



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## **Psychodiagnostiek in de postmasteropleidingen: Van jonge mensen de dingen die niet voorbijgaan....**

Eurelings-Bontekoe, E.H.M.

### **Citation**

Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2012). *Psychodiagnostiek in de postmasteropleidingen: Van jonge mensen de dingen die niet voorbijgaan...* Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19846>

Version: Not Applicable (or Unknown)  
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)  
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19846>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. E.H.M. Eurelings-Bontekoe

**Psychodiagnostiek in de postmasteropleidingen.  
Van jonge mensen, de dingen die niet voorbijgaan....**



Universiteit Leiden

# Psychodiagnostiek in de postmasteropleidingen. Van jonge mensen, de dingen die niet voorbijgaan....

Oratie uitgesproken door

prof.dr. E.H.M. Eurelings-Bontekoe

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar

Beroepsopleidingen tot Psycholoog in de Individuele Gezondheidszorg

vanwege de Stichting Postdoctorale Opleidingen Geestelijke Gezondheidszorg Leiden/Rotterdam

op vrijdag 30 maart 2012.



Universiteit Leiden



*Mijnheer de Rector Magnificus, leden van het Bestuur van de Stichting PDO-GGZ Leiden/Rotterdam, en leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, zeer gewaardeerde toehoorders,*

Allereerst wil ik u allen hartelijk welkom heten en u zeggen dat ik het bijzonder waardeer dat u vandaag met zó velen hier aanwezig bent om dit belangrijke moment met mij mee te maken. Mijn oratie zal gaan over de Psychodiagnostiek. Het vak Psychodiagnostiek heeft in de sinds 1998 landelijk opgezette postmasteropleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog en klinisch psycholoog een even groot aandeel als het onderdeel Behandeling.

Ik vind dat terecht maar er zijn ook opleiders die hier anders over denken. In zijn oratie in 2007 spreekt collega hoofdopleider Gezondheidszorgpsychologie uit Amsterdam prof. Sako Visser zijn twijfels uit over de noodzaak van zoveel uren psychodiagnostiek in de GZ opleiding. Hij vindt de keuze om in de GZ opleiding evenveel uren te besteden aan de psychodiagnostiek als aan interventies maar arbitrair en baseert zijn twijfel aan het belang van de psychodiagnostiek op het ontbreken van evidentie voor het nut van de psychodiagnostiek voor het beloop van de behandeling, de zogenaamde *treatment utility*, en stelt nogal boud dat “de toegevoegde waarde van uitgebreide diagnostiek nihil” is. Wel vindt hij het belangrijk dat de opleidingen *evidence based* vormen van psychodiagnostiek leren en ook kunnen toepassen, waarbij hij *evidence based* psychodiagnostiek gelijk stelt aan de toepassing van voldoende betrouwbare en valide diagnostische instrumenten en systemen. Ik kom hier later uitgebreid op terug.

In een artikel in Directieve Therapie uit 2007 spreekt prof. Mark Verbraak, vlak na zijn benoeming als hoofdopleider voor Nijmegen, over misverstanden en mythes binnen de psychodiagnostiek en ook hij wijst op het ontbreken van evidentie voor *treatment utility* van met name persoonlijkheidsdiagnostiek, en dan wel in het bijzonder van de toepassing van de MMPI-2 voor indicatiestelling. Hij baseert zich hierbij op slechts één artikel (Lima et al., 2005), zonder overigens aandacht te besteden

aan de ook door de auteurs zelf genoemde forse beperkingen van deze studie, zoals ook Derksen, Egger en Van der Heijden (2008) in hun repliek op Verbraak aangeven. Verbraak pleit op basis van deze ene studie voor enige bescheidenheid, zeker ook binnen opleidingen, omtrent de bijdrage van persoonlijkheidsstests.

Prof. Kamphuis (2011) breekt echter in zijn oratie een lans voor de psychodiagnostiek en benadrukt tevens het belang van de persoonlijkheidsdiagnostiek in het kader van de behandeling. Persoonlijkheid bepaalt immers mede hoe en met welke ernst symptomen zich manifesteren, kan iemand kwetsbaar maken voor bepaalde vormen van psychopathologie, maar ook een buffer zijn tegen het ontstaan ervan. Op basis van hun persoonlijkheid kiezen mensen hun omgeving en relaties met anderen en daarmee bepaalt de persoonlijkheid ook mede de levensloop, de persoonlijkheid bepaalt hoe men omgaat met zijn aandoening, bepaalt de hulpvraag, en heeft invloed op de therapeutische relatie (Clarkin & Huprich, 2011; Kamphuis, 2011). Ten slotte delen persoonlijkheidspathologie en symptoomstoornissen onderliggende mechanismen en maken zij deel uit van spectra van psychopathologie. Drew Westen spreekt in een interview voor het blad GZ psychologie over “the personality who houses the symptom” (Van der Heijden & Derksen, 2011).

Twijfel over het belang van de psychodiagnostiek is geen fenomeen van deze tijd. De geschiedenis van de psychodiagnostiek laat een afwisseling zien van periodes van grote bloei en van dreigende teloorgang. Na een periode van bloei voor, tijdens en na de Tweede Wereldoorlog, ontstond er in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw een dramatische achteruitgang in belangstelling voor de psychodiagnostiek, met als gevolg afname van aandacht in universitaire programma's voor de psychodiagnostiek en een ontmoediging van het doen van wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

Gelukkig zien we de laatste jaren weer een toenemende aandacht voor psychodiagnostiek in de universitaire en postmasteropleidingen en ook in de internationale wetenschappelijke

literatuur, maar wordt tegelijkertijd een nieuwe bedreiging zichtbaar: namelijk schaarste van financiële middelen. Managers in de gezondheidszorg zien zich geconfronteerd met de noodzaak tot grote bezuinigingen. In die atmosfeer wordt de psychodiagnostiek al snel het kind van de rekening.

Daarnaast kwam in de twintiger jaren van de vorige eeuw de psychologie los van de filosofie. Ter Laak en De Goede beschrijven in 2006 hoe het loskomen van de psychologie van de filosofie deels als een voordeel voor de psychologie gezien kon worden, immers vasthouden aan vooral filosofische argumenten stond vooruitgang in de weg, maar zij beschrijven tegelijkertijd dat hierdoor het logisch positivisme/ empirisme in de psychologie de overhand kreeg met veronachtzaming van de wijsgerige achtergrond van theoretische constructen. Dit heeft ook in de psychodiagnostiek geleid tot een grotere nadruk op objectief meten en verminderde aandacht voor theorievorming en subjectieve betekenisverlening. Inmiddels heeft een a-theoretische benadering van psychopathologie en psychodiagnostiek zijn langste tijd wel weer gehad, en zien we nu een trend naar de integratie van theoretische en empirische modellen (Luyten & Blatt, 2011). En het is op dat snijvlak dat veel van de huidige discussies over de wetenschappelijke status van de psychodiagnostiek zich afspelen.

Graag geef ik u dan nu mijn visie op psychodiagnostiek. Deze visie is gebaseerd op een integratie van drie onlosmakelijke bronnen van kennis: klinische praktijk, wetenschap en theorie. Adequate psychodiagnostiek is in mijn ogen multimethodisch, theoriegestuurd en contextueel, beschrijft niet alleen de klachten, maar probeert deze ook te verklaren, en is ten slotte procesmatig.

Allereerst ga ik in op het multimethodische aspect. Multimethodisch werken houdt in dat de psychodiagnosticus niet alleen gebruik maakt van zelfrapportage instrumenten, zoals vragenlijsten, maar ook van impliciete metingen. Een voorbeeld van een klinisch impliciet meetinstrument is de Thematische Apperceptie Test, de TAT (Murray, 1943). Een

oud instrument, maar door nieuw ontwikkelde interpretatiemethoden op dit moment weer volop in de belangstelling (Huprich & Greenberg, 2003; Jenkins 2008). Met de TAT worden aspecten van de sociaal emotionele informatieverwerking in kaart gebracht door patiënten een verhaal te laten vertellen bij ambigue afbeeldingen en deze verhalen te scoren op vermogen tot reflectie, de coherentie van het denken en op de mate van sociaal inzicht en emotionele betrokkenheid bij anderen.

