

De Nederlandstalige vernieuwde en verkorte versie van de MMPI-2, de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form: een geheel nieuwe test of niet?

*Mercedes De Weerd, Paul Van der Heijden,
Priska Steenhaut, Gina Rossi*

SAMENVATTING

De Amerikaanse auteurs zien de MMPI-2-RF als een geheel nieuwe test. De items komen uit de MMPI-2-itempool en zijn dus niet vernieuwd. We zijn het echter eens dat het wel degelijk om een nieuwe test gaat. De MMPI-2-RF-schalen hebben maar een beperkte relatie met de MMPI-2-schalen. De hogere-ordefactoren sluiten nauw aan bij dimensionale modellen van de persoonlijkheid. De geherstructureerde klinische schalen zijn unidimensionaal opgebouwd om klinische kerncomponenten te meten. In combinatie kunnen ze een klinisch syndroom omschrijven en aangevuld worden met informatie uit specifieke probleemschalen, interesseschalen en de herziene Personality Psychopathology Five (PSY-5)-schalen. Het PSY-5-model is conceptueel gelijkaardig aan de pathologische persoonlijkheidsdomeinen voorgesteld in het alternatieve dimensionale trekkenmodel voor persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5. Een casus ondersteunt de stelling dat de geherstructureerde klinische schalen (RC-schalen) mogelijk meer predictief zijn voor externaliserend gedrag, maar dat internaliserend gedrag evengoed gemeten wordt door de oude klinische als door de nieuwe RC-schalen. Aan de clinicus om verder op verkenning te gaan met beide vormen!

Inleiding

De MMPI-2-RF is al sinds 2008 in de Verenigde Staten beschikbaar (Ben-Porath & Tellegen, 2008). Op 1 november 2013 werd in Nijmegen de Nederlandstalige versie van de MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF; Van der Heijden, Derksen et al., 2013) geïntroduceerd. Hoewel het voor veel klinici nog onduidelijk is of de MMPI-2-RF een volledig nieuwe test is, en wat de overeenkomsten en verschillen met de MMPI-2 zijn, werd de MMPI-2-RF nadrukkelijk niet geïntroduceerd als verkorte versie of ter vervanging van de MMPI-2. Hij wordt beschouwd als een geheel nieuwe test die naast de MMPI-2 zal komen te staan. De

items komen uit de MMPI-2-itempool, maar de schalen differentiëren de RF duidelijk van de MMPI-2 (zie bijlage voor een overzicht van alle MMPI-2-RF-schalen). In dit artikel wordt eerst een beeld geschetst van de nieuwe RF. Er wordt een overzicht gegeven van alle RF-schalen, waarna een bespreking van de psychometrische eigenschappen volgt. Aan de hand van een casus wordt duidelijk gemaakt wat de unieke aspecten van beide tests zijn bij toepassing in de praktijk.

De geherstructureerde klinische (RC) schalen als kern

De introductie van de ‘Restructured Clinical scales’ (geherstructureerde klinische schalen, RC-schalen; Tellegen et al., 2003), ontwikkeld om een aantal beperkingen van de MMPI-2 klinische hoofdschalen het hoofd te bieden, vormt de kern van de MMPI-2-RF. Deze tekortkomingen waren een direct gevolg van de empirische criteriummethode (Hathaway & McKinley, 1943) waarop de MMPI-2 werd geconstrueerd. De toewijzing van items aan schalen geschiedde louter op basis van statistiek, ongeacht de inhoud van de items en ongeacht of de items ook al voor een andere schaal geselecteerd waren. Die manier van werken resulteerde dan ook in een grote mate van itemoverlap (bijvoorbeeld: 62 van de in totaal 78 items van Schaal 8 (Schizofrenie [Sc]) overlappen met andere klinische schalen) en een gemeenschappelijke variantie in de klinische hoofdschalen (Helmes & Reddon, 1993). Dat leidde tot hoge correlaties tussen de klinische schalen (in casu $r > 0,50$; Greene, 2000). Verder resulteerde de empirische werkwijze van Hathaway en McKinley (1943) in heterogeniteit binnen de klinische schalen (Binford & Liljequist, 2008; Sellbom, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, & Graham, 2006; Wygant & Fleming, 2008). Schaal 3 (Hysterie [Hy]) is het meest treffende voorbeeld van een klinische schaal met een heterogene inhoud. Die schaal bevat items die de volgende inhoud weergeven: demoralisatie, lichamelijke klachten, ontkenning van sociale angst of verlegenheid, ontkenning van agressieve impulsen, naïviteit. Een aantal van die factoren heeft onderling zelfs een negatieve correlatie. De zuiver empirische werkwijze had ten slotte nog als nadeel dat er geen theoretisch kader beschikbaar was voor de interpretatie van de klinische schalen (Tellegen et al., 2003).

De RC-schalen werden in vier stappen ontwikkeld. Als eerste werd de gemeenschappelijke variantie in de klinische schalen geïdentificeerd. Die gemeenschappelijke factor (ook wel ‘general distress’ genoemd) werd op basis van Watson en Tellegens (1985) ‘hierarchical theory of mood and affect’ gelabeld als ‘Demoralisatie’. Die factor bevatte vooral items uit de klinische schalen 2 (Depressie [D]) en 7 (Psychastenie [Pt]). In de tweede stap werd de kerncomponent voor elke klinische schaal geïdentificeerd. Dat gebeurde door de demoralisatie-items toe te voegen aan iedere klinische schaal afzonderlijk en vervolgens een factoranalyse uit te voeren. De demoralisatie-gerelateerde items van elke klinische schaal vormden zo samen met de toegevoegde demoralisatie-items een demoralisatiefactor; de overgebleven items vormden de kern van de betreffende klinische schaal. In de derde stap werd voor iedere klinische schaal op basis van deze kernitems een nieuwe schaal geconstrueerd. Ten slotte werden nog andere items (ook van buiten de klinische schalen) aan deze ‘kernschalen’ toegevoegd om de interne consistentie en stabiliteit van de schalen te verbeteren. Itemoverlap tussen de RC-schalen werd niet toegestaan. Deze procedure resulteerde in negen RC-

schalen; de klinische schalen 5 (Mannelijkheid/vrouwelijkheid [Mf]) en 0 (Sociale Introversie [Si]) werden niet geherstructureerd omdat ze geen psychopathologie meten.

