

De toegevoegde waarde van de psychodiagnostiek in de klinische praktijk

Een pleidooi voor het eerder en vaker verrichten van kwalitatief hoogwaardig psychodiagnostisch onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg

*Wim Snellen, Paul Van der Heijden, Walther Van Lieshout,
Bert Van Rossum, Volkan Yildirim, Jaap Segaar¹*

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(3), 201-211 |

Inleiding

Deze bijdrage heeft een tweeledig doel:

- het uitdragen van de mogelijkheden en voordelen van psychodiagnostisch onderzoek ten behoeve van de indicatiestelling bij cliënten met psychische problemen en symptomen;
- het aankondigen van de oprichting van het Landelijk Beraad Psychodiagnostiek in Nederland.²

In deze bijdrage beschrijven en onderbouwen we het belang van de psychodiagnostiek in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Psychodiagnostiek vraagt om een zorgvuldige en genuanceerde werkwijze. Op deze manier kan zij een grote bijdrage leveren aan de onderkenning en verklaring van complexe problemen waar cliënten mee kampen en vervolgens aan de indicatiestelling. In wat volgt zullen we allereerst uiteenzetten wat we onder psychodiagnostiek verstaan. Vervolgens volgt een bespreking van de voordelen van de inzet van psychodiagnostisch onderzoek in de klinische praktijk. Daarna gaan we in op problemen met de psychodiagnostiek in de dagelijkse praktijk van de ggz in Nederland. Ten slotte introduceren we het Landelijk Beraad Psychodiagnostiek in Nederland en het waarom van de oprichting ervan.

Wat verstaan we onder psychodiagnostiek?

Psychodiagnostiek behelst het onderzoek naar psychische (dis)functies, gedragsproblemen en veerkracht door middel van een psychologisch onderzoek naar verschillende psy-

chologische functiedomeinen bij een cliënt met psychische klachten en symptomen. Hierbij wordt naast het klinisch oordeel gebruikgemaakt van gestandaardiseerde en empirisch onderbouwde, klinisch relevante meetinstrumenten, methoden en technieken (Berghuis, 2018). Deze oordeelsvorming vindt plaats en evolueert in de interactie tussen cliënt en clinicus (Berghuis, Franken, & Van der Heijden, 2020; Witteman, Van der Heijden, & Claes, 2018). Psychodiagnostiek is meer dan alleen het afnemen en scoren van tests. Het plaatst de uitkomsten van het onderzoek in een breder perspectief (Van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014) waarbij met behulp van theorieën over psychisch (dis) functioneren hypothesen worden gegenereerd over kwetsbaarheid én adaptieve mogelijkheden van de cliënt (Bornstein, 2017). Hoe belangwekkend classificatie ook kan zijn, van daadwerkelijke psychodiagnostiek kan alleen sprake zijn wanneer psychopathologie wordt beschreven en verklaard in functionele termen. Dan doet men recht aan de diversiteit en heterogeniteit binnen de diverse categorieën. Te allen tijde dient de verrichting van psychodiagnostisch onderzoek de indicatie van de best passende behandelvolgorde, -intensiteit en het specificeren van geïndividualiseerde behandeldoelen te bevorderen (Eurelings-Bontekoe et al., 2009).

Nut inzet psychodiagnostiek

Diagnostiek en indicatiestelling

Überhaupt kan het verrichten van een psychodiagnostisch onderzoek bij het stellen van behandelindicaties van voordeel zijn. Er zijn echter aanwijzingen dat de psychodiagnostiek in de Nederlandse ggz niet altijd voldoende zorgvuldig en aandachtig gebeurt. Zinnige Zorg stelt in haar adviesnota over de ggz aan Zorginstituut Nederland onder andere dat cliënten voorafgaand aan hun behandeling zowel in de generalistische basis-ggz als in de specialistische ggz een te beperkt diagnostisch traject aangeboden krijgen, waardoor zij niet de best passende behandeling krijgen en onnodig lang klachten houden.³