In de praktijk werkt men veel en graag met vragenlijsten omdat ze snel zijn af te nemen en te scoren, en dat zijn grote voordelen in een tijd van financiële schaarste. Maar wat meten we nu eigenlijk met selfreports? Selfreports meten niets meer en niets minder dan datgene wat een patiënt over zichzelf kan of wil melden, en dat is onder meer afhankelijk van de mate van zelfinzicht (Huprich, Bornstein & Schmitt, 2011). Er zijn patiënten die niet in staat zijn om vooral psychische kwetsbaarheden bij zichzelf te onderkennen. Deze patiënten herkennen zich dan ook niet in vragenlijst items die psychische klachten meten. Lage scores weerspiegelen bij deze patiënten dan ook vooral het onvermogen om kwetsbaarheid en negatieve gevoelens te onderkennen en daarmee te reguleren. Shedler, Mayman en Manis (1993) benoemen dit fenomeen als “illusie van mentale gezondheid”.

Wij vonden in twee studies (Eurelings-Bontekoe, Luyten, Remijsen & Koelen, 2010; Eurelings-Bontekoe, Peen, Noteboom, Alkema & Dekker, 2012) dat ongeveer een derde van de patiënten dit fenomeen vertoont. Tegelijkertijd werd in de ene studie (Eurelings-Bontekoe et al., 2012) bij 55% van deze patiënten met lage scores op selfreports voor psychopathologie door de clinicus een angst- of stemmingsstoornis vastgesteld. In de andere studie (Eurelings-Bontekoe et al., 2010) was dit het geval bij 58 %, 41% had ooit in zijn leven een depressieve episode doorgemaakt en bij 8.5% was zelfs sprake van een verhoogd suiciderisico. De conclusie dat er geen sprake is van psychopathologie als een patiënt laag scoort op vragenlijsten die psychopathologie meten kan dan ook klinisch volstrekt onjuist zijn. De illusie van mentale gezondheid heeft ook consequenties voor de in de geestelijke gezondheidszorg tegenwoordig ver-

plichte Routine Outcome Monitoring, afgekort ROM. Wanneer ROM wordt toegepast in het kader van een individuele behandeling kan het een positief effect hebben op behandeluitkomst met name wanneer de ROM-resultaten tijdens een kortdurende (minder dan 35 weken) behandeling in geval van dreigende stagnatie zowel aan patiënt als aan behandelaar worden teruggekoppeld (De Jong, 2012).

Maar, wanneer ROM toegepast wordt ten behoeve van prestatie meting en zorgbeleid en mogelijk straks ook voor financiering, is er een risico als uitsluitend gebruik gemaakt wordt van zelfrapportage instrumenten. Aan zorgverzekeraars en beleidsmakers zal moeten worden uitgelegd waarom een deel van de patiënten bij aanmelding laag scoort op self-reports voor psychische klachten. Op basis van ROM luidt de conclusie dan al snel dat er geen psychopathologie is en wordt behandeling afgeraden. Vervolgens vertonen deze patiënten als zij behandeld worden geen verbetering omdat zij aan het einde van een behandeling even laag scoren als aan het begin. Het is zelfs mogelijk dat zij een hoger klachtniveau aangeven na een behandeling. De conclusie luidt dan dat een behandeling voor deze patiënten niet effectief is, waarmee ook straks de vergoeding in gevaar zou kunnen komen. Maar toename van zelfgerapporteerde psychische klachten na een behandeling zou bij deze patiënten ook geduid kunnen worden als een teken dat het vermogen tot psychologiseren, integreren en reflecteren is toegenomen, en dat is niet per se een negatieve behandeluitkomst (zie ook Hafkenscheid, 2012).

Huprich et al. (2011) beschrijven dat het neuro-cognitieve onderzoek naar informatieverwerkingsprocessen van de laatste jaren heeft laten zien, dat vele mentale processen, zoals cognitieve, affectieve en motivationele processen, automatisch en impliciet zijn, ofwel zich buiten het bewustzijn om manifesteren, niet onmiddellijk toegankelijk zijn voor bewuste introspectie en niet onder de controle van de bewuste wil vallen. In de meest recente internationale literatuur wordt dan ook steeds meer gepleit voor een combinatie van zelfrapportage en impliciete metingen, die vooral gericht zijn op innerlijke pro-

cessen waarvan de patiënt zich niet of minder bewust is. Vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw zien we binnen het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de sociale psychologie (Nisbett & Wilson, 1977; Smith & Miller, 1978) en wat later op het gebied van de klinische en de experimentele psychologie een toenemende aandacht voor impliciete metingen. In 2007 werd het gehele Augustus nummer van de *Journal of Personality Assessment* gewijd aan impliciete metingen van psychopathologie. Binnen het domein van de experimentele psychopathologie verscheen in *Psychological Bulletin* een review van de hand van Roefs, Huijding, Smulders, MacLeod, de Jong, Wiers, & Jansen (2011) over de waarde van impliciete metingen bij een groot aantal as-I-stoornissen. Desondanks moeten we constateren dat binnen de klinische praktijk van de psychodiagnostiek, het gebruik van impliciete methoden zoals de Rorschach, Zinnen Aanvul Taken of de Thematische Apperceptie Test in aanvulling op zelf rapportage instrumenten nog steeds niet vanzelfsprekend is. Dit heeft onder meer te maken met de opvatting dat de toepassing van impliciete methoden niet wetenschappelijk verantwoord zou zijn. Maar dit is een misvatting. Zo is voor de TAT een scoringsstelsel beschikbaar (*Social Cognition and Objectrelations Scale*; SCORS) ontwikkeld door Westen (Westen, 1985; Westen, Lohr, Silk, Gold & Kerber, 1990) waarvan de convergente en discriminante validiteit is aangetoond (Cramer, 1999; Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill & Fowler, 2001; Peters, Hilsenroth, Eudell-Simmons, Blagys & Handler, 2006; Porcerelli, Shahar, Blatt, Ford, Mezza & Greenlee, 2006; voor een overzicht zie Huprich & Greenberg, 2003). Onderzoek met de Rorschach heeft geleid tot de constructie van valide schalen ter meting van denkstoornissen, afhankelijkheid, interpersoonlijke agressie en suïcidale ideatie (Huprich, 2011). Ook blijkt uit een recente meta-analyse de Ego Impairment Index van de Rorschach een valide maat voor de ernst van psychiatrische aandoeningen (Diener, Hilsenroth, Shaffer & Sexton, 2011).

Mijn conclusie luidt dan ook dat adequate psychodiagnostiek bestaat uit zowel het toepassen van directe zelfrapportage instrumenten als impliciete meetmethoden, waarbij de resultaten

van beide typen instrumenten moeten worden geïntegreerd. Overeenkomsten en tegenstrijdigheden tussen zelfreports en indirecte metingen leveren relevantere informatie op over de patiënt dan het gebruik van beide instrumenten afzonderlijk (Huprich & Bornstein, 2007). Wat zegt het over iemand als hij op een vragenlijst aangeeft warm, vriendelijk en gericht op anderen te zijn, maar als zijn verhalen bij de TAT platen op geen enkele wijze iets laten zien van investeren in relaties en reflectie over innerlijke motieven van anderen? Hoe vriendelijk, warm en betrokken is deze persoon echt?

Gegeven de beperkingen van zelfreports wordt vervolgens de vraag van belang hoe we deze instrumenten zo zinvol mogelijk kunnen inzetten.

Er zijn twee manieren om met zelfreports te werken: de statistisch beschrijvende manier en de meer klinisch interpreterende wijze van werken, die individugericht is, contextueel en theoriegestuurd.

In de statistische benadering wordt de persoon gezien als onderdeel van een steekproef en worden zijn scores op de afzonderlijke vragenlijstschalen vergeleken met normscores die in representatieve steekproeven zijn vastgesteld. Per schaal wordt beschreven of de persoon gemiddeld, dan wel hoger of lager scoort dan een bepaalde normgroep. Normaliteit wordt in deze benadering gelijk gesteld aan statistische normaliteit. Maar om met Simon Carmiggelt te spreken: “ooit een normaal mens ontmoet? En beviel het?”. Binnen deze traditie kan men het psychologische testen plaatsen. Testen is het toepassen van handleidingen en de daarin vermelde betekenissen van de schalen, die is gebaseerd op onderzoek bij grote groepen en de resultaten worden schaal voor schaal beschreven.

Deze benadering is dan ook vooral beschrijvend, is niet of nauwelijks interpreterend en plaatst de testgegevens niet in de context van andere informatie. Statistisch onverwachte tegenstrijdigheden tussen schaalcores worden niet van betekenis voorzien. Dit geldt ook voor klinisch onverwacht lage scores op schalen voor psychopathologie.