De overige MMPI-2-RF-schalen

De methode die gebruikt werd om de RC-schalen te ontwikkelen, werd grotendeels opnieuw herhaald bij de ontwikkeling van de overige schalen van de MMPI-2-RF. Met behulp van factoranalyse van de RC-schalen werden drie hogere-ordefactoren geïdentificeerd die respectievelijk emotionele problematiek, denkstoornissen en gedragsstoornissen omschrijven. Op basis van die factoren werden de drie ‘Hogere Orde (H-O)’-schalen gemaakt. De eerste schaal ‘Emotioneel/Internaliserend Disfunctioneren (EID)’ is gebaseerd op items uit de schaal RCd (Demoralisatie), RC2 (Lage Positieve Emoties) en RC7 (Disfunctionele Negatieve Emoties). De tweede schaal ‘Cognitief Disfunctioneren (THD)’ wordt gedefinieerd door hoge ladingen voor RC6 (Betrekkingsideeën) en RC8 (Afwijkende Ervaringen). De laatste schaal ‘Gedragsstoornissen/Externaliserend Disfunctioneren (BXD)’ wordt gekarakteriseerd door hoge ladingen voor RC4 (Antisociaal Gedrag) en RC9 (Hypomane Activering). Deze drie H-O-schalen corresponderen met de traditionele MMPI-codetypes 27/72, 68/86 en 49/94.

De ‘Specifieke Problemen (SP)’-schalen en interesseschalen zijn gelijkaardig aan de inhoudsschalen van de MMPI-2 met dit verschil dat de SP-schalen veel minder items bevatten. Het is een set onafhankelijke schalen waarvan een aantal kan worden gezien als facetten (of subschalen) van de RC-schalen. Op basis van hun inhoud en correlaties met de H-O-schalen werden deze SP-schalen onderverdeeld in vier domeinen: Somatisch/cognitieve klachten, Internaliserende moeilijkheden, Externaliserende gedragsproblemen en Interpersoonlijk functioneren. De SP-schalen meten domeinen die wel klinisch relevant zijn, maar die niet door de RC-schalen gemeten worden, zoals onder andere een aantal specifieke aspecten van interpersoonlijk functioneren. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat iemand met een verhoogde score op RC2 (Lage Positieve Emoties) eerder sociaal teruggetrokken is, of is het mogelijk dat een persoon met een hoge RC6-score (Betrekkingsideeën) interpersoonlijke moeilijkheden ervaart vanwege vervolgingsovertuiging; maar bij vijf SP-schalen (Familiale Problemen (FML), Interpersoonlijke Passiviteit (IPP), Sociale Vermijding (SAV), Verlegenheid (SHY) en Distantiëring (DSF)) ligt de focus volledig op het interpersoonlijk functioneren (Tellegen & Ben-Porath, 2008).

Daarnaast zijn er nog twee interesseschalen, namelijk Esthetische/Literaire Interesse (AES) en Mechanische/Fysieke Interesse (MEC) opgenomen in de MMPI-2-RF. Beide zijn afgeleid van de klinische schaal 5 (Mf).

De H-O-schalen, RC-schalen en SP-schalen vormen op die manier een hiërarchische structuur. De H-O-schalen zou men kunnen interpreteren naar analogie van de brede Factor Index Scores uit de WAIS-III (Wechsler, 1997). Die schalen geven een globale indicatie van het emotionele, cognitieve en gedragsmatige functioneren van een individu. Wanneer er geen verhogingen zichtbaar zijn op die schalen, dan betekent dat niet dat er geen problemen zijn binnen dat domein. Men kan daarvoor de onderliggende ‘smallere’ domeinen raadplegen in de vorm van de RC-schalen en de nog specifiekere SP-schalen (Ben-Porath & Tellegen, 2008).

Verder werden de ‘Personality Psychopathology Five (PSY-5)’-schalen die al deel uitmaakten van de MMPI-2, herzien en opgenomen in de MMPI-2-RF. De oorspronkelijke PSY-5-schalen werden in 1995 ontwikkeld door Harkness, McNulty en Ben-Porath om de vijf domeinen (Agressiviteit, Psychoticisme, Ontremming, Negatieve Emotionaliteit/Neuroticisme en Introversie/Lage Positieve Emotionaliteit) van het dimensionale model van persoonlijkheids-pathologie van Harkness en McNulty (1994) te meten. Hoewel het model al redelijk oud is, is het momenteel zeer actueel dankzij de sterke gelijkens met het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen in sectie III van de DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013). In vergelijking met de originele PSY-5-schalen kent de PSY-5-r enkele verbeteringen, zoals in sommige gevallen lagere intercorrelaties en een vergelijkbare tot verbeterde externe validiteit (Harkness & McNulty, 2007). Vanwege het lagere aantal items zijn er bij de PSY-5-r evenwel geen facetschalen meer opgenomen.

Validiteitsschalen

In totaal telt de MMPI-2-RF acht validiteitsschalen die kunnen worden ondergebracht in drie categorieën: inconsistente antwoorden, overrapportering en onderrapportering. Inconsistente antwoorden, zoals random of vaste antwoorden, worden gemeten met behulp van respectievelijk de VRIN-r-schaal (Ongerichte Antwoordinconsistentie, herzien) en TRIN-r-schaal (Gerichte Antwoordinconsistentie, herzien). Onderzoek naar de herziene versies van de VRIN en de TRIN toonde aan dat de psychometrische eigenschappen van beide schalen even sterk zijn als die van de originele versies (Handel, Ben-Porath, Tellegen, & Archer, 2010).

De vier indicatoren voor overrapporteren van psychologische, somatische en cognitieve symptomen zijn de schalen F-r (Laag frequentie-schaal, herzien), Fp-r (F psychopathologie, herzien), Fs (Infrequent antwoordpatroon somatiek) en FBS-r (Ongeloofwaardige somatische en cognitieve klachten, herzien). De enige nieuwe validiteitsschaal is de Fs-schaal, die ontwikkeld werd om het overrapporteren van somatische klachten te detecteren. Die schaal bestaat uit items die door patiënten in een algemeen ziekenhuis zelden bevestigend beantwoord worden. De FBS-schaal of ‘Fake Bad Scale’ is eveneens nieuw voor de Nederlandstalige versie. Die schaal wordt als een herziene schaal weergegeven omdat die in 2008 al beschikbaar was voor de Amerikaanse MMPI-2. De FBS-r-schaal is vooral nuttig voor de identificatie van overrapportering van cognitieve en somatische symptomen, zoals bij rechtszaken in verband met persoonlijk letsel (Nelson, Hoelzle, Sweet, Arbis, & Demakis, 2010; Nelson, Sweet, & Demakis, 2006).

De schalen L-r (Ongebruikelijke deugden) en K-r (Ongebruikelijk hoog niveau van psychologische aanpassing) zijn gevoelig voor onderrapportering. Verhogingen op die schalen komen vaker voor in de wervings- en selectiepraktijk (Tellegen & Ben-Porath, 2008). Bij de MMPI-2-RF wordt de K-correctie overigens niet meer toegepast omdat uit diverse studies is gebleken dat de voor K gecorrigeerde scores op de klinische schalen minder valide zijn dan ongecorrigeerde scores (onder andere Barthlow, Graham, Ben-Porath, Tellegen, & McNulty, 2002; Colby, 1989).