Vastgelopen behandelingen

Niet alleen bij aanvang van een zorgtraject, maar vooral wanneer behandelprocessen stagneren en resultaten uitblijven, kan psychodiagnostisch onderzoek een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. In het algemeen geldt dat veranderingen in de beginfase van de behandeling de beste voorspellende waarde hebben voor een goed behandelresultaat aan het einde van het traject. Hierbij geldt een periode van uiterlijk drie maanden vanaf het begin van een behandelproces als richtlijn (Hannan et al., 2005). Als resultaten

uitblijven is reflectie aangewezen, waarbij de indicatie voor de behandeling en de problematiek van de cliënt opnieuw beschouwd dienen te worden. Gedegen psychodiagnostisch onderzoek stelt de professional daarbij in staat psychische kwetsbaarheden en krachten te detecteren. Veelal zijn deze onderliggende mechanismen niet direct zichtbaar of waarneembaar in de intakefase en in het directe behandelcontact of behandelproces. Zij kunnen in een gestructureerd (psycho)diagnostisch onderzoek dat ook op wetenschappelijke kennis is gefundeerd, zorgvuldig worden vastgesteld. Dit geschiedt door middel van een goede beschrijving en het bieden van mogelijke verklaringen voor die factoren die verantwoordelijk zijn voor het uitblijven van een bevredigend behandelresultaat (Bram & Peebles, 2014).

Toegevoegde waarde psychodiagnostisch onderzoek

Vooraf dimensionele, structurele en functionele psychodiagnostiek kan een licht werpen op de verhouding tussen draaglast en draagkracht van de cliënt in zijn context. Vaak is een mismatch tussen een ingezette behandeling en de (on)mogelijkheden van de cliënt te verklaren door covert, niet onderkende ontwikkelingsachterstanden en/of hechtingsproblematiek. Complicerende, problematische persoonlijkheidseigenschappen, die vaak pas opvallen tijdens intensievere contacten, kunnen behandelresultaten negatief beïnvloeden. Ook aspecten van ontwikkelingsstoornissen die achter een gepresenteerde façade verscholen blijven of niet onderkende traumatische ervaringen en daarmee samenhangende problemen kunnen behandelingen onnodig frustreren (Timmermans, 2018). Verder zijn verholde motivatieproblemen in dit verband noemenswaardig. Psychodiagnostisch onderzoek kan voorts helpen om state- en traitkenmerken beter van elkaar te onderscheiden. Dit is van groot belang omdat het gevaar bestaat statekenmerken toe te schrijven aan structurele eigenschappen en vice versa. Deze verschillen zijn vaak lastig in te schatten op basis van het klinisch oordeel alleen. Een veelvoorkomende afweging die in de klinische praktijk gemaakt moet worden gaat over de vraag in hoeverre er sprake is van afweer en weerstand en in hoeverre er sprake is van structurele psychische tekorten.⁴ Hoogwaardig kwalitatief (psycho)diagnostisch onderzoek kan bijdragen aan het meer gericht en op maat inzetten van beschikbare behandelcapaciteit en daarmee aan een duurzame ggz. Dit is niet alleen in het belang van onze cliënten, maar ook van de zorgverzekeraars en de politiek. Het gaat dan om een inschatting van meer op het individu afgestemde verwachtingen, noodzaak en wenselijkheid van de zorg voor cliënten met veelal complexe psychische problemen en psychopathologie. Ook het behandelbeleid en de behandel focussen zijn daarmee specifiek te bepalen, beter te monitoren en achteraf beter te verantwoorden.

Therapeutisch effect van een psychodiagnostisch onderzoek

Bovendien is het verrichten van een psychodiagnostisch onderzoek en de terugkoppeling van de resultaten waarbij de cliënt en zijn systeem actief betrokken worden, vaak al een waardevolle interventie op zichzelf (Poston & Hanson, 2010). In een aantal gevallen volstaat een diagnostisch traject waarin voldoende inzicht wordt opgedaan om tot gedragsveranderingen te komen.