Binnen de klinische visie op psychodiagnostiek gaat het meer

om, zoals Meyer et al. (2001) aangeven *psychological assessment* dan om *testing*. De klinisch werkende diagnosticus beschrijft de vragenlijstgegevens niet afzonderlijk maar integreert alle gegevens en verleent betekenis aan die gegevens en dat kan niet zonder de toepassing van context en theorie. Hij werkt vooral hypothese genererend. De klinisch werkende diagnosticus probeert een theorie te ontwikkelen en werkhypothesen af te leiden over deze specifieke patiënt op basis van het door deze patiënt uniek aangedragen materiaal. De clinicus heeft namelijk in zijn dagelijkse werk te maken met het unieke individu, dat zich in vele gevallen anders gedraagt dan op basis van gegevens van groepen statistisch is te verwachten. De klinisch werkende diagnosticus erkent dat zelfreports niet zozeer weergeven wie de patiënt is, maar hoe deze zichzelf ziet en wat hij wel en niet bij zichzelf kan onderkennen. De klinisch diagnosticus ziet zelfreports dus als een middel om zicht te krijgen op het beeld dat een patiënt van zichzelf heeft met alle tegenstrijdigheden van dien. Hij geeft aan al die tegenstrijdigheden in het materiaal betekenis op basis van zijn theoretische kennis en komt zo tot een hypothese over de innerlijke dynamiek van de patiënt. De interpretaties zijn ook uitdrukkelijk contextueel bepaald. Zo worden hoge scores op ongunstige trekken niet als problematisch geïdentificeerd, als zij in de context van de psychopathologie van de patiënt een beschermende functie hebben. Zo kan een hoge mate van een in principe negatieve trek als bijvoorbeeld Afstandelijkheid als gunstig geïdentificeerd worden bij een patiënt die moeite heeft zichzelf van anderen af te grenzen. Het kan beschermen tegen overmatige betrokkenheid bij anderen. Omgekeerd kan een in principe positieve trek als Vriendelijkheid in de context van psychopathie-narcisme in functie staan van manipulatie en krijgt daarmee een minder positieve connotatie. Ook wordt er rekening mee gehouden dat het effect van een bepaalde persoonlijkheidstrekk op de wijze waarop klachten zich manifesteren beïnvloed wordt door de aanwezigheid van een andere trek. Een patiënt met een hoog angstniveau en veel geremdheid laat andere symptomen zien dan een patiënt met een even hoog angstniveau en weinig remmingen. Daarnaast is voor de betekenisverlening van constructen bin-

nen de klinische psychodiagnostiek de vraag van belang of een bepaald construct geplaatst kan worden in een breder netwerk van constructen. De theoretische of empirische relatie met andere constructen kan vervolgens toegepast worden bij de interpretatie van het construct. Zo heeft jarenlang onderzoek met de persoonlijkheidstrek Extraversie laten zien dat een hoog niveau van Extraversie gerelateerd is aan een neiging tot impulsiviteit, aan een laag niveau van *arousal* en daarmee samenhangend, aan een grote behoefte aan prikkels. Bij de beschrijving van een individu met hoge tot zeer hoge scores op Extraversie kan deze informatie worden meegenomen. De interpretatie van hoge scores op Extraversie wordt daardoor betekenisvoller dan de strikt beschrijvende betekenis van de handleiding, die luidt dat individuen met hoge scores op Extraversie sociaal actief zijn.

Ten slotte is er een andere, nieuwe manier van betekenisverlening aan constructen, die zowel contextueel als theoriegestuurd is: in deze benadering worden op basis van theorie persoonlijkheidstrekken gecombineerd tot profielen, waarbij het uitgangspunt is dat deze profielen informatie opleveren, die niet wordt gemeten met de trekken afzonderlijk. Het uitgangspunt is dat het geheel meer is dan is dan de som der delen.

In de discussie over de wetenschappelijke status van de psychodiagnostiek wordt de klinisch interpreterende benadering als onvoldoende wetenschappelijk gezien. Ik ben het daarmee niet eens. Zoals ik al eerder zei is de klinisch interpreterende wijze van werken hypothesegenererend en deze hypothesen kunnen en zijn ook zowel op individueel als op groepsniveau getoetst. Zo toonde Miller in 2003 aan dat PTSS symptomen zich verschillend manifesteren bij patiënten met een hoog niveau van negatieve affecten. Hoe hing af van de mate van geremdheid. Bij getraumatiseerde patiënten met veel geremdheid waren er internaliserende symptomen als angst en depressie, getraumatiseerde patiënten met weinig remming lieten externaliserende symptomen zien, zoals impulsiviteit, agressie en middelenmisbruik.

Widiger en Lowe beschrijven in de *Journal of Personality Assessment* in 2007 een patiënte met een objectief aangetoonde narcistische persoonlijkheidsstoornis die hoog scoort op zelfgerapporteerde Vriendelijkheid. Anderen die haar goed kenden beschreven haar echter als oppervlakkig in het contact en vooral als zeer manipulatief.

Tenslotte vonden wij in eigen onderzoek (Mosterman, Eurelings-Bontekoe & Hofstee, 2008), bevestiging voor de op basis van de relatie met andere constructen verruimde betekenis van een hoog niveau van Extraversie als onder andere een verhoogde neiging tot impulsiviteit: een hoge mate van Extraversie correleerde positief met behandeluitval en het zonder afspraak niet verschijnen op behandelsessies. Deze relatie is niet te verklaren uit de strikt beschrijvende betekenis van de handleiding, die luidt dat individuen met hoge scores op Extraversie sociaal actief zijn.

Bij de vraag naar de betekenis van theoriegestuurde profielen is van belang dat wordt aangetoond dat deze profielen toegevoegde voorspellende waarde hebben voor gedrag en beleven, ten opzichte van de afzonderlijke trekken waaruit het profiel is opgebouwd. In ons eigen onderzoek bleken bepaalde theoriegestuurde persoonlijkheidsprofielen wijzend op een neiging tot externaliseren en geringe verantwoordelijkheidszin (Eurelings-Bontekoe, Luyten, Remijns & Koelen, 2010) onafhankelijke voorspellers te zijn voor therapie-uitval (Mosterman, Eurelings-Bontekoe en Hofstee, 2008; Eurelings-Bontekoe, Van Dam, Luyten, Verhulst, Van Tilburg, De Heus & Koelen, 2009a), het zonder bericht niet verschijnen op behandelsessies en het niet nakomen van huiswerkafspraken (Mosterman et al., 2008). Ook vonden wij dat persoonlijkheidsprofielen toegevoegde voorspellende waarde hebben voor de mate van reflecteren, emotioneel investeren in relaties en sociaal inzicht (Eurelings-Bontekoe, Luyten & Snellen, 2009b). Profielen bevatten dus unieke informatie, die niet gemeten wordt met de trekken afzonderlijk en die relevant is voor de behandeling. Daarnaast vonden wij in twee studies dat patiënten met persoonlijkheidsprofielen, die wijzen op een verhoogde neiging

tot verwarring onder druk, onvoldoende profiteren van een ambulante stoornisgerichte behandeling (Eurelings-Bontekoe et al., 2009a; Eurelings-Bontekoe, Peen, Noteboom, Alkema, & Dekker, 2012). Tenslotte kunnen op basis van persoonlijkheidsprofielen patiënten ingedeeld worden in internaliserende dan wel externaliserende typen (Eurelings-Bontekoe et al., 2010) en ook dit kan belangrijke implicaties hebben voor de behandeling (Löffler-Statska, Blueml, & Boes, 2010; Eurelings-Bontekoe et al., 2012).

Mijn stelling is dan ook dat selfreports aan klinische waarde kunnen winnen door ze theoriegestuurd, profielmatig en contextueel te interpreteren.

Dan mijn volgende punt. Adequate psychodiagnostiek houdt niet alleen het beschrijven van de manifeste klachten in, maar is ook gericht op het verklaren van klachten.