Nieuwe normen

De normen van de Nederlandstalige MMPI-2 (Derksen, De Mey, Sloore, & Hellenbosch, 1993) zijn ongeveer twintig jaar oud. Om de normen te actualiseren werd eind 2012 een nieuwe normgroep samengesteld. Voor details over de werving van de normgroep verwijzen we naar de Nederlandstalige handleiding (Van der Heijden, Derksen et al., 2013).

Bij de verzameling van de normgegevens werd gebruik gemaakt van computerafname van de MMPI-2 en hieruit werden vervolgens de MMPI-2-RF-scores berekend. Er werden in eerste instantie gegevens verzameld van 2.287 respondenten. Op basis van een aantal exclusiecriteria (in casu TRIN-r, VRIN-r of L-r-score groter dan 80; afnameduur minder dan 25 minuten en meer dan twee keer inloggen) werden 137 respondenten uitgesloten. De uiteindelijke normgroep bestaat uit 2.150 respondenten, waarvan 1.121 mannen en 1.029 vrouwen. Die nieuwe normgroep is al beschikbaar voor de MMPI-2-RF. Later dit jaar zal ook de MMPI-2-scoring gebaseerd worden op die nieuwe normgroep.

In de Amerikaanse versie van de MMPI-2-RF zijn geen seksespecifieke normen meer beschikbaar. Dat heeft met discriminatiewetgeving te maken en het gebruik van de MMPI-2 en MMPI-2-RF in de wervings- en selectiepraktijk. In het Nederlandse scoringsprogramma bestaat de keuzemogelijkheid om de scores van de patiënt te vergelijken met alleen de mannen, alleen de vrouwen, of de totale normgroep. Er zijn in de MMPI-2-RF geen schalen aanwezig die seksespecifiek gescoord dienen te worden, zoals Schaal 5 (Mf) in de MMPI-2.

[Tabel 1] Verschillen in ruwe scores tussen de normgroep van 1993 en de normgroep van 2012.

	1993 (N = 1244)		2012 (N = 2150)		T	p.	d
	M	SD	M	SD			
F-r	2,17	2,42	1,91	2,26	3,15	< 0,01	0,11
Fp-r	1,20	1,32	1,13	1,29	1,51	0,13	0,05
Fs	1,30	1,43	1,27	1,31	0,62	0,53	0,02
FBS-r	8,16	3,40	8,07	3,30	0,76	0,45	0,03
L-r	4,72	2,26	5,06	2,37	- 4,10	< 0,01	- 0,15
K-r	7,39	2,54	7,93	2,56	- 5,94	< 0,01	- 0,22
EID	10,16	6,07	9,48	6,46	3,02	< 0,01	0,11
THD	1,96	2,10	1,99	2,04	- 0,41	0,68	0,01
BXD	4,40	3,06	3,54	2,59	8,71	< 0,01	0,30
RCd	4,13	4,37	3,73	4,54	2,51	0,01	0,09
RC1	4,71	3,76	4,49	3,55	1,70	0,09	0,06
RC2	5,34	2,63	5,58	2,90	- 2,40	0,02	0,09
RC3	6,55	3,23	6,36	3,26	1,64	0,10	0,06
RC4	3,10	2,65	2,60	2,34	5,71	< 0,01	0,20
RC6	1,43	1,50	1,42	1,47	0,19	0,85	0,01
RC7	5,22	3,82	4,71	3,78	3,77	< 0,01	0,13
RC8	1,70	1,98	1,73	1,91	- 0,44	0,66	- 0,02
RC9	9,85	4,27	8,72	4,23	7,47	< 0,01	0,27

Om te achterhalen of er relevante verschillen zijn in beide normgroepen hebben we de ruwe scores voor de H-O-schalen en alle RC-schalen berekend voor beide normgroepen (tabel 1). Alleen BXD, RC4 en RC9 laten relevante verschillen zien (in casu minimaal een kleine effectgrootte, oftewel Cohen's $d \geq 0,20$; Cohen, 1992). In 1993 scoorde de Nederlandse normgroep gemiddeld iets hoger op BXD, RC4 en RC9. Omdat de RC-schalen relatief smal zijn en ernstige psychopathologie meten, zijn grote verschillen tussen de beide normgroepen op die schalen ook niet te verwachten. Verder hebben we ook gekeken naar de verschillen voor de beide normgroepen op de validiteitsschalen (in casu F-r, Fp-r, Fs, FBS-r, L-r en K-r). Hierbij werd alleen een relevant (in casu minimaal klein) effect gevonden voor K-r. In 2012 werd iets hoger op K gescoord dan in 1993.

Psychometrische eigenschappen van de Nederlandstalige MMPI-2-RF

De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de H-O-schalen en RC-schalen zijn over het algemeen voldoende tot goed (in casu $> 0,70$; Nunnally, 1978; Streiner, 2003; Van der Heijden, Egger, & Derksen, 2008; 2010). Cronbachs alfa's voor de RC-schalen (Mean $\alpha = 0,71$ in de normale populatie en Mean $\alpha = 0,80$ in de klinische groep) zijn bij benadering gelijk aan die voor de klinische schalen (Mean $\alpha = 0,66$ in een normale populatie en Mean $\alpha = 0,76$ in de klinische groep), test-hertestcoëfficiënten zijn over het algemeen iets beter voor de RC-schalen (Mean $r = 0,78$) dan voor de corresponderende klinische schalen (Mean $r = 0,72$) (Van der Heijden et al., 2008, 2010). De betrouwbaarheid van sommige SP-schalen is in 'gezonde' of 'normale' steekproeven te laag. Bijvoorbeeld: Van der Heijden et al. (2010) vonden een Cronbachs alfa van 0,50 voor de SUI-schaal (Suïcidale Ideatie) in een steekproef met psychologiestudenten. Diezelfde schaal laat een test-hertestbetrouwbaarheid van $r = 0,24$ zien in de herteststeekproef van de Nederlandse normgroep (Derksen et al., 1993; Van der Heijden et al., 2010). Die lage waarden zijn een direct gevolg van het geringe aantal items van die schaal (SUI heeft vijf items) en het feit dat er in gezonde steekproeven heel weinig variatie is in de scores op die schalen. In klinische steekproeven laten die schalen doorgaans betere betrouwbaarheden zien (Tellegen & Ben-Porath, 2008). Bovendien zijn de standaardmeetfouten voor die schalen aanvaardbaar (in casu 0,21 (SUI) tot 2,31 (EID); Van der Heijden et al., 2010).