Nadelen van achterwege laten van psychodiagnostisch onderzoek

Het ontbreken van psychodiagnostisch onderzoek kan in het algemeen leiden tot niet-valide oordelen (Garb, 2005), met als gevolg te lange zorgtrajecten met te weinig effect of progressie (Franken, Lamers, Ten Klooster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2018; Kubiszyn et al., 2000). Over- of ondervraging van de cliënt waarbij behandeldoelen onvoldoende aansluiten bij zijn mogelijkheden kan leiden tot frustraties en demoralisatie (De Felice et al., 2019).

Te vaak worden cliënten in de Nederlandse ggz herhaald verwezen en komen zij vast te zitten op lange wachtlijsten. Een factor die hierbij meespeelt is wishful thinking bij hulpverleners. Het is eigen aan de hulpverlener om de cliënt de nodige verandering en vooruitgang te gunnen en daarbij soms onvoldoende oog te hebben voor de eigen hoge eisen en de belemmeringen en beperkingen van de cliënt en zijn context. Ook dreigen cliënten tussen wal en schip te vallen omdat zij niet voldoen aan een van de in de DSM beschreven classificaties waarop de zorgtrajecten gebaseerd zijn in de Nederlandse ggz. Het risico bestaat dat zij verdwalen in een oerwoud van zorgaanbieders met voor de cliënt suboptimale of zelfs inadequate zorgvormen. Een van de oorzaken is het onkritisch en ongepast verbinden van beschikbare hulpverleningspakketten (richtlijnen en protocollen) aan diagnostische etiketten die aan deze cliënten zijn toegekend.

Er is een probleem met de kwaliteit van (psycho)diagnostiek

De hegemonie van de DSM

De toenemende kritiek op het primaat van de DSM met de daaruit voortvloeiende neiging tot kokerdenken en kaalslag van de klinische kennis en kunde in de praktijk leidt tot de behoefte aan nuancering, verdieping en bovenal individualisering (Vanheule et al., 2019). Niet voor niets neemt nationaal en internationaal de belangstelling voor genuanceerde diagnostiek bij psychopathologie sterk toe. In het DSM-tijdperk, waarin dit classificatiesys-

teem – zeker in Nederland – leidend is zowel voor de financiering als de inrichting van de zorg, is de afgelopen jaren classificatie ten onrechte gelijkgesteld aan diagnostiek. Hoewel de DSM een gezamenlijke taal heeft gebracht en tot op zekere hoogte ook heeft geleid tot meer betrouwbaarheid (voor een kritische bespreking, zie: Vanheule et al., 2014) zijn er ook grote nadelen te noemen van een eenzijdige zorgtoewijzing op basis van DSM-5-classificaties. Enkele van de veel genoemde nadelen zijn decontextualisatie van problemen en symptomen (Wakefield, 2010), stigmatisering doordat de criteria van veel stoornissen verwijzen naar ongewenst gedrag en cliënten soms vereenzelvigd worden met hun label (reïficatie, de gedachte dat de in DSM beschreven classificaties verwijzen naar werkelijk bestaande ziekten), en vooral tot het zinloos twijfelen tussen allerlei classificaties die doorgaans meer overlap dan (werkelijke) verschillen vertonen.

Na de British Psychological Association uitten in Nederland de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017) en in België de Hoge Gezondheidsraad (2019) hun zorg over zorgtoewijzing in de ggz op basis van eenzijdig ‘hokjesdenken’ dat gestimuleerd wordt door de hantering van dit classificatiesysteem. Het systeem dekt de klinische werkelijkheid niet en doet daarom cliënten in de ggz ernstig tekort. Dit is een belangrijke reden waarom veelvuldig behandelingen in de klinische praktijk te eenzijdig worden ingezet en behandelresultaten tegenvallen (Snellen, 2018). Het zou bij de indicatiestelling voor behandeling eerder moeten gaan om het wegen van de zorgzwaarte en zorgbehoefte op basis van individuele en contextuele kenmerken met oog voor persoonlijke eigenschappen, veerkracht en kwetsbaarheden en de levensgeschiedenis van de cliënt. Het advies daarbij is: denk minder in afgelijnde vakjes maar stel de cliënt centraal, en formuleer de aard en ernst van de psychopathologie in gepersonaliseerde casusconceptualisaties en klinische gevalsbeschrijvingen. Oftewel: beoordeel nooit een boek alleen op basis van de kaft.