8 Groenier, Hulshof en Wilhelm (2010), beschrijven in een artikel in de Psycholoog dat psychologen in de praktijk vooral de nadruk leggen op het vaststellen van stoornissen, waarop de behandeling vervolgens wordt gericht. Dit heeft ongetwijfeld te maken met de dominantie van het psychiatrisch classificatie systeem, de DSM, en de daarop gebaseerde Diagnose-Behandel Combinaties, de DBC's, waarmee in de praktijk moet worden gewerkt en waarop de financiering van de zorg is gebaseerd. De verklarende diagnostiek en het vormen van een samenhangend beeld van de individuele patiënt heeft geen duidelijke plaats in het diagnostisch proces. Ofwel er wordt niet gekeken naar de unieke persoon achter de klacht. Bij deze klachtgerichte benadering van diagnostiek, wordt voorbijgegaan aan het feit dat we niet een stoornis behandelen, maar een mens met een stoornis in een specifieke context. Patiënten met een en dezelfde stoornis kunnen aanzienlijk van elkaar verschillen wat betreft levenservaringen en huidige levensomstandigheden. Ze verschillen ook wat betreft dynamiek, persoonlijkheidstrekken, hechtingsstijl, draagkracht, zelfbeeld, emotieregulatie, cognitieve stijl, sociaal inzicht, mentale flexibiliteit en vele andere onderliggende mechanismen. Al die individuele verschillen in

context en onderliggende mechanismen kunnen grote implicaties hebben voor de aard en duur van een behandeling en daarmee dus ook voor de kosten ervan.

Verklarende modellen zijn van oudsher afkomstig uit de psychodynamische en de cognitieve theorieën en recent ook uit de neuropsychologie, getuige de oratie van klinisch neuropsycholoog prof. Egger (2012). Al deze modellen beogen, ieder op hun eigen wijze en ieder vanuit het eigen theoretisch kader, te komen tot een verklaring van stoornissen door onderliggende individu specifieke factoren in kaart te brengen, in samenhang met elkaar en in de context van huidige en vroege ervaringen. Recent beschreef Prof. Roelofs (2012) in haar oratie het belang van de experimentele psychopathologie voor een beter begrip van het ontstaan en voortbestaan van stoornissen. Dit domein van de psychologie houdt zich bezig met fundamenteel laboratoriumonderzoek naar onderliggende psychologische en neurobiologische mechanismen van psychopathologie.

Er zijn veel studies verricht naar de waarde van psychodynamische verklarende modellen in het kader van vooral persoonsgerichte behandelingen (Bieling & Kuyken, 2003; Koelen, Luyten, Eurelings-Bontekoe, Diguier, Vermote, Lowyck & Bühring, 2012). Deze studies suggereren dat toepassing ervan op indirecte wijze een positief effect kan hebben op behandeluitkomst zeer waarschijnlijk omdat deze modellen bijdragen aan de keuze van de meest geschikte behandelinterventies en de timing ervan en omdat ze aanwijzingen geven over de mate waarin een individuele patiënt steunende interventies behoeft, hetgeen op zijn beurt bevorderlijk kan zijn voor de ontwikkeling van een goede alliantie (Crits-Cristoph, Cooper & Luborsky, 1988; Crits-Cristoph, Barber, & Kurcias, 1993; Despland, Roten, Despars, Stigler & Perry, 2001; Bieling & Kuyken, 2003). Bieling en Kuyken (2003) beschrijven in hun review van onderzoeksliteratuur naar de wetenschappelijke status van de cognitieve casusconceptualisatie dat onderzoek naar de waarde van dit model pas recent op gang is gekomen en dan ook schaars is. Ondanks het feit dat in vele opleidingen veel

aandacht is voor het maken van cognitieve casusconceptualisaties, is er in het algemeen nog vrijwel geen evidentie dat de cognitieve casusconceptualisatie een positief effect heeft op behandeluitkomst.

Hieruit mag niet de conclusie getrokken worden dat verklarende diagnostiek in het kader van klachtgerichte cognitief gedragstherapeutische behandelingen overbodig is. We moeten hieruit vooral concluderen dat er meer wetenschappelijk onderzoek nodig is naar de waarde van de verklarende diagnostiek en van de detectie van onderliggende mechanismen juist binnen het kader van klachtgerichte cognitief-gedragstherapeutische behandelingen.

Zo vonden wij in eigen onderzoek naar de effecten van een kortdurende cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling voor patiënten met angststoornissen (Eurelings-Bontekoe et al., 2009a) twee groepen patiënten die opvielen door hun hoge percentage behandeluitval van zo'n 53%, versus gemiddeld 23% bij de andere patiënten. De ene groep met relatief hoge behandeluitval had een persoonlijkheidsprofiel dat wijst op onderliggende kwetsbaarheid voor verwarring, de andere groep een profiel dat wijst op impulsiviteit, externaliseren en gebrek aan verantwoordelijkheidszin. De kwetsbare patiënten die in behandeling bleven waren weliswaar verbeterd vlak na afloop van de behandeling, maar hadden vier maanden daarna zelfs meer klachten dan bij het begin van de behandeling. De impulsieve groep die in behandeling bleef verbeterde en hield verbetering ook op langere termijn vast. De resultaten suggereren dat voor de kwetsbare groep dit type behandeling minder geschikt is, maar dat de behandeling voor de impulsieve groep wel goed werkt, althans als men deze groep weet te motiveren binnen boord te blijven.

Al met al kan gesteld worden dat zowel binnen de klinische psychologie, als de neuropsychologie als de experimentele psychopathologie toenemende kritiek is op het huidige stoornisgerichte denken. De gemeenschappelijke visie is dat individuele verschillen in stoornis onderliggende mechanismen en contextuele factoren wel eens belangrijker zouden kunnen zijn

voor het bepalen van de meest geschikte behandeling dan de stoornis zelf.

Duidelijk is ook dat de huidige stoornisgerichte financiering van de zorg en het indelen van zorgprogramma's op basis van stoornissen niet in overeenstemming zijn met de meest recente klinisch-wetenschappelijke inzichten. Deze inzichten lopen parallel met de binnen de geneeskunde toenemende aandacht voor *personalized medicine*. Ook binnen de geneeskunde is het inmiddels duidelijk dat de behandeling van een bepaalde aandoening moet worden aangepast aan de kenmerken van het individu met die aandoening.

Psychodiagnostiek is een proces en dient daarom, meer dan nu het geval is, geïntegreerd te worden in behandelingen. Stephen Finn, de ontwikkelaar van het Therapeutic Assessment Model, wees als eerste in 1992 op het belang van het integreren van de diagnostiek in de behandeling. In de praktijk zijn het vaak volkomen gescheiden activiteiten, uitgevoerd door verschillende professionals, hoort de patiënt de resultaten van het diagnostisch onderzoek buiten de context van zijn behandeling om, en hebben behandelaars moeite de gegevens te vertalen in voor de behandeling relevante informatie. Het is dan ook niet vanzelfsprekend dat de diagnostische informatie gebruikt wordt in de behandeling. De diagnosticus op zijn beurt realiseert zich soms onvoldoende dat hij een rapport maakt ten behoeve van de behandelaar en de patiënt, zijn consumenten. De bevindingen worden in te algemene termen beschreven, en niet vertaald naar de context en problemen van deze specifieke patiënt. Het rapport bevat daardoor onvoldoende concrete aanbevelingen voor de behandelaar en vaak worden alleen de zwakke kanten van de patiënt benoemd.

Ook ontvangt de psychodiagnosticus geen systematische feedback over zijn rapport en over hoe het verder met de patiënt is gegaan en mist zo een kans om zijn kennis aan te scherpen. Kortom, helaas kunnen we spreken van een mislukte huwelijks tussen psychodiagnostiek en behandeling, en dat is geen goede zaak. Allereerst niet voor de patiënt. Door de psychodiagnostiek in de behandeling te integreren kunnen

patiënt en behandelaar op basis van de diagnostiek samen tot een gemeenschappelijke verklaring komen van de problemen van de patiënt en daarmee tot een gezamenlijk gedragen plan van aanpak. Op deze wijze kan de psychodiagnostiek bijdragen aan de opbouw van een goede behandelrelatie, dat op zich een consistente voorspeller is van een positieve behandeluitkomst (Daniel, Garske & Davis, 2000).

Het is ook niet bevorderlijk voor het wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van de psychodiagnostiek voor behandeluitkomst. Een betere inhoudelijke verbinding tussen diagnostiek en behandeling kan immers bevorderen dat de behandelaar zich in zijn behandeling ook daadwerkelijk laat leiden door de diagnostische informatie. Dit is belangrijk in het kader van dit type onderzoek.

Tenslotte levert elk individueel behandeltraject informatie op over de juistheid van de aannames. Door het systematisch verzamelen van deze informatie kan de waarde van de psychodiagnostiek in de klinische praktijk worden onderzocht. In die zin opgevat wordt psychodiagnostiek een proces dat de empirische cyclus volgt en daarmee een vorm van methodisch wetenschappelijk werken.

