op de gegevens die geboden worden door het onderzoek van de levensloop.

De hypothesen die het eindresultaat zijn van de structurele diagnostiek, zijn zo precies mogelijk. Dit betekent bijvoorbeeld het volgende. Tijdens het intakegesprek en de daaropvolgende onderzoeksgesprekken is een borderlinepersoonlijkheidsstoornis in termen van As II van de DSM-IV vastgesteld. De DSM-classificatie is onderdeel van de psychologische diagnose, maar zeker niet de kern. De persoonlijkheidsstoornis motiveert de psycholoog tot structurele diagnostiek en daarin wordt de zogenaamde psychologische architectuur verder gedifferentieerd (Derksen, 2007). Enkele vragen die in de diagnose hypothetisch worden beantwoord, zijn (we gaan hier uit van de DSM-classificatie borderlinepersoonlijkheidsstoornis):

- Hoe verhoudt deze patiënt zich op de dimensie afhankelijk gedrag versus onafhankelijkheid?
- In welke mate is deze patiënt paranoïde en moeten we daarmee in de behandeling rekening houden?
- Wat is het aandeel van schizotypie in deze persoon?
- Hoe extravert en impulsief is de patiënt?
- Welke neurotische remmingen zijn aanwezig?
- In welke mate is het zelfgevoel (het narcisme) gestoord of gezond en wat betekent dit voor de relaties met anderen en voor een mogelijke behandelrelatie?

- Hoe sterk is de gewetensdruk en hoe zwaar drukken schuld- en schaamtegevoelens op de persoon?
- Hoe is de houding van deze persoon ten opzichte van psychische zwaktes en in welke mate is de persoon geneigd hierover in gesprek te gaan?
- Hoe ontwikkeld zijn de introspectie, de lijdensdruk en de cognitieve intelligentie?
- Met welke mate van alexithymie moeten we rekening houden?
- Welke belangrijke personen van vroeger hebben bijgedragen aan de vorming van de persoonlijkheid?
- Hoe zijn in deze persoon de seksuele en agressieve driften tot ontwikkeling gekomen en wat betekent dat voor de separatie, individuatie en autonomie?
- Welke conflictueuze relaties waren er en zijn wellicht geïnternaliseerd aanwezig (welk type objectrepresentatie) en wat betekent dit voor de komende behandeling?
- Welke gezonde relaties bestaan er en in hoeverre kunnen die als paradigmatisch helpen bij het bevorderen van gezondheid?
- Kan de behandelaar met het oog op het voorafgaande beter een man of juist een vrouw zijn?

Over dit type vragen worden, met behulp van de drie databronnen, hypothesen geformuleerd die de agenda van de behandeling vullen. De psycholoog toetst zijn hypothesen in de behandelpraktijk en stelt ze indien nodig bij. Een scherp oog houden voor de reacties van de patiënt en voor de beperktheid van de opgestelde hypothesen blijft steeds actueel. De doelstellingen van de interventies worden in samenspraak met de patiënt geformuleerd.

### Conclusie

Wat leert ons alles dit? Ten eerste, het adagium van de psychodiagnostiek, *gebruik altijd meerdere bronnen*, geldt a fortiori voor het schrijven van wetenschappelijke artikelen. Niet alleen het artikel van Lima et al. verdient aandacht. Het had Verbraak gesierd indien hij het special issue dat hetzelfde tijdschrift (*Psychological Assessment*) in maart 2007 uitbracht, had gelezen en had opgenomen in zijn artikel. Dit special issue staat bol van innovatieve diagnostische methoden die bijdragen aan de zo gewilde evidence based practice.

Ten tweede moeten we goed nota nemen van het feit dat we aangaande de psychopathologie in een voorwetenschappelijk stadium verkeren en geen harde criteria, diagnoses of behandelingsuccessen moeten suggereren die er niet zijn. We herinneren ons de wijze woorden van Barlow (2005) dat psychologen al anderhalve eeuw de



noodzaak van een wetenschappelijke psychometrische diagnostiek benadrukken, juist omdat die diagnostiek zo vervlochten is met de zich ontwikkelende opvattingen over psychopathologie. Het feit dat er in het huidige tijdsgewricht sterke politieke en financiële argumenten zijn om rationele methoden voor outcome assessment te gebruiken is prima, maar daarbij mag het voorgaande niet uit het oog worden verloren.

Het gevaar van de actuele discussie over de effectiviteit van een testpsychologisch onderzoek voor de behandeling is dat de geschiedenis wordt teruggedraaid; enkele decennia geleden werd psychologisch onderzoek overbodig geacht en deed elke psychotherapeut wat hem of haar goed leek. Gelukkig is hierin verandering gekomen, maar nu is het gevaar dat elke psychotherapeut straks na de intake een evidence based protocol toepast en hiermee al zijn diagnostische mogelijkheden en psychopathologische kennis overboord gooit en zelf niet meer nadenkt.

#### Referenties

- Barlow, D.H. (2005). What's new about Evidence-Based Assessment? *Psychological Assessment*, 17, 308-311.
- Derksen, J.J.L. (2004). *Psychologische diagnostiek: enkele structurele en descriptieve aspecten*. Nijmegen: PEN Tests Publisher.
- Derksen, J. (2007). *Zijn we wel narcistische genoeg? Over het ontstaan van onze lentecultuur als gevolg van gewijzigde vroegkinderlijke condities*. Nijmegen: PEN tests Publisher.
- Derksen, J., Mey, H. de, Sloore, H., & Hellenbosch, H. (2006). *MMPI-2 Handleiding voor afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN Tests Publisher.
- Egger, J.I.M., Mey, H.R.A. de, & Janssen, G. (2007). Assessment of executive functioning in psychiatric disorders: Functional analysis as the overture of treatment. *Clinical Neuropsychiatry*, 4, 83-90.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997) Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Graham, J.R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology (4th edition)*. New York: Oxford University Press.
- Lima, E.N., Stanley, S., Kaboski, B., Reitzel, L.R., Richey, A., Castro, Y., Williams, F.M., Tannebaum, K.R., Stellrecht, N.E., Jakobsons, L.J., Wingate, L.R., & Joiner, Th.E. jr. (2005). The incremental validity of the MMPI-2: When does therapist access not enhance treatment outcome? *Psychological Assessment*, 17(4), 462-468.
- Minnix, J., Reitze, L., Repper, K., Burns, A., Williams, F., Lima, E., Cukrowicz, K., Kirsch, L., & Joiner, Th. (2005). Total number of MMPI-2

- clinical scale elevations predict premature termination after controlling for intake symptom severity and personality disorder diagnosis. *Personality and Individual Differences*, 38, 1745-1755.
- Nelson-Gray, R.O. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 15, 521-531.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences (3<sup>rd</sup> ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Trull, T. (2007). Expanding the Aperture of Personality Assessment: Introduction to the Special Section on Innovative Clinical Assessment Techniques and Methods. *Psychological Assessment*, 19(1), 1-3.
- Verbraak, M. (2007). Persoonlijkheidstests dragen bij tot betere resultaten van psychologische behandelingen. *Directieve Therapie*, 27(3), 205-207.