De systematiek van zorgaanbod en zorgtoewijzing met uitsluitend het DSM-classificatiesysteem als vehikel zorgt ervoor dat de huidige zorginrichting in Nederland niet goed aansluit bij de zorgbehoefte en mogelijkheden van de cliënt. Hoewel de vertalers van versie 5 van de DSM hier zelf ook voor waarschuwen (American Psychiatric Association / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2014), is de Nederlandse praktijk weerbarstig en worden andere invalshoeken nauwelijks getolereerd. Pogingen tot beheersing van de exponentieel toegenomen kosten spelen hierbij een grote rol. De illusie leeft dat op DSM-classificaties gebaseerde diagnose-behandelcombinaties (dbc’s) onnodig lange behandelingen en oneigenlijke zorgtoewijzingen zouden helpen voorkomen. Het is inmiddels duidelijk dat deze overtuiging geen standhoudt (Van Os, 2017).

De beperkingen van de DSM-classificaties op zich zijn gemeengoed aan het worden. En alternatieve visies winnen opnieuw aan invloed (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2017).

Uiteenlopende invulling van het psychologieonderwijs

Er is weinig Nederlands universitair onderwijs dat het denken op het niveau van de DSM-classificatie overstijgt, zeker bij de masteropleidingen. Daar lijkt steeds minder aandacht te zijn voor de (psycho)diagnostiek. De registraties in het kader van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)⁵ bieden wel kaders op dit vlak, maar de invulling verschilt nogal per opleidingsinstelling. Daarenboven is er geen specifieke aandacht voor diagnostiek in het kader van de herregistratie. De masteropleiding is te weinig klinisch georiënteerd waardoor instromers in de BIG-opleidingen nauwelijks voorafgaande kennis bezitten van klinische theorieën en methoden en technieken. En helaas onthoudt het merendeel zich na hun opleiding van een wetenschappelijke toetsing van het eigen handelen.

Gebrek aan kwaliteitsborging

Opmerkelijk is dat in een overgeorganiseerd land als Nederland met al zijn registraties, certificeringen en formele organisatiestructuren er juist voor deze oudste loot aan de stam van de beroepsuitoefening van de klinisch psycholoog, te weten de psychodiagnostiek, nog geen formele standaarden of registers bestaan, ook niet voor supervisors en docenten op dit terrein. We kennen de Algemene Standaard Testgebruik (AST-NIP 2017)⁶, maar die biedt vooral formele en procedurele richtlijnen. Of, hoe en wanneer psychodiagnostiek wordt toegepast, vertoont daardoor nogal eens een grote willekeur en ontbeert elke doorlopende kwaliteitsbewaking. Vaak vindt psychodiagnostisch onderzoek op particulier initiatief plaats, zonder goede supervisie en intervisie. Dit kan bijvoorbeeld tot uiting komen in het onwenselijk gebruik van stigmatiserend en/of pathologiserend jargon, het te absoluut interpreteren van afzonderlijke uitslagen, een gebrek aan aandacht voor de sterke kanten van het psychisch functioneren en het te weinig benoemen van de zogenaamde eilanden van gezondheid. Een BIG-registratie maakt wel bevoegd maar nog niet bekwaam, terwijl de toegevoegde waarde van goed verrichte psychodiagnostiek zich dagelijks bewijst. Daarmee is het belang van een gedegen opleiding (en kwaliteitsregisters voor beroepsbeoefenaars) nog belangrijker geworden.

Oprichting Landelijk Beraad Psychodiagnostiek (LBP)

Om al deze redenen is in Nederland het LBP opgericht om (vanuit de ggz) de kwaliteiten en inzichten te bundelen. Een aantal ervaren en deskundige psychodiagnostici (klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten) in Nederland hebben zich verenigd in het LBP; uit betrokkenheid, maar ook uit

zorg over de stand van zaken met betrekking tot een kwalitatief verantwoorde uitoefening van de psychodiagnostiek en de vorming in de opleidingen.