In het kader van de psychodiagnostiek als proces zou ik willen pleiten voor een stapsgewijze inzetten van de psychodiagnostiek, en wel zodanig dat onderliggende pathogene mechanismen en comorbiditeit bij intake niet worden gemist.

In de praktijk worden bij aanmelding vooral de manifeste klachten in kaart gebracht. Pas nadat meerdere vaak gelijksoortige behandelingen mislukten of wanneer een lopende behandeling stagneert, wordt om uitgebreidere psychodiagnostiek verzocht met de vraag welke andere stoornis of welke onderliggende mechanismen de stagnatie zouden kunnen verklaren en hoe nu verder behandeld moet worden. De patiënt verliest vertrouwen en vraagt zich af waarom nu pas goed wordt gekeken naar wat er aan de hand is, en hij heeft gelijk. Daarnaast kan deze gang van zaken ook kostbaar worden voor de patiënt als op basis van te laat uitgevoerde psychodiagnostiek een behandeltraject onnodig lang wordt opgerekt. De patiënt moet

immers voor elk jaar dat hij in behandeling is nu een eigen bijdrage betalen. Zo'n 40 % van de patiënten komt ook weer terug in zorg. Uit een sectorrapport van GGZ Nederland uit 2010 blijkt dat van de patiënten die zich in 2006 aanmeldden bij de geestelijke gezondheidszorg, 22% dat voor de tweede keer deed, 16% meldde zich voor de derde keer of meer.

Ik pleit er voor om meteen al aan het begin met goede instrumenten de ernst en aard van de klachten in kaart te brengen. Problematiek kan wel eens complexer blijken te zijn dan dat deze op het eerste gezicht lijkt. Helaas kunnen we niet vertrouwen op de "klinische blik". In dit verband is het onderzoek van Boonstra, Wunderink, Sytema en Wiersma (2008, 2009) noemenswaardig. Dit onderzoek heeft laten zien dat bij 62% van de patiënten met psychotische symptomen deze symptomen bij een eerste aanmelding en zelfs in de twee jaren na aanmelding niet werden herkend en dus ook niet adequaat werden behandeld. De patiënt met psychotische symptomen meldt zich vaak met andere dan psychotische klachten, zoals depressieve klachten of angstklachten, en komt vervolgens in het verkeerde behandelprogramma terecht. Dit is des te ernstiger daar we inmiddels ook weten dat het binnen negen maanden inzetten van een adequate behandeling voor psychotische symptomen een gunstig effect kan hebben op het verdere beloop.

Daarnaast zou in de eerste fase ook meteen aandacht moeten zijn voor de detectie van een specifiek onderliggend mechanisme, namelijk het bestaan van een problematische sociaal emotionele informatieverwerking. Met name patiënten met dit probleem kunnen moeite hebben om van een stoornisgerichte behandeling te profiteren. Problemen op het gebied van de sociaal emotionele informatieverwerking kunnen zich uiten in moeite met schakelen, met plannen en organiseren, in verlies van overzicht en een neiging tot denkstoornissen onder stress in combinatie met een gebrek aan sociaal inzicht en sociale souplesse. Deze combinatie van kenmerken kan als onderliggend transdiagnostisch mechanisme bij vele stoornissen voorkomen, waaronder angst- en stemmingsstoornissen. In

de diagnostische praktijk komen we deze patiënten in toenemende mate tegen, mogelijk omdat deze tijd van het “nieuwe” werken, multitasking, social media en informatie *overload* en een overmatige nadruk op het hebben van vooral vele en vlotte sociale contacten, deze patiënten enorm overvraagt. Vrijwel altijd betreft het patiënten bij wie vaak meerdere eerder ingezette behandelingen gericht op gedragsverandering en activatie zijn gestagneerd dan wel mislukt. Ik denk dat deze patiënten ook in zo’n behandeling al snel overvraagd worden, met als gevolg toename van angst en dus gebrek aan therapie trouw, dat therapeuten nogal eens neigen te typeren als gebrek aan motivatie en inzet. Het gaat hier echter niet om onwil, maar om onvermogen. Ik denk dat deze patiënten meer baat hebben bij een behandeling, waarin zij leren om te gaan met dit probleem en waarin ook de leefomgeving van de patiënt wordt betrokken.

Een dergelijke eerste screening van klachten en onderliggende problemen met de sociaal emotionele informatieverwerking hoeft niet veel tijd te kosten, als deze wordt uitgevoerd door professionals die deskundig zijn op het gebied van de psychodiagnostiek en die vanuit hun deskundigheid weten te herkennen wanneer uitgebreider onderzoek nodig is. Goed opgeleide mensen kunnen op basis van relatief weinig, maar weloverwogen gekozen en adequaat, lees theoriegestuurd, geïnterpreteerde instrumenten veel zeggen. De tijdsinvestering betreft dus vooral een goede opleiding. Ik pleit hiermee dus eveneens voor de inzet van experts op het gebied van de psychodiagnostiek, juist en met name aan de voordeur van de zorg met als doel het proces van behandeltoewijzing zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Wat betekent dit alles nu voor de positie van de psychodiagnostiek in de opleidingen en in het wetenschappelijk onderzoek?

Wat betreft de opleidingen kan allereerst vastgesteld worden dat de psychodiagnostiek een zeer ingewikkeld vak is, dat veel kennis vereist van verschillende theoretische modellen over het menselijk functioneren, zoals psychodynamische theorieën,

cognitieve theorieën, de gehechtheidtheorieën, de ontwikkelingspsychopathologie en de neuropsychologie, kennis van opvattingen over validiteit van theoretische constructen, van de diagnostische cyclus, van waarnemings- en beslisprocessen, van psychiatrische beelden, van kwaliteit en meetpretentie van verschillende impliciete en expliciete instrumenten en van de meest recente ontwikkelingen op al deze gebieden. En een dergelijk ingewikkeld vak vereist een goede en gedegen opleiding, die veel verder gaat dan het leren toepassen van goed gevalideerde en betrouwbare instrumenten.

Omdat volgens mij de psychodiagnostiek veel baat kan hebben bij meer integratie met behandeling, moet in de opleidingen tenminste evenveel aandacht worden gegeven aan de psychodiagnostiek als aan het domein van de behandeling. Een opleiding waarin een sterke integratie van de psychodiagnostiek in het overige handelen en kennis van de toekomstige clinicus practicus wordt nagestreefd, zal ook in de klinische praktijk kunnen leiden tot een betere aansluiting tussen psychodiagnostiek en behandeling en dit zal ook het wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van de psychodiagnostiek ten goede kunnen komen. Mijn ideaal is dan ook zo op te leiden dat psychodiagnostiek en behandeling zoveel mogelijk in een hand komen.

De klinische psychodiagnostiek zal ook gebaat zijn bij de opleiding van professionals die als *scientist practioners* wetenschappelijke kennis en vaardigheden weten toe te passen in de praktijk en vanuit de praktijk vragen voor wetenschappelijk onderzoek weten te genereren en die op basis van onderzoek ook een bijdrage kunnen en durven leveren aan innovatie.

Wat betreft het wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van de psychodiagnostiek voor behandeluitkomst moet vastgesteld worden dat de relatie tussen psychodiagnostiek en behandeluitkomst uitermate complex is, vooral indirect en afhankelijk van een dynamische interactie tussen vele factoren (Clarkin & Levy, 2004) als setting, type behandeling (persoonsgericht versus klachtgericht), therapeut- en patiëntkenmerken, complexiteit van de gepresenteerde psychopathologie, keuze

van uitkomstmaat (verandering in klachten, in gedrag of in structurele variabelen) en de mate waarin behandelaars zich ook daadwerkelijk laten leiden bij hun behandelingen door de diagnostische informatie.

Wetenschappelijk onderzoek naar de vraag of psychodiagnostiek leidt tot een betere behandeluitkomst zal in zijn opzet recht moeten doen aan deze complexiteit. De schaarse studies die er zijn, doen dat zeker niet en sommige ervan zijn zodanig opgezet dat ze de meerwaarde van diagnostiek niet eens kunnen aantonen, zoals prof. Kamphuis (2011) in zijn oratie beargumenteert. De resultaten van deze studies bieden dan ook beslist geen valide argumenten om het aandeel van de psychodiagnostiek in de opleidingen te verminderen of het klinische belang van de psychodiagnostiek te bagatelliseren. Daarnaast berust deze redenering op de veel gemaakte redeneerfout dat *lack of evidence of utility* hetzelfde is als *evidence of lack of utility*.