Factoranalyse van de RC-schalen in enkele Nederlands-Vlaamse klinische steekproeven bevestigde de voorgestelde factorstructuur met drie hogere-ordefactoren (in casu internaliserend, externaliserend en psychotisch; Van der Heijden, Egger, Rossi, & Derksen, 2012). Daarmee laten de RC-schalen een veel duidelijkere structuur zien dan de klinische schalen.

De constructvaliditeit van de MMPI-2-RF-schalen werd in verschillende Nederlands-Vlaamse klinische steekproeven bestudeerd (in casu opgenomen psychiatrische patiënten, ambulante patiënten, verslaafden, gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten). De validiteit van de MMPI-2-RF werd bovendien onderzocht in relatie tot verschillende modellen van persoonlijkheid en psychopathologie, zoals The Temperament and Character Inventory (TCI; Cloniger, Przybeck, Svrakic, & Wetzell, 1994), The NEO-Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III; Millon,

Millon, Davis, & Grossman, 2009) en *The Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV), Axis I and Axis II Disorders (SCID I & II; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1995)*. Al die studies laten zeer goede resultaten zien voor de constructvaliditeit van de MMPI-2-RF-schalen (zie bijvoorbeeld Van der Heijden, Egger, Rossi, Grundel, & Derksen, 2013; Van der Heijden, Egger, Rossi, Van der Veld, & Derksen, 2013; Van der Heijden, Rossi, Van der Veld, Derksen, & Egger, 2013).

Uit die onderzoeken blijkt dat de RC-schalen die externaliserend gedrag en psychotische symptomen meten, een iets sterkere convergente en divergente validiteit hebben dan de klinische hoofdschalen. Zo zijn onder andere RC4, RC6 en RC8 minder verzadigd van depressiegerelateerde items waardoor ze een betere divergente validiteit hebben in relatie tot depressiegerelateerde stoornissen. Dat kon echter niet vastgesteld worden voor RC-schalen die internaliserende pathologie meten. Die RC-schalen zijn in vergelijking met de klinische hoofdschalen niet beter in het beoordelen van internaliserende stoornissen. De SP-schalen vertonen op hun beurt betekenisvolle relaties met de DSM-IV-classificaties (APA, 1994). Verder blijkt dat vooral de relaties tussen de MMPI-2-RF en de SCID-I en SCID-II grotendeels overeenkomen met de bevindingen van vergelijkbaar onderzoek in de Verenigde Staten (Simms, Casillas, Clark, Watson, & Doebbeling, 2005). Dat geeft een eerste indicatie voor de generaliseerbaarheid van Amerikaanse resultaten naar de Nederlandstalige versie van de MMPI-2-RF.

Casus: de interpretatie van de MMPI-2 versus de MMPI-2-RF

Een 21-jarige man meldt zich aan bij een gespecialiseerde instelling voor geestelijke gezondheidszorg voor behandeling van ernstige psychische klachten, waaronder dwangklachten, panieklachten, een sombere stemming, anhedonie, verminderde eetlust, doodsgedachten, concentratieproblemen, piekeren en wantrouwen. Hij heeft nooit eerder hulp gezocht omdat hij dat als zwakte beschouwt. Hij is vastgelopen op diverse terreinen in zijn leven waaronder zijn studie en contacten met leeftijdgenoten. Om die reden voelt hij zich nu genoodzaakt om hulp te vragen.

De patiënt is opgegroeid als enig kind in een gezin met vader en moeder. Hij was een gevoelig kind, creatief, intelligent en op zichzelf gericht. Zijn ouders waren beiden erg kritisch naar hem en konden hem niet altijd de steun geven die hij nodig had. De patiënt heeft zich daardoor niet evenwichtig kunnen ontwikkelen; hij heeft niet geleerd om met emoties om te gaan en ontwikkelde geen zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde.

Contacten met andere mensen zijn voor hem erg moeilijk. Hij is wantrouwend naar anderen en erg gevoelig voor afwijzing. Hij relateert dat zelf aan zijn pestverleden. Om het pesten te kunnen verdragen ontwikkelde hij een superioriteitsgevoel, dat gepaard ging met een zeer streng geweten, morele verhevenheid en een achterdochtige kijk op de wereld. Hij heeft volgens eigen zeggen een intern systeem ontwikkeld met strenge regels die zijn leven richting geven. Die regels maken gelijkwaardig contact met anderen bijna onmogelijk en 'het systeem' staat gevoelens van boosheid en het hebben van seksuele verlangens niet toe.

Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een autistiforme problematiek. De angstige aanleg van de patiënt, de problemen in zijn vroegkinderlijke ontwikkeling en de persistente en onwrikbare aard van zijn persoonlijkheid vertonen uiterlijk veel gelijkenis met aan autisme verwante problematiek. Maar na uitvoerig diagnostisch onderzoek werd op grond van de problematische hechting, zijn inlevingsvermogen en de afwezigheid van stereotiep en repetitief gedrag geconcludeerd dat er primair sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. De DSM-IV-classificatie is weergegeven in tabel 2.

[Tabel 2] Resultaten SCID I en II.

As I:	V61.20	Ouder-kindrelatieprobleem
	300.30	Obsessieve-compulsieve stoornis
	300.40	Dysthyme stoornis
As-II:	301.82	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis Paranoïde kenmerken
As III:	69290	Dermatitis of eczeem nao
As IV:	01	Problemen binnen de primaire steungroep
As V:		GAF-score H: 45

NB: De classificatie op As I 'Obsessieve-compulsieve stoornis' wordt beschouwd als hoofddiagnose.

MMPI-2-interpretatie (klinische hoofdschalen)