In eerste instantie was het doel om ideeën, wensen en zorgen ten aanzien van de stand van zaken betreffende de psychodiagnostiek in de ggz uit te wisselen en de overdracht van kennis, bewaking van de kwaliteit en zorgvuldige toepassing van de psychodiagnostiek in de zorg te bevorderen. Er was tot dan toe (medio 2017) geen gremium waarin deskundigen op dit gebied elkaar konden ontmoeten.

Het LBP is bottom-up opgebouwd en groeit naar een concrete vorm, samenstelling en organisatie. Afstemming met en mogelijke toekomstige aansluiting bij beroepsorganisaties is onderwerp van bespreking. Het gaat erom belangrijke ontwikkelingen in de psychodiagnostiek te volgen, kennis en ervaring op dit terrein met andere professionals te delen en impulsen te geven om de kwaliteit van psychodiagnostisch onderzoek te borgen en te verbeteren. Bijvoorbeeld door kwaliteitscriteria op te stellen voor diegenen die supervisie en onderwijs (mogen) geven. Het LBP wil opinies delen ten aanzien van de plaats van de psychodiagnostiek bij triagering (het beoordelen van cliënten op basis van psychopathologie en persoonlijkheidskenmerken voor toewijzing aan specifieke behandelingen), behandelindicatie en het opstellen van behandelplannen, en de (predictieve) waarde van de psychodiagnostiek voor de zorg van cliënten verder uitdragen en onderbouwen naar professionals, managers en beleidsmakers. Ook vindt het LBP het van groot belang wetenschappelijk onderzoek naar de toegevoegde waarde van de psychodiagnostiek voor het stellen van behandelindicaties te stimuleren.

Het LBP pleit voor een adequate beoordeling en dus voor een goede beschrijvende en waar mogelijk verklarende diagnosticering van cliënten met psychische problemen en psychopathologie door de hoogst gekwalificeerde professionals in de ggz, en dit zoveel mogelijk aan het begin van het zorgproces. Daarnaast bestaat de inbreng van de klinisch (neuro) psycholoog in de zorg uit het begeleiden en superviseren van minder gekwalificeerden in hun dagelijkse beroepsuitoefening. Specialisten hoeven immers niet alles zelf te doen en de zorg wint sterk aan efficiëntie wanneer anderen terug kunnen vallen op hun deskundigheid en visie. Hun taak bestaat uit het zo gestructureerd maar ook zo voortvarend en adequaat mogelijk beoordelen van cliënten met complexe psychische klachten, problemen en pathologie ten behoeve van het indiceren van doelmatige en doeltreffende zorgvormen. De klinische interpretatie van een klein aantal en in principe eenvoudig in te zetten psychodiagnostische instrumenten kan hierbij al uiterst helpend zijn. De professionele bekwaamheid bestaat uit het combineren van de diverse resultaten tot zinvolle hypotheses over de aard en de ernst van de psychopathologie. Met andere woorden, de kunde van het behalen van een optimum aan diagnostische informatie met relatief beperkte middelen.

Deze werkwijze kan, zoals eerder betoogd, veel onnodige behandelingen en leed, maar ook belangrijke kosten besparen. Het LBP vindt het van belang dat er meer aandacht komt voor een kwalitatief hoogstaande psychodiagnostische praktijkvoering en pleit voor kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voor de psychodiagnostiek en voor professionele registers voor psychodiagnostici in Nederland. Het LBP wil hieraan graag een actieve bijdrage leveren. Ook wil het LBP als orgaan ter bevordering van de kwaliteit van de psychodiagnostiek graag contact zoeken en waar mogelijk samenwerken met collega's over de grenzen heen. Hoe is elders de psychodiagnostiek in de opleidingen en in de praktijk vorm en inhoud gegeven? Hoe weet men de toegevoegde waarde van psychodiagnostisch onderzoek voor de zorg te benutten? Hoe is het zicht op de kwaliteit van de uitvoering van psychodiagnostisch onderzoek geregeld? Het LBP is nog jong en zoekende naar een eigen plaats in het gebouw waarin de psychologen zich in Nederland hebben georganiseerd. Het leggen van contacten met Vlaamse collega's, waarmee wij immers hetzelfde taalgebied delen, zal helpen om gezamenlijk na te gaan waar we elkaar zo goed mogelijk kunnen ondersteunen om de voordelen van goed uitgevoerde psychodiagnostiek uit te dragen en te onderzoeken wat daar verder voor nodig is.