12 Dit stelt ons des te meer voor de uitdaging te onderzoeken hoe de psychodiagnostiek op andere manieren van waarde kan zijn voor de behandeling. Het beschikbare onderzoek op dit gebied geeft in ieder geval meer reden tot optimisme.

Zoals gezegd, biedt inzet van de psychodiagnostiek de mogelijkheid van vroegtijdige detectie van psychotische symptomen, zodat patiënten op tijd een adequate behandeling kan worden geboden. Daarnaast kunnen met behulp van psychodiagnostiek onderliggende persoonlijkheidsfactoren en pathogene mechanismen worden opgespoord die een risico vormen op voortijdige behandeluitval, behandelstagnatie, het mislukken van behandelingen of non-compliance. Ook zijn er aanwijzingen dat psychodiagnostiek een indirect positief effect kan hebben op behandeluitkomst wanneer het in het kader van “Therapeutic Assessment” ingezet wordt als interventie op zich (Poston, & Hanson, 2010).

Veel onderzoek naar de waarde van persoonlijkheidsvragenlijsten voor de voorspelling van behandeluitkomst heeft zich gericht op de statistische relatie tussen afzonderlijke schalen en uitkomstmaten. In dergelijk onderzoek dragen persoonlijkheidsvragenlijsten weinig bij aan de voorspelling van behandel-

uitkomst. Ik denk dat de psychodiagnostiek baat zou kunnen hebben bij meer wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van de theoriegestuurde en profielmatige benadering van persoonlijkheidsvragenlijsten. Een groot deel van mijn onderzoek van de laatste jaren heeft zich gericht op deze manier van werken met de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM; Luteijn & Kok, 1985). Hoewel meer onderzoek uiteraard nodig is, lijkt de conclusie gerechtvaardigd, dat een theoriegestuurde en profielmatige benadering van persoonlijkheidsvragenlijsten meer en klinisch relevantere informatie oplevert voor de behandeling dan de zuiver beschrijvende, niet theoriegestuurde wijze van werken met de afzonderlijke schalen.

Ik ben van plan in de toekomst dit onderzoek in nauwe samenwerking met de praktijk voort te zetten.

Ik kan in het bestek van deze oratie niet al mijn plannen uiteenzetten. Graag noem ik er een. In samenwerking met Rutger Goekoop, psychiater bij PSYQ, zullen we netwerkanalyses gaan toepassen op vragenlijsten. De netwerkanalyse zoekt naar verbanden tussen kenmerken of symptomen zoals die zich voordoen in de populatie (Hidalgo, Blumm, Barabasi, & Christakis, 2009).

Deze verbanden worden weergegeven in de vorm van een plaatje van een netwerk. Stel dat obsessieve symptomen vaak gepaard gaan met psychotische symptomen, dan zullen de beide typen symptomen dicht bij elkaar gaan zitten in een netwerk. We weten dan dat ze iets met elkaar te maken hebben en dat de kans dat iemand met psychotische symptomen ook dwangmatigheid laat zien groot is. We gaan deze netwerkanalyses toepassen op items van persoonlijkheidsvragenlijsten, verzameld bij een zeer grote hoeveelheid patiënten met verschillende vormen van psychopathologie. Met netwerkanalyses vertrekken we bottom-up vanaf het niveau van individuele items en kijken dan hoe deze clusters vormen. Vervolgens kijken we hoe deze clusters netwerken vormen. Zo komt de gelaagde netwerkstructuur van vragenlijsten, zoals die zich manifesteert vanuit het materiaal dat patiënten ons aanleveren, vanzelf boven water. Op deze wijze zullen wij de idee van het

bestaan van klinisch betekenisvolle netwerken ofwel profielen van persoonlijkheidsconstructen verder toetsen.

Dames en Heren, de geschiedenis van het vak leert ons dat geen enkel paradigma absoluut is en levert hoe paradoxaal ook, een bijdrage aan de nieuwe ontwikkelingen, waarbinnen oude visies in andere vorm terugkeren. Ken uw klassieken en “look back towards the future” om met Luyten en Blatt (2007) te spreken. De dingen gaan kennelijk niet echt voorbij. In de nieuwe ontwikkelingen staan impliciete, onbewuste processen weer in de aandacht, ooit door Freud in 1901 geïntroduceerd in de psychopathologie, staan theorievorming en theoriegestuurde benaderingen weer centraal, al door Lewin in 1936 gepropageerd onder het motto *there is nothing so practical as a good theory*, komt het individu weer centraal te staan, ofwel terug naar de *dynamic organization within the individual* zoals beschreven door Allport in 1937, opnieuw komen de projectieve technieken zoals de TAT onder de aandacht, deze stammen uit de jaren 40. Dit geldt ook voor de hechtingstheorieën uit de jaren 50, de persoonlijkheidsdimensies uit de jaren 60, en de structurele diagnostiek uit de jaren 70. Een duidelijke sprong vooruit is de aandacht voor de ontwikkelingspsychopathologie en de infant research, voor sociale cognitie en de ontwikkelingen op het gebied van de neuropsychologie, de experimentele psychopathologie en de neurobiologie. Deze kennisgebieden kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van de klinische psychodiagnostiek. Veel van deze nieuwe kennisdomeinen dienen dan ook in de opleidingen, vooral de specialistische opleiding, aanwezig te zijn.

De toekomst van de psychodiagnostiek in de praktijk, opleiding en de wetenschap en daarmee de kwaliteit van de patiëntenzorg is niet gebaat bij polarisatie en strijd maar wel bij tolerantie en een open wetenschappelijke attitude ten opzichte van uiteenlopende visies en vooral bij integratie: integratie van psychodiagnostiek en behandeling, integratie van verschillende kennisdomeinen en theoretische modellen, integratie van empirisch beschrijvende en theoriegestuurde hypothesegenerende

modellen en integratie van wetenschappelijk onderzoek bij groepen en klinische waarnemingen bij individuen.

Ik zie het als een belangrijke opdracht het aandeel van de klinische psychodiagnostiek in de postmasteropleidingen en in de praktijk te behouden en stevig te verankeren en het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de psychodiagnostiek te bevorderen.

Dit is volgens mij noodzakelijk in het kader van een verantwoorde en kwalitatief hoogstaande patiëntenzorg. Ook noodzakelijk in het kader van nieuwe ontwikkelingen, waarbinnen de psychodiagnostiek heel belangrijk wordt. Zo komt in de nieuwe DSM-5 (APA, 2010), sectie persoonlijkheidsstoornissen de beoordeling van de identiteit en de kwaliteit van relaties met anderen centraal te staan, evenals de diagnostiek van onderliggende persoonlijkheidstrekken. In dat kader past ook de hernieuwde belangstelling voor het definiëren van subtypen van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Blatt & Auerbach, 1988; Leihener, Wagner, Haaf, Schmidt, Lieb, Stieglitz & Bohus, 2003; Tramantano, Javier & Colon, 2003; Bradley, Conklin & Westen, 2005; Hoerman, Clarkin, Hull & Levy, 2005; Critchfield, Clarkin, Levy & Kernberg, 2008; Digre, Reece, Johnson & Thomas, 2009,). Ook is sprake van een toenemende belangstelling voor transdiagnostische modellen van diagnostiek en van behandeling, ofwel voor het zoeken naar onderliggende gemeenschappelijke kenmerken van patiënten uit meerdere afgebakende DSM stoorniscategorieën, waarbij behandelingen zich met name zouden moeten richten op de gemeenschappelijke onderliggende mechanismen.

In behandelingsonderzoek verschuift de vraag of de ene behandeling beter werkt dan de andere naar de vraag welke behandeling het meest geschikt is voor welk type patiënt, naar de vraag waarom de ene patiënt wel en de andere niet of onvoldoende profiteert van een *evidence based* behandeling en naar de vraag via welke mechanismen behandelingen werkzaam zijn. In het kader van deze nieuwe vragen zal de diagnostiek van individuele patiëntkenmerken en stoornis onderliggende mechanismen van groot belang worden, met als doel te komen

tot interventies die beter aansluiten bij de individuele kenmerken van de patiënt om de effectiviteit van behandelingen te vergroten (Clarkin & Levy, 2004; Shedler & Westen, 2007; Luyten & Blatt, 2007; Löffler-Stastka et al., 2010).