Uit de validiteitsschalen (zie tabel 3) blijkt dat de test op een consistente wijze is ingevuld. Duidelijk wordt dat er sprake is van een uitzonderlijk antwoordpatroon. Dat betekent dat de patiënt veel meer klachten rapporteert dan de mensen in de normgroep. Een dergelijk antwoordpatroon kan het gevolg zijn van overrapportering of extreme emotionele spanningen. Aangezien de Fp-schaal redelijk dicht bij het gemiddelde ligt, is het niet waarschijnlijk dat er sprake is van (bewuste) aggraviatie van problemen op de klinische schalen. De Fb-schaal is hoger dan 110 waardoor de inhoudsschalen niet geïnterpreteerd kunnen worden. Op de voor K gecorrigeerde scores op de klinische schalen (zie tabel 4) zien we extreme verhogingen op Schaal 2 (D) en Schaal 7 (Pt). Een dergelijk profiel verwijst naar extreme angst, piekeren, vermoeidheid, depressie, snel uit balans zijn. Vaak is er sprake van somatische klachten. De persoonlijkheid wordt gekenmerkt door een grote stressgevoeligheid, een passief/afhankelijke houding. Mensen met een dergelijk profiel zijn vaak onzeker, zelfbestraffend, perfectionistisch en moralistisch. De forse verhogingen op de overige klinische schalen laten zien dat er sprake is van achterdocht en ernstige gevoeligheid in het contact met anderen. Voorts is er sprake van gevoelens van sociale vervreemding en zelfvervreemding. Schaal 4 (Pd) is vooral verhoogd vanwege die gevoelens van vervreemding en in mindere mate door ervaren familiale onenigheid. De hoge score op Schaal 8 (Sc) verwijst naar verlies van rationele controle, zoals niet kunnen stoppen met piekeren en het denken niet goed kunnen richten: gedachten komen en gaan zo snel dat hij het niet kan bijhouden. Hij beschouwt zichzelf als zeer introvert. Op grond van de verhogingen op de klinische schalen kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een zwakke psychische structuur en een geringe stressbestendigheid.

[Tabel 3] T-scores van de validiteitsschalen MMPI-2.

Schaal		T-score
?	Opengelaten items	0
L	Leugenschaal	42
F	Laag frequentieschaal	76
K	Correctieschaal	46
TRIN	Gerichte antwoordinconsistentie	52T
VRIN	Ongerichte antwoordinconsistentie	47
Fb	F voor tweede deel itemset	113
Fp	F psychopathologie	56
S	Superlatieve zelfpresentatie	38

[Tabel 4] T-scores van de klinische hoofdschalen MMPI-2.

Schaal		T-score
1 – Hs	(Hypochondrie)	77
2 – D	(Depressie)	96
3 – Hy	(Hysterie)	63
4 – Pd	(Psychopathische deviatie)	76
5 – Mf	(Mannelijkheid/Vrouwelijkheid)	53
6 – Pa	(Paranoia)	75
7 – Pt	(Psychastenie)	91
8 – Sc	(Schizofrenie)	77
9 – Ma	(Hypomanie)	37
0 – Si	(Sociale introversie)	86

MMPI-2-RF-interpretatie van de H-O-schalen en RC-schalen

Op de validiteitsschalen van de MMPI-2-RF (zie tabel 5) komt een vergelijkbaar beeld naar voren als op de MMPI-2. Er is geen sprake van inconsistentie, wel zijn er aanwijzingen voor overrapportering van psychologische disfuncties: de F-score van 102 wijst mogelijk in de richting van een invalide protocol (Invalide profiel wanneer F-schaal een T-score ≥ 120 heeft). Er is vooral sprake van een uitzonderlijke (infrequent antwoordpatroon) en mogelijk ongeloofwaardige rapportering van somatische klachten (Fs- en FBS-schalen). Omdat er voor de patiënt geen winst valt te halen uit overrapportering, omdat hij in een ernstige malaise verkeert en vanwege zijn negatieve lichaamsbeleving wordt aangenomen dat de patiënt die klachten werkelijk zo ervaart.

De H-O-schalen (zie tabel 6) laten zien dat de patiënt kampt met een ernstige internaliserende problematiek. Wanneer we de internaliserende problematiek vervolgens verder differentiëren, blijkt dat er sprake is van zeer ernstige demoralisatie, anhedonie en negatieve affectiviteit. Naast die internaliserende problematiek is er ook een verhoogd wantrouwen zichtbaar, in de vorm van (zelfreferentiële) betrekkingsideeën.

[Tabel 5] T-scores van de validiteitsschalen MMPI-2-RF.

Schaal		T-score
?	Opengelaten items	0
VRIN-r	Ongerichte antwoordinconsistentie	65
TRIN-r	Gerichte antwoordinconsistentie	58F
F-r	Laag frequentieschaal	102
Fp-r	F psychopathologie	62
Fs	Infrequent antwoordpatroon somatiek	95
FBS-r	Ongeloofwaardige somatische en cognitieve klachten	88
L-r	Ongebruikelijke deugden	41
K-r	Ongebruikelijk hoog niveau van psychologische aanpassing	34

[Tabel 6] T-scores van de H-O- en RC-schalen MMPI-2-RF.

Schaal		T-score
EID	Emotioneel/Internaliserend Disfunctioneren	83
THD	Gedragsstoornissen/Externaliserend Disfunctioneren	60
BXD	Cognitief Disfunctioneren/Gedachtedisfunctie	33
RCd	Demoralisatie	86
RC1	Somatische Klachten	71
RC2	Lage Positieve Emoties	77
RC3	Cynisme	51
RC4	Antisociaal Gedrag	52
RC6	Betrekkingsideeën	71
RC7	Disfunctionele Negatieve Emoties	80
RC8	Afwijkende Ervaringen	58
RC9	Hypomane Activering	42

Inspectie van de schalen voor specifieke problemen (zie tabel 7) laat zien dat de demoralisatie tot uiting komt in suïcidale ideaties, hulpeloosheid, zelftwijfel en gevoelens van incompetentie. Negatieve emoties bestaan vooral uit angst, stress/bezorgdheid en geneigdheid tot woede. Het interpersoonlijk functioneren wordt beperkt door verlegenheid en sociale vermijding. De lichamelijke klachten die zichtbaar zijn in de validiteitsschalen, betreffen vooral een geheel gevoel van malaise en ervaren maag-darmklachten.

De uitslagen op de PSY-5-r-schalen (zie tabel 8) bevestigen de grote mate van internaliserende problematiek in combinatie met pathologische introversie en enkele schizotypische kenmerken/psychoticisme.

[T a b e l 7] T-scores van de MMPI-2-RF-schalen voor specifieke problemen.

Schalen voor specifieke problemen		T-score
<i>Somatisch</i>		
MLS	Malaise	82
GIC	Maag- en darmklachten	101
HPC	Hoofdpijnklachten	42
NUC	Neurologische klachten	61
COG	Cognitieve klachten	66
<i>Internaliserend</i>		
SUI	Suïcidale ideatie	100
HLP	Hulpeloosheid/hopeloosheid	85
SFD	Zelftwijfel	81
NFC	Incompetentie	73
STW	Stress/bezorgdheid	79
AXY	Angst	100
ANP	Geneigdheid tot woede	77
BRF	Gedragsbeperkende angsten	72
MSF	Diverse concrete angsten	54
<i>Externaliserend</i>		
JCP	Gedragsproblemen in jeugd	42
SUB	Middelenmisbruik	43
AGG	Agressie	48
ACT	Activatie	34
<i>Interpersoonlijk</i>		
FML	Familiale problemen	63
IPP	Interpersoonlijke passiviteit	56
SAV	Sociale vermijding	77
SHY	Verlegenheid	76
DSF	Distantiëring	54

[T a b e l 8] T-scores van de PSY-5-r-schalen van de MMPI-2-RF.