Conclusie

Met deze bijdrage willen we het nut en de toegevoegde waarde van de psychodiagnostiek in de zorg benadrukken. Psychodiagnostisch onderzoek is er in vele varianten. Het vergt doorgaans een extra investering in tijd van de cliënt en de zorgaanbieder aan het begin van het traject en het kan resulteren in een betere indicatie voor behandeling en het voorkomen van onnodig leed en kosten. Wij realiseren ons dat er een spanningsveld bestaat tussen spaarzaamheid enerzijds en nut en noodzaak van psychodiagnostisch onderzoek anderzijds. In empirisch onderzoek is de toegevoegde waarde van psychodiagnostisch onderzoek moeilijk aantoonbaar. Wel zijn er diverse studies die laten zien dat psychologische tests een goede validiteit bezitten (Meijer et al., 2001) en ook studies die laten zien dat het klinisch oordeel op zichzelf aan validiteit te wensen over laat (Witteman et al., 2018). Wij menen dat het ontrafelen van het klinisch beeld in de verschillende opbouwende psychische componenten zin heeft om onze cliënten te helpen zichzelf beter te begrijpen en het klinisch beeld beter te helpen verklaren.

Wij vinden een gedegen opleiding op dit terrein van groot belang vanuit de overtuiging dat goede en genuanceerde toepassing van de functionele psychodiagnostiek een van de kerntaken is van de psycholoog. Op dit moment ligt in de opleiding naar ons oordeel te veel de nadruk op de descriptieve classificatie (DSM) en te weinig op de dimensionele en structurele (psycho)diagnostiek.

Een degelijke opleiding zou gevolgd moeten worden door kwaliteitsbewaking in de vorm van standaarden en verplichte nascholing om de kwaliteit te borgen. Om deze ontwikkeling verder te stimuleren en te helpen verdiepen is in Nederland het Landelijk Beraad Psychodiagnostiek opgericht dat in deze bijdrage werd geïntroduceerd.

Noten

1. De auteurs zijn allen als klinisch (neuro)psycholoog verbonden aan het Landelijk Beraad Psychodiagnostiek, geven onderwijs aan opleidingen in het kader van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) en supervisie aan gezondheidszorg- en klinisch psychologen in opleiding. Ook zijn of waren zij in hun werkzame leven verbonden aan grote ggz-instellingen in Nederland.
2. Zie: <https://www.landelijkberaadpsychodiagnostiek.nl/>
3. Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/10/04/lijst-met-verbetersignalen-zinnige-zorg--ggz>.
4. Zie voor specifiekere voorbeelden: <https://www.landelijkberaadpsychodiagnostiek.nl/knelpunten-bij-ontbreken-psychodiagnostiek/>
5. De Wet BIG bevat onder andere een regeling voor de wettelijke titelbescherming ten behoeve van de zelfstandige beroepsuitoefening in Nederland, na het behalen van een diploma van een erkende postmasteropleiding.
6. Zie: <https://www.psynip.nl/uw-beroep/cotan/cotan-beoordelingsstelsel-ast-en-beroepscode/algemeen-standaard-testgebruik-nip-2017/>