Tenslotte vormt de klinische psychodiagnostiek een bij uitstek unieke en identiteitsbepalende bijdrage van de psychologische discipline aan de patiëntenzorg. En laat onze identiteit ons als psychologen een grote zorg zijn!

### Dankwoord

Nu ik aan het einde van mijn betoog ben gekomen, is het tijd voor een dankwoord. Allereerst wil ik mijn dank uitspreken aan de Stichting PDO-GGZ Leiden/Rotterdam, die deze bijzondere leerstoel heeft ingesteld. Mijn dank gaat ook uit naar het College van Bestuur van de Universiteit Leiden en het Bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen voor de bereidheid gastvrijheid te verlenen aan deze leerstoel. Deze leerstoel vormt een belangrijke *trait-d'union* tussen de universitaire en de postmaster opleidingen in de psychologie.

Helaas ontbreekt mij de tijd om allen met wie ik de afgelopen jaren zo fijn heb samengewerkt en nog samenwerk bij naam te noemen. Neemt u mij dat niet kwalijk, maar weet dat ik het samenwerken met u en uw steun enorm waardeer.

Toch wil ik hier enkele mensen bij naam noemen. Dank aan directeur Bas de Mol en manager Helen Michielsen van de RINO groep in Utrecht, voor jullie inzet bij het realiseren van deze leerstoel.

Dan gaat mijn grote dank uit naar prof.dr. Luyten, beste Patrick, dank voor je enorme wetenschappelijke, morele en emotionele steun vanuit je niet aflatende grote vertrouwen in mijn werk en mijn ideeën. Dank voor je bereidheid je zeer grote kennis op het gebied van de contemporaine psychodynamische theorieën te delen. Dank voor de fijne samenwerking, je grote inzet en je altijd kritisch constructieve houding.

Ook wil ik graag prof.dr. Van Son noemen, beste Maarten, we hebben jarenlang samen aan de opleidingen gebouwd, we stonden samen aan de wieg ervan en bouwden van niets tot iets,

ik dank je voor je mildheid, je humor en je wijsheid. Het was een genoegen en een voorrecht zoveel jaren met jou te mogen samenwerken.

Hooggeleerde Spinhoven, beste Philip, dank voor je grote steun, de wetenschappelijke vrijheid die je me hebt gegeven, dank voor de wijze waarop je wetenschappelijk kritisch denken paarde aan openheid. Dank voor je altijd opbouwende commentaar.

Graag wil ik ook Wim Snellen bedanken, beste Wim. Dank voor 25 jaren discussie en gedachten uitwisselen over wat we zagen bij patiënten en dat in volkomen veiligheid en wederzijds vertrouwen en respect. Dank voor je collegialiteit en voor het samen blijven staan voor wat we hebben ontwikkeld. Je bent in dit proces voor mij altijd een enorme steun geweest.

Dank ook aan mevr. Frohn-de Winter, lieve Loek, dank voor je steun bij de laatste loodjes. Jij bent door de grote diepgang en ruimheid van je denken, je sensitiviteit en je sprankelende manier van leven voor mij altijd een lichtend voorbeeld geweest. Ik wens je nog vele jaren in goede gezondheid en hoop op nog vele ontmoetingen met jou.

Dank lieve Jan en Lisa, jullie weten wel waarvoor. Veel dank voor het feit dat jij, lieve Henk, mijn enige broer, hier vandaag aanwezig kunt zijn. Je kracht is onvoorstelbaar groot.

Tenslotte, dank aan de vele jonge mensen die ik in de loop van de jaren heb ontmoet ofwel als student, ofwel als deelnemer aan de postmasteropleidingen en heel vaak in beide rollen. Ik heb genoten van jullie enthousiasme en betrokkenheid, van jullie inzet voor de kwaliteit van de zorg en vooral vond ik het mooi om jullie zo te zien groeien, recht jullie uitdagende toekomst in. Dat zijn, zo hoop ik van harte, van jonge mensen, dedingen die niet voorbijgaan.....

Ik heb gezegd.

## Literatuur

- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Clemence, A.J., Weatherill, R. & Fowler, J.C. (2001). Convergent validity of Rorschach and TAT scales of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 77, 295-306.
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological Interpretation*. New York: Holt.
- American Psychiatric Association (2010). *Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria. Section Personality Disorders*. Update May 1<sup>st</sup>, 2012. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bieling, P.J. & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Blatt, S.J. & Auerbach, J.S. (1988). Differential cognitive disturbances in three types of "borderline" patients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 198-211.
- Boonstra, N., Wunderink, L., Sytema, S.J. & Wiersma, D. (2009). Improving detection of first-episode psychosis by mental health-care services using a self-report questionnaire. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 289-295.
- Boonstra, N., Wunderink, L., Sytema, S.J. & Wiersma, D. (2008). Detection of psychosis by mental health care services; a naturalistic cohort study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 29-32.
- Bradley, R., Conklin, C.Z. & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- Clarkin, J.F. & Huprich, S.K. (2011). Do DSM-5 Personality Disorder proposals meet criteria for clinical utility? *Journal of Personality Disorders*, 25, 192-205.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Edition), pp 194-226. New York: Wiley.
- Cramer, P. (1999). Future directions for the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment*, 72, 74-92.
- Critchfield, K.L., Clarkin, J.F., Levy, K.N. & Kernberg, O. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 185-200.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A. & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
- Crits-Cristoph, P., Barber, J. & Kurcias, J. (1993). The accuracy of the therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 1, 25-35.
- Daniel M., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Derksen, J., Egger, J. & Van der Heijden, P. (2008). Van oude misverstanden en stormen die voorbijgaan. Een reactie op het misverstand door Verbraak. *Directieve Therapie*, 28, 66-74.
- Despland J.N., Roten, Y. de, Despars, J., Stigler, M. & Perry, J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 155-164.
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J., Shaffer, S.A. & Sexton, J.E. (2011). A meta-analysis of the relationship between the Rorschach Ego Impairment Index (EII) and psychiatric severity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 464-485.
- Digre, E.I., Reece, J., Johnson, A.L. & Thomas, R.E. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3, 56-67.
- Egger, J. (2012). *Ziende blind. Naar een psychologische benadering van de trade-off tussen diagnostiek en behandeling*. Inaugurele rede, uitgesproken d.d. 17 juni 2011. Venray: Vincent van Gogh.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Peen, J., Noteboom, A., Alkema, M. & Dekker, J. (2012) Differential treatment response of subtypes of patients with Borderline Personality Organiza-

- tion, as assessed with theory-driven profiles of the Dutch Short Form of the MMPI: A naturalistic follow-up study. *Journal of Personality Assessment*, 94, 380-392.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Luyten, P., Remijnsen, M. & Koelen, J.A. (2010). Association between personality organization as assessed by theory driven profiles of Dutch Short Form of MMPI and self-reported structural personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 92, 599-609.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Van Dam, A., Luyten, P., Verhulst, W., Van Tilburg, C., De Heus, P. & Koelen, J.A. (2009a). Structural personality organization as assessed with theory driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI predicts drop out and treatment response in short term cognitive behavioral group therapy for axis I disorders. *Journal of Personality Assessment*, 91, 439-452.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Luyten, P. & Snellen, W.M. (2009b). Validation of the theory driven profile interpretation of the Dutch Short form of the MMPI using the TAT Social Cognition and Objectrelations Scale (SCORS). *Journal of Personality Assessment*, 91, 155-165.
- Finn, S.E. & Tonsager, M.E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287.
- GGZ-Nederland (2010a) *Zorg op waarde geschat: Update. Sectorrapport GGZ*. Amersfoort.
- Groenier, M., Hulshof, C. & Wilhelm, P. (2010). Hoe psychologen tot een diagnose komen. *De Psycholoog*, 41, 35-41.
- Hafkenscheid, A. (2012). Subjectiviteit bij de interpretatie van het grafisch scoreverloop op monitorinstrumenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 129-134.
- Van der Heijden, P. & Derksen, J.J.L. (2011). The Personality who houses the symptom. Interview met Drew Westen. *GZ-Psychologie*, 2, 6-9.
- Hidalgo, C.A., Blumm, N., Barabasi, A-L., & Christakis, N.A. (2009). A dynamic network approach for the study of human phenotypes. *PLoS Computational Biology*, 5, 1-11.
- Hoermann, S., Clarkin, J.F., Hull, J.W. & Levy, K.N. (2005). The construct of Effortful Control: An approach to Borderline Personality Disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38, 82-86.
- Huprich, S.K. (2011). Reclaiming the value of assessing unconscious and subjective psychological experience. *Journal of Personality Assessment*, 93, 151-160.
- Huprich, S.K. & Greenberg, R.P. (2003). Advances in the assessment of object relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23, 665-698.
- Huprich, S.K. & Bornstein, R.F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of Personality Disorder assessment. *Journal of Personality Assessment*, 89, 3-15
- Huprich, S.K., Bornstein, R.F. & Schmitt, T.A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of axis II Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 25, 557-570.
- Jenkins, S.R. (2008). *A handbook of clinical scoring systems for thematic apperceptive techniques*. New York: Erlbaum/Taylor and Francis.
- De Jong, K. (2012). *A chance for change. Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. PhD Dissertation, Leiden University
- Kamphuis, J.H. (2011). *Therapeutische Psychodiagnostiek*. Inaugurele rede uitgesproken d.d. 26 november 2010, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Vossiuspers.
- Koelen, J.A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B. & Buhning, M. The impact of personality organization on treatment response: A systematic review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. In druk.
- Ter Laak, J. & De Goede, P.M. (2006). Relaties tussen theorie, model, en instrument in de psychologische diagnostiek. *Diagnostiekwijzer*, 9, 88-116.
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R. & Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with Borderline Personality Disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *The Journal of Nervous*