Schaal		T-score
AGGR-r	Agressiviteit, herzien	42
PSYCH-r	Psychoticisme, herzien	66
DISC-r	Ontremming, herzien	38
NEGE-r	Negatieve Emotionaliteit/Neuroticisme, herzien	79
INTR-r	Introversie/Lage Positieve Emotionaliteit, herzien	76

Besluit casus

Tellegen et al. (2003) hebben laten zien dat de RC-schalen vooral superieur zijn ten opzichte van de klinische standaardschalen in de voorspelling van maten voor externaliserend gedrag (bijvoorbeeld: antisociaal en agressief gedrag) en psychotische kenmerken. Toch laat onderhavige casus zien dat ook bij zeer ernstige internaliserende problematiek het diagnostisch

beeld op basis van de MMPI-2-RF minstens even duidelijk is als op basis van de klinische schalen van de MMPI-2. Vooral de hoge scores op de klinische schalen 4 en 8 van die laatste, die beide een aantal depressiegerelateerde items bevatten, kunnen een onervaren diagnosticus op een verkeerd spoor zetten; de RC-schalen bieden hier meer duidelijkheid.

MMPI-2 of MMPI-2-RF?

Voor de MMPI-2-RF werden 338 items uit de originele MMPI-2-itempool geselecteerd. Een voordeel daarvan is dat wanneer de volledige MMPI-2 afgenomen wordt, ook de MMPI-2-RF-scores berekend kunnen worden. Onderzoek heeft aangetoond dat MMPI-2-RF-scores verkregen op basis van de MMPI-2-vragenlijst of scores verkregen door afname van de 338 items van de MMPI-2-RF, vergelijkbare resultaten opleveren (Tellegen & Ben-Porath, 2008; Van der Heijden et al., 2010). Het nadeel van het gebruik van die items is dat ze sinds de herziening van de MMPI in de jaren tachtig van de twintigste eeuw niet meer aangepast werden. Zo zijn er geen items terug te vinden over multimedia of moderne technologie, maar wel nog steeds verouderde items als ‘Ik repareer graag een deurklink’ (item 259).

De MMPI-2-RF heeft een aantal duidelijke voordelen ten opzichte van de MMPI-2. In de eerste plaats is de MMPI-2-RF veel korter dan de MMPI-2 (338 tegen 567 items). In populaties waar de lange afnameduur van de MMPI-2 een probleem vormt, is de RF dus een goed alternatief. Ook zijn er minder schalen (42 tegen 162). Het leren interpreteren van de MMPI-2-RF is veel gemakkelijker en de H-O-schalen, RC-schalen en PSY-5-r-schalen sluiten beter aan bij moderne dimensionale modellen van persoonlijkheid en psychopathologie, in tegenstelling tot de op categoriale diagnoses gebaseerde klinische schalen. Ten slotte meten de verschillende schalen in de MMPI-2-RF veel eenduidiger concepten en is er geen sprake van item-overlap en intercorrelaties. In klinische populaties, zeker met externaliserende gedragsproblematiek, bevelen we de MMPI-RF aan (Van der Heijden et al., 2012). Ook bij psychotische problematiek gaat de voorkeur uit naar de MMPI-2-RF (Tellegen et al., 2003).

Vanzelfsprekend heeft de MMPI-2-RF ook nadelen ten opzichte van de MMPI-2. Code-type-interpretaties zijn niet meer mogelijk. Er zijn geen inhoudsschalen en supplementaire schalen meer beschikbaar. We hebben nu wel de SP-schalen, maar die hebben een beperkte betrouwbaarheid in niet-klinische steekproeven vanwege het beperkte aantal items en de relatief ernstige problemen die ze in kaart brengen. Een bijkomend probleem is dat de RC-schalen in sommige steekproeven veel ‘Within Normal Limits’-profielen geven. Doordat die schalen relatief smal zijn en ernstige psychopathologie meten (zoals RC6), zijn ze minder geschikt voor het onderzoek bij mensen met relatief milde klachten. In de eerstelijnszorg lijken de klinische schalen die gevoeliger zijn voor milde pathologie en bijgevolg de MMPI-2 meer aangeraden. Verder blijken de RC-schalen (bijvoorbeeld: RC4) wel erg transparant te zijn en hebben ze een hoge ‘face-validity’ waardoor ze erg gemakkelijk te beïnvloeden zijn. Ten slotte heeft de MMPI-2-RF slechts een beperkte relatie met de MMPI-2. De MMPI-2-RF lijkt eerder een totaal nieuwe test, die enkel gebaseerd is op de items van de MMPI-2. De rijke onderzoekstraditie die bestaat met de MMPI-2, dient nu ook opgebouwd te worden voor de MMPI-2-RF. Verder onderzoek naar de RF en vooral klinische ervaring met beide vormen is

nodig om op termijn verder uit te maken bij welke specifieke doelgroepen welke vorm het meest aangeraden is.

Het is duidelijk dat beide tests, met hun eigen voor- en nadelen, bestaansrecht hebben. Het is aan de gebruiker om een afweging te maken en te bepalen welke versie het best aansluit bij de te onderzoeken doelgroep.

Bijlage: overzicht van alle MMPI-2-RF-schalen

Schaalnaam		Interpretatie
Validiteitsschalen		
VRIN-r	Ongerichte Antwoordinconsistentie, herzien	At random antwoorden.
TRIN-r	Gerichte Antwoordinconsistentie, herzien	Overwegend Akkoord/overwegend Niet akkoord-antwoorden, ongeacht de vraag.
F-r	Laag frequentieschaal, herzien	Items die weinig in de bevestigende richting worden beantwoord in de normale bevolking.
Fp-r	F psychopathologie, herzien	Antwoorden die weinig voorkomen in een steekproef opgenomen psychiatrische patiënten.
Fs	Infrequent antwoordpatroon somatick	(Psycho)somatische klachten die maar weinig voorkomen bij somatische patiënten.
FBS-r	Ongeloofwaardige somatische en cognitieve klachten	Somatische en cognitieve klachten die worden geassocieerd met overrapportering (overdrijven van klachten).
L-r	Ongebruikelijke deugden	Weinig voorkomende morele houdingen of activiteiten (Onwaarschijnlijk) hoge morele standaard.
K-r	Ongebruikelijk hoog niveau van psychologische aanpassing	Uiting van (extreem) goede psychologische aanpassing en onderrapportering van psychologische klachten.
Hogere-ordeschalen		
EID	Emotioneel/Internaliserend disfunctioneren	Problemen die geassocieerd zijn met stemming en emotie
THD	Cognitief disfunctioneren/ Gedachtedisfunctie	Problemen die geassocieerd zijn met stoornissen in het denken
BXD	Gedragsstoornissen/ Externaliserend disfunctioneren	Gedragsproblemen, problemen met ondergecontroleerd gedrag.
Geherstructureerde klinische schalen		
RCd	Demoralisatie	Algemeen emotioneel ongenoegen. Gedemoraliseerd, onzeker, pessimistisch, laag gevoel van eigenwaarde en gevoel te hebben gefaald.
RC1	Somatische Klachten	Somatische klachten, excessieve preoccupatie met lichamelijke zorgen en gezondheidsproblemen. Klagen over moeheid, zwakte en chronische pijn.
RC2	Lage Positieve Emoties	Anhedonie, depressief, pessimistisch, neiging zich terug te trekken. Gevoelens van verveling, isolatie, gebrek aan energie, moeite met het nemen van beslissingen.