Literatuur

- American Psychiatric Association / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Amsterdam: Boom.
- Berghuis, H. (2018). Multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek. *GZ-Psychologie*, 10(1), 17-21.
- Berghuis, H., Franken, K., & Van der Heijden, P. (2020). Diagnostiek. In M. Verbraak, S. Visser, A. Van Baar, & T. Bouman (Red.), *Handboek voor gz-psychologen*, 83-107. Amsterdam: Boom.
- Bornstein, R.F. (2017). Evidence-based psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 99, 435-445. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1236343>
- Bram, A.D., & Peebles, M.J. (2014). *Psychological testing that matters: Creating a road map for effective treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- De Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F.F. (2019). The misleading Dodo Bird Verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology*, 54, 50-55. doi:10.1016/j.newideapsych.2019.01.006
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (Red.). (2017). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek* (4^{de} ed.). Amsterdam: Pearson.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Van Dam, A., Luyten, P., Verhulst, W.A.C.M., Van Tilburg, C.A., De Heus, P., & Koelen, J.A. (2009). Structural personality organization as assessed with theory driven profile interpretation of the Dutch Short Form of the MMPI predicts dropout and treatment response in brief cognitive behavioral group therapy for axis I disorder. *Journal of Personality Assessment*, 91, 439-452. <https://doi.org/10.1080/00223890903087927>

- Franken, K., Lamers, S.M.A., Ten Klooster, P.M., Bohlmeijer, E.T., & Westerhof G.J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 2187-2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.22659>
- Garb, H.N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- Hannan, C., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163. doi:10.1002/jclp.20108
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *DSM(5): toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen* (HGR nr. 9360). Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Geraadpleegd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf
- Kubiszyn, T.W., Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., ... Eisman, E.J. (2000). Empirical support for psychological assessment in clinical health care settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 119-130. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.2.119>
- Meijer, G., Finn, S., Eyde, L., Kay, G., Moreland, K., Dies, R., ... Reed, G. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
- Poston, J.H. & Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203-212. <https://doi.org/10.1037/a0018679>
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2017). *Zonder context geen bewijs: over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Auteur. Geraadpleegd via <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>
- Snellen, W.M. (2018). *Persoonlijke diagnostiek in de klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Timmermans, M. (2018). Stop het defaitisme rond de chronische patiënten. *De Psychiater*, 25(5), 10-12.
- Vanheule, S., Adriaens, P., Bazan, A., Bracke, P., Devisch, I., Feys, J., ... Calmeyn, M. (2019). Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories. *Lancet Psychiatry*, 6, 726. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30284-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30284-6)
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Inslegers, R., Willemsen, J., De Schryver, M., & Devisch, I. (2014). Reliability in psychiatric diagnosis with the DSM: Old wine in new barrels. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 313-314. <https://doi.org/10.1159/000358809>
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E.T. (2014). *Transdiagnostische factoren: theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Van Os, J. (2017). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 337-351. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492418>
- Wittman, C., Van der Heijden, P.T., & Claes, L. (2018). *Clinical assessment: Psychodiagnostic decision making*. Utrecht: De Tijdstroom.

Personalia

Wim Snellen, klinisch psycholoog, voormalig opleider en hoofd afdeling psychodiagnostiek Altrecht te Utrecht, en hoofddocent psychodiagnostiek aan de RINO Groep te Utrecht.

E-mail: wimengera@gmail.com

Dr. Paul Van der Heijden, klinisch psycholoog en wetenschappelijk onderzoeker bij het centrum voor Adolescentenpsychiatrie van Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch, hoofddocent psychodiagnostiek opleiding klinisch psycholoog bij het Radboud Centrum Sociale Wetenschappen te Nijmegen.

Walther Van Lieshout, klinisch psycholoog, hoofddocent methodische diagnostiek RINO Zuid te Eindhoven, en praktijkopleider en supervisor van klinisch en gz-psychologen in opleiding.

Bert Van Rossum, klinisch psycholoog en P-opleider, Psychologenpraktijk Perspectief te Culemborg en Giessenburg.

Volkan Yildirim, klinisch psycholoog en hoofd afdeling psychodiagnostiek Altrecht te Utrecht.

Jaap Segaar, klinisch psycholoog GGz Centraal, hoofddocent psychodiagnostiek gz-opleiding RINO Groep te Utrecht en voorzitter LBP.

Verantwoording

Deze forumbijdrage is door de auteurs namens het LBP geschreven. De LBP-leden zijn allen op persoonlijke titel lid en uit dien hoofde aan niemand verantwoording verschuldigd.