- and *Mental Disease*, 191, 248-254.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topographical psychology*, New York : McGraw-Hill.
- Lima, E.N., Stanley, S., Kaboski, B., Reitzel, L.R., Richey, A.J., Castro, Y., Williams, F.M., Tannenbaum, K.R., Stellrecht, N.E., Jakobsons, L.J., Wingate, L.R. & Joiner Jr., T.E.. (2005). The incremental validity of the MMPI-2: When does therapist access not enhance treatment outcome? *Psychological Assessment*, 17, 462-468.
- Löffler-Stastka, H., Blueml, V. & Boes, C. (2010). Exploration of personality factors and their predictive impact on therapy utilization: the externalizing mode of functioning. *Psychotherapy Research*, 20, 295-308.
- Luteijn, F., & Kok, A. P. (1985). *Herziene handleiding NVM*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luyten, P. & Blatt, S.J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31, 52-68.
- Luyten, P. & Blatt, S.J (2007). Looking Back Towards the Future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of Depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 70, 85-99.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn, T.W. & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165
- Miller, M.W. (2003). Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 373-393.
- Mosterman, R.M., Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Hofstee, W.K.B. (2008). Voorspellers van behandelresultaat. De samenhang tussen diagnostiek, indicatie, problemen tijdens therapie en behandelresultaat. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2, 98-118.
- Murray, H.A. (1943). *Manual for the Thematic Apperception Test*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Nisbett, R.E. & Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Peters, E.J., Hilsenroth, M.J., Eudell-Simmons, E.M., Blagys, M.D. & Handler, L. (2006). Reliability and validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in clinical use. *Psychotherapy Research*, 16, 617-626.
- Porcerelli, J.H., Shahar, G., Blatt, S.J., Ford, R.Q., Mezza, J.A. & Greenlee, L.M. (2006). Social cognition and object relations scale: Convergent validity and changes following inpatient treatment. *Personality and Individual Differences*, 41, 407-417.
- Poston, J.M. & Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203-212.
- Roefs, A., Huijding, J., Smulders, F.T.Y., MacLeod, C.M., De Jong, P.J., Wiers, R.W. & Jansen, A.T.M. (2011). Implicit measures of association in psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 137, 149-193.
- Roelofs, K. (2012). *Hersenen op de vlucht*. Inaugurele rede uitgesproken d.d. 20 januari 2012. Faculteit Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, 1117-1131.
- Shedler, J. & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41-55.
- Smith, E.R. & Miller, F.M. (1978). Limits on perception of cognitive processes: A reply to Nisbett and Wilson. *Psychological Review*, 85, 355-362.
- Tramantano, G., Javier R. A. & Colon, M. (2003). Discriminating among subgroups of borderline personality disorder : an assessment of object representations. *The American Journal of Psychoanalysis*, 63, 149-175.
- Verbraak, M. (2007). Misverstanden en mythes: Persoonlijkheidstests dragen bij tot betere resultaten van psychologische behandelingen. *Directieve Therapie*, 27, 205-207.

- Visser, S. (2007). *The future is yours! De gezondheidszorgpsycholoog op weg naar een professionele en zelfbewuste discipline*. Inaugurele rede uitgesproken d.d. 28 juni 2007, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Vossiuspers.
- Westen, D. (1985). *Social Cognition and Object Relations Scale. Original manual to use for training*. University of Michigan: Department of Psychology.
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K.R., Gold, L. & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognitions in borderlines, major depressives, and normals: a thematic apperception test analysis. *Psychological Assessment*, 2, 355-364.
- Widiger, T.A. & Lowe, J.R. (2007). Five-Factor Model assessment of personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 89, 16-29





## PROF.DR. LIESBETH EURELINGS-BONTEKOE



Prof. Dr. Liesbeth Eurelings-Bontekoe (Amsterdam, 1950), klinisch psycholoog, is vanaf februari 1979 werkzaam bij de Universiteit Leiden. Zij is hoofdopleider van de postmasterberoepsopleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog en klinisch psycholoog voor de regio Leiden/Rotterdam. In september 2011 werd zij vanwege de Stichting PDO-GGZ Leiden/Rotterdam benoemd tot bijzonder hoogleraar beroepsopleidingen tot psycholoog in de individuele gezondheidszorg. Zij is gespecialiseerd in de psychodiagnostiek, met name de persoonlijkheidsdiagnostiek. In 2007 publiceerde zij samen met prof.dr. Roel Verheul en drs. Wim Snellen het Handboek Persoonlijkheidspathologie. In 2010 bracht zij samen met Wim Snellen een geheel herziene druk van het boek Dynamische Persoonlijkheidsdiagnostiek uit, dat voor het eerst in 2003 verscheen. Haar onderzoek richt zich op de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie, op de invloed van persoonlijkheidspathologie op beloop en resultaat van behandelingen en op de rol van persoonlijkheidspathologie als kwetsbaarheidsfactor voor het ontwikkelen van psychopathologie. Zij werkt daarnaast een dag per week als psychodiagnosticus/ supervisor bij het Psychodiagnostisch Centrum van Arkin GGZ te Amsterdam.

Eurelings-Bontekoe geeft in haar oratie haar visie op psychodiagnostiek die is gebaseerd op een integratie van drie onlosmakelijke bronnen van kennis: klinische praktijk, wetenschap en theorie. Zij beargumenteert, mede op basis van resultaten van eigen onderzoek, dat psychodiagnostiek multimethodisch, theoriegestuurd en contextueel dient te zijn, en waarschuwt in dat kader voor de risico's van het uitsluitend werken met zelfrapportage instrumenten zonder toepassing van theorie en context, o.a. in het kader van Routine Outcome Monitoring. Psychodiagnostiek is in haar visie niet alleen beschrijvend, maar ook verklarend en zowel hypothesegenererend als hypothesetoetsend. Daarnaast ziet zij de psychodiagnostiek vooral als een proces. In dat kader pleit ze voor een betere integratie dan nu het geval is tussen psychodiagnostiek en behandeling. Ook pleit zij in dat kader voor het stapsgewijze inzetten van de psychodiagnostiek, en wel zodanig dat onderliggende pathogene mechanismen en comorbiditeit bij intake niet worden gemist. Zij geeft aan dat de psychodiagnostiek in de praktijk vaak te laat wordt ingezet, pas op het moment dat behandelingen zijn vastgelopen.

Het domein van de psychodiagnostiek heeft binnen de postmasteropleidingen een even groot aandeel als dat van de behandeling. Eurelings-Bontekoe beargumenteert waarom het aandeel psychodiagnostiek in de postmasteropleidingen behouden dient te worden en wijst daarbij allereerst op het belang van de psychodiagnostiek voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Daarnaast zal de klinische psychodiagnostiek gebaat zijn bij de opleiding van professionals die als scientist/practitioners wetenschappelijke kennis en vaardigheden weten toe te passen in de praktijk en vanuit de praktijk vragen voor wetenschappelijk onderzoek weten te genereren en die op basis van onderzoek ook een bijdrage kunnen leveren aan innovatie. Tenslotte vormt de klinische psychodiagnostiek een bij uitstek unieke en identiteitsbepalende bijdrage van de psychologische discipline aan de patiëntenzorg.