Schaalnaam		Interpretatie
RC3	Cynisme	Mensen die hier hoog scoren, geven aan dat anderen niet te vertrouwen zijn, oneerlijk, alleen voor zichzelf zorgen en anderen uitbuiten.
RC4	Antisociaal Gedrag	Antisociaal en oppositioneel gedrag, agressiviteit en boosheid. Hoogscorders liegen en bedriegen, hebben moeite zich te conformeren aan maatschappelijke normen. Verder problemen met justitie, familieconflicten en middelenmisbruik.
RC6	Betrekkingsideeën	Items beschrijven de persoon als schietschijf, slachtoffer van krachten van buiten, omringd met boosaardige mensen.
RC7	Disfunctionele Negatieve Emoties	Angst, geïrriteerdheid, ongelukkig, hopeloos, veel piekeren en zorgen maken, overgevoeligheid, schuldgevoelens en intrusieve gedachten.
RC8	Afwijkende Ervaringen	Hallucinaties, bizarre perceptuele ervaringen, waanzichtige ideeën, gebrekkige realiteitstoetsing.
RC9	Hypomane activering	Grandioos zelfbeeld, algehele opwinding, geneigdheid sensatie te zoeken, risico's te nemen, slechte impulscontrole, euforie, verminderde behoefte aan nachtrust, 'racing thoughts' en agressie.
Schalen voor specifieke problemen		
<i>Somatisch</i>		
MLS	Malaise	Een algeheel gevoel van lichamelijk ongenoegen en slechte gezondheid.
GIC	Maag- en darmklachten	Misselijkheid, een maag die gemakkelijk van streek geraakt en een slechte eetlust.
HPC	Hoofdpijklachten	Hoofd- en nekpijn.
NUC	Neurologische Klachten	Duizeligheid, zwakte, verlamming, evenwichtsverstoringen, enzovoort.
COG	Cognitieve Klachten	Geheugenklachten, moeilijkheden met concentreren.
<i>Internaliserend</i>		
SUI	Suïcidale Ideatie	Suïcidale ideatie en toegeven van recente zelfmoordpogingen.
HLP	Hulpeloosheid/hopeloosheid	Het geloof dat doelen niet bereikt zullen worden en problemen niet opgelost worden.
SFD	Zelftwijfel	Gebrek aan vertrouwen, gevoelens van nutteloosheid.
NFC	Incompetentie	Het geloof dat men besluiteloos is en niet capabel om doelen te bereiken.
STW	Stress/Bezorgdheid	Preoccupatie met teleurstellingen en moeite met tijdsdruk.
AXY	Angst	Ernstige gegeneraliseerde angst, vrees en frequente nachtmerries.
ANP	Geneigdheid tot woede	Wordt gemakkelijk boos, is ongeduldig met anderen.
BRF	Gedragsbeperkende Angsten	Angsten die dagelijkse activiteiten ernstig beperken.
MSF	Diverse concrete angsten	Angst voor bloed, brand, onweer, enzovoort.
<i>Externaliserend</i>		
JCP	Gedragsproblemen in Jeugd	Moeilijkheden op school en thuis, stelen.

Schaalnaam		Interpretatie
SUB	Middelenmisbruik	Huidig en voormalig misbruik van alcohol en drugs.
AGG	Agressie	Fysiek agressief, gewelddadig gedrag.
ACT	Activatie	Verhoogde excitatie en energieniveau.
<i>Interpersoonlijk</i>		
FML	Familiale problemen	Conflictueuze familierelaties.
IPP	Interpersoonlijke Passiviteit	Niet assertief en onderdanig zijn.
SAV	Sociale Vermijding	Het vermijden en/of niet kunnen genieten van sociale situaties.
SHY	Verlegenheid	Verlegen, voelen zich geremd en angstig in gezelschap van anderen.
DSF	Distantiëring	Houden niet van mensen en zijn ook niet graag onder de mensen.
<i>Interesses</i>		
AES	Esthetische/literaire interesse	Geïnteresseerd in muziek, literatuur, toneel.
MEC	Mechanische/fysieke interesse	Geïnteresseerd in het maken en bouwen van dingen, in sport en in het buitenleven.
PSY-5-r		
AGGR-r	Agressiviteit, herzien	Instrumentele, doelgerichte agressie.
PSYC-r	Psychoticisme, herzien	Problemen met de realiteitstoetsing, disconnectie van de realiteit.
DISC-r	Ontremming, herzien	Ongecontroleerd/impulsief gedrag.
NEGE-r	Negatieve Emotionaliteit/ Neuroticisme, herzien	Angst, onzekerheid, zorgen en vrees.
INTR-r	Introversie/Lage Positieve Emotionaliteit, herzien	Sociaal disengagement en anhedonie.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barthlow, D.L., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., & McNulty, J.L. (2002). The appropriateness of the MMPI-2 K correction. *Assessment*, 9, 219-229.
- Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF. Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Binford, A., & Liljequist, L. (2008). Behavioral correlates of selected MMPI-2 clinical, content, and restructured clinical scales. *Journal of Personality Assessment*, 90, 608-614.
- Cloniger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., & Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Colby, F. (1989). Usefulness of the K-correction in MMPI profiles of patients and non-patients. *Psychological Assessment*, 1, 142-145.

- Costa, P.T., & McRae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*, professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Derksen, J., De Mey, H., Sloore, H., & Hellenbosch, G. (1993). *MMPI-2: Handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN Tests.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, G.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition (SCID – I/P)*. Version 2.0. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, G.B.W., & Benjamin, L. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Greene, R.L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual*. Boston: Allyn & Bacon.
- Handel, R.W., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., & Archer, R.P. (2010). Psychometric functioning of the MMPI-2-RF VRIN-r and TRIN-r scales with varying degrees of randomness, acquiescence, and counter-acquiescence. *Psychological Assessment*, 22, 87-95.
- Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack, & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp.291-315). New York, NY: Springer.
- Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (2007). An overview of personality: The MMPI-2 Personality Psychopathology Five scales (PSY-5). In J.N. Butcher (Ed.), *Pathways to MMPI-2 use: A practitioner's guide to test usage in diverse settings* (pp.73-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harkness, A.R., McNulty, J.L., & Ben-Porath, Y.S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment*, 7, 104-114.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.L. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual*. New York, NY: Psychological Corporation.
- Helmes, E., & Reddon, J.R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113, 453-471.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (2009). *MCMI-III Manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: Pearson Assessment.
- Nelson, N.W., Hoelzle, J.B., Sweet, J.J., Arbisi, P.A., & Demakis, G.J. (2010). Updated meta-analysis of the MMPI-2 symptom validity scale (FBS): Verified utility in forensic practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 701-724.
- Nelson, N.W., Sweet, J.J., & Demakis, G.J. (2006). Meta-analysis of the MMPI-2 Fake Bad Scale: Utility in forensic practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 39-58.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., & Graham, J.R. (2006). Elevation differences between MMPI-2 clinical and restructured clinical (RC) scales. Frequency, origins, and interpretative implications. *Assessment*, 13, 430-441.
- Simms, L.J., Casillas, A., Clark, L.A., Watson, D., & Doebbeling, D.N. (2005). Psychometric evaluation of the restructured clinical scales of the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 3, 345-358.
- Streiner, D.L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103.
- Tellegen, A., & Ben-Porath, Y.S. (2008). *MMPI-2-RF Technical Manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P.A., Graham, J.R., & Kaemmer, B. (2003). *The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales: Development, validation and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Van der Heijden, P., Derksen, J., Egger, J., Rossi, G., Laheij, M., & Bögels, T. (2013). *MMPI-2-RF. Handleiding voor afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: Pen Tests.
- Van der Heijden, P.T., Egger, J.I.M., & Derksen, J.J.L. (2008). Psychometric evaluation of the MMPI-2 Restructured Clinical Scales in two Dutch samples. *Journal of Personality Assessment*, 90, 456-464.
- Van der Heijden, P.T., Egger, J.I.M., & Derksen, J.J.L. (2010). Comparability of scores on the MMPI-2-RF scales generated with the MMPI-2 and MMPI-2-RF booklets. *Journal of Personality Assessment*, 92, 254-259.
- Van der Heijden, P.T., Egger, J.I.M., Rossi, G., & Derksen, J.J.L. (2012). Integrating psychopathology and personality disorders conceptualized by the MMPI-2-RF and the MCMI-III: A structural validity study. *Journal of Personality Assessment*, 94, 345-357.
- Van der Heijden, P.T., Egger, J.I.M., Rossi, G., Grundel, G., & Derksen, J.J.L. (2013). The MMPI-2- Restructured Form and the standard MMPI-2 Clinical scales in relation to the DSM-IV. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 182-188.
- Van der Heijden, P.T., Egger, J.I.M., Rossi, G.M.P., Van der Veld, W.M., & Derksen, J.J.L. (2013). Personality and psychopathology: Mapping the MMPI-2-RF on Cloninger's psychobiological Model of Personality. *Assessment*, 20, 576-584.
- Van der Heijden, P.T., Rossi, G.M.P., Van der Veld, W.M., Derksen, J.J.L., & Egger, J.I.M. (2013). Personality and psychopathology: Higher order relations between the Five Factor Model of personality and the MMPI-2 Restructured Form. *Journal of Research in Personality*, 47, 572-579.
- Watson, C.G., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third edition (WAIS-III)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wygant, D.B., & Fleming, K.P. (2008). Clinical utility of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in therapeutic assessment: A case study. *Journal of Personality Assessment*, 90, 110-118.

Summary

The American authors view the MMPI-2-RF as a completely new test. However, items were selected from the MMPI-2 item pool so it is not entirely new. Yet, we do agree that it is a new test, MMPI-2-RF scales only have limited relations to the MMPI-2 scales and Higher Order factors are closely related to dimensional models of personality. The restructured clinical scales are unidimensional measures focused on capturing the clinical core component. When combined, they can describe clinical syndromes, complemented with information from specific problem scales, interest scales and the revised PSY-5 scales. The PSY-5 model conceptually resembles the pathological personality domains suggested in the alternative dimensional trait model of personality disorders in DSM-5. A case study supports that the RC Scales are more predictive for externalizing behavior but internalizing behavior is defined equally well with both the old clinical scales and new RC Scales. It is up to the clinician to explore both versions.

Personalia

Mercedes De Weerd is als onderwijsassistente verbonden aan de Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levenslooppsychologie van de Vrije Universiteit Brussel.

E-mail: Mercedes.De.Weerd@vub.ac.be

Dr. Paul Van der Heijden is werkzaam als klinisch psycholoog bij het Centrum Adolescentenpsychiatrie van de Reinier van Arkel Groep te 's-Hertogenbosch en als onderzoeker bij de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Priska Steenhaut is als vrijwillige medewerkster verbonden aan de Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel.

Prof. dr. Gina Rossi is hoofddocent aan de Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen en de Faculteit Recht en Criminologie van de Vrije Universiteit Brussel. Zij doet onderzoek vanuit de Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie.

Nederlands Vlaamse Vereniging van de Rorschach en Projectieve Methoden (NVVR)

organiseert

Workshop: de Rorschachtest in de forensische psychodiagnostiek

28 & 29/5/2015

- Onderscheid forensische en klinische psychodiagnostiek
- Recente wetenschappelijke literatuur over de Rorschachtest en R-PAS in relatie tot forensische psychodiagnostiek
- Forensische casuïstiek

Docent: Prof. dr. Corinne de Ruiter, hoogleraar forensische psychologie, Universiteit Maastricht

Plaats: 's-Hertogenbosch (NL), Hotel Central

Meer info: www.rorschach.nl

Inschrijving: www.rorschach.nl/workshop2015

Basiscursus Rorschachtest

volgens het Rorschach Performance Assessment System (R-PAS)

9/10, 23/10, 13/11, 27/11/2015

Dag 1: 9/10/2015: historiek van het R-PAS, afname en codering

Dag 2: 23/10/2015: codering

Dag 3: 13/11/2015: interpretatie

Dag 4: 27/11/2015: interpretatie en gevalsstudies

Docenten: Prof. dr. Johan Vereycken, Koen Devriendt

Plaats: PC Sint-Norbertushuis, Duffel

Meer info: www.rorschach.nl

Inschrijving: www.rorschach.nl/