

# De MMPI-2-*Restructured Form*: een nieuwe standaard in de psychologische diagnostiek?

P.T. van der Heijden, dr. J.I.M. Egger, prof. dr. J.J.L. Derksen

## Samenvatting

De *MMPI-2-Restructured Form* (MMPI-2-RF) is een kortere versie van de bekende MMPI-2. De MMPI-2-RF is in de VS al in gebruik en zal in de loop van volgend jaar ook beschikbaar komen voor het Nederlands taalgebied. De test is op een geheel nieuwe wijze vormgegeven en bevat een groot aantal nieuwe schalen die beter aansluiten bij moderne dimensionele modellen van psychopathologie en persoonlijkheid. In onderhavig artikel wordt de aanloop naar deze nieuwe test geschetst en zal er worden ingegaan op de meetpretentie en interpretatie van de schalen uit deze test. Voorts wordt er aandacht besteed aan de positie van de MMPI-2-RF ten opzichte van de MMPI-2.

Trefwoorden: psychodiagnostiek, MMPI-2, MMPI-2-RF

Eind 2008 is in de Verenigde Staten een nieuwe versie van de MMPI-2, de *MMPI-2-Restructured Form*, geïntroduceerd (MMPI-2-RF; Ben-Porath & Tellegen, 2008; Tellegen & Ben-Porath, 2008). De MMPI-2-RF is korter dan de MMPI-2 (i.e. 338 items versus 567 items) en bevat niet langer de traditionele klinische schalen en inhoudsschalen. In plaats daarvan vormen de geherstructureerde klinische schalen (*Restructured Clinical scales*; RC-schalen; Tellegen, Ben-Porath, McNulty, Arbisi, Graham, & Kaemmer, 2003) het hart van deze test. Daarnaast bevat de test één nieuwe en zeven gereviseerde validiteitsschalen, drie hogere orde factoren gebaseerd op de RC-schalen, 23 *Specific Problem Scales*, twee *Interest Scales* en vijf vernieuwde *PSY-5-r*-schalen. In dit artikel zullen we de aanloop naar deze geherstructureerde test beschrijven en de belangrijkste vernieuwingen kort uiteenzetten. De MMPI-2-RF zal in de loop van 2010 ook in Nederland verkrijgbaar zijn.

## MMPI en MMPI-2

Van alle psychologische tests is de *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989) wereldwijd de meest gebruikte en onderzochte test om psychopathologie en persoonlijkheidskenmerken in kaart te brengen (Friedman, Lewak, Nichols & Webb, 2001; Butcher, 2005; Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom & Kaemmer, 2001). De MMPI-2 is een bewerking van de MMPI die in 1943 gepubliceerd werd door Hathaway en McKinley. Wereldwijd zijn er meer dan 15.000 publicaties verschenen over deze beide versies. De MMPI-2 wordt thans in ongeveer zestig landen gebruikt (Butcher & Rouse, 1996), waar-

onder Nederland (Derksen, Sloore, De Mey & Hellenbosch, 1993). Hier is de MMPI-2 een veel gebruikte test (Evers, Zaal, & Evers, 2002), met name in de tweedelijns-ggz.

Ondanks het wijdverbreide gebruik en de brede klinische toepasbaarheid (Friedman et al., 2001; Graham, 2006) is de MMPI vanaf het begin ook brandpunt geweest van diverse controversen op het gebied van het onderzoek naar persoonlijkheid en psychopathologie, reden waarom de test continu in ontwikkeling is gebleven. Voorbeelden hiervan zijn de twistpunten over klinische versus statistische predictie en over lineaire versus profielinterpretatie, maar ook het debat over de invloed van *response style* op *self-report* vragenlijsten (Ben-Porath in Strack, 2006).

Meer specifiek was er ook kritiek op de representativiteit van de normatieve steekproef van de MMPI en de formulering van enkele items. Dit resulteerde in 1989 in de publicatie van de opvolger van de MMPI, de MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989), waarin een groot aantal verouderde items vervangen of geëlimineerd waren. Verder werd de test opnieuw genormeerd op basis van gegevens van 2.600 Amerikanen uit zeven verschillende staten in de VS en werden er uniforme in plaats van lineaire T-scores voor de klinische hoofdschalen ontwikkeld. Een volgende belangrijke verandering ten opzichte van de eerdere versie was de toevoeging van drie nieuwe validiteitschalen: de *F-backside* (Fb), de *Variable Response Inconsistency* (VRIN) en *True Response Inconsistency* (TRIN) schaal. Tot slot ontwikkelden Harkness, McNulty en Ben-Porath in 1995, op grond van bestaande items uit de MMPI-2, de *Personality Psychopathology Five* (PSY-5). De vijf factoren die hieraan ten grondslag liggen sluiten goed aan bij dimensionele modellen over persoonlijkheid (Harkness, 1992). De MMPI-2

PSY-5 schalen die eruit zijn voortgekomen vormen de tegenpool van de *Big Five* (Costa & McCrae, 1992) wegens hun gerichtheid op de assessment van pathologische persoonlijkheidskenmerken.

### RC-schalen

Na het aanpassen van de iteminhoud, het vernieuwen van de normgroep en het toevoegen van enkele validiteitschalen, inhoudsschalen en de PSY-5-schalen, kwam er in toenemende mate aandacht voor de hoge correlaties tussen de klinische schalen onderling. Deze hoge intercorrelaties waren een direct gevolg van de itemoverlap tussen de schalen én de gemeenschappelijke variantie waar de klinische schalen mee verzadigd zijn. Die gemeenschappelijke variantie is te beschouwen als een algemene maat voor psychopathologie die weliswaar kan helpen bij het onderscheid maken tussen psychiatrische patiënten en 'normalen', maar die niet helpt bij het diagnosticeren van specifieke psychiatrische syndromen. Daarnaast was er kritiek op het gebrek aan theoretische inbedding van de belangrijkste schalen uit de MMPI-2. De grote overlap binnen de klinische schalen en het gebrek aan een theoretisch kader waren beiden een direct gevolg van de louter empirische constructie van de klinische schalen (Tellegen et al., 2003).

De kritiek op de klinische schalen leidde in 2003 tot de ontwikkeling van de *Restructured Clinical Scales* (RC-schalen; Tellegen et al., 2003; voor Nederlandstalige gegevens wordt verwezen naar: Van der Heijden, Egger & Derksen, 2007). De RC-schalen werden geconstrueerd met behulp van bestaande items uit de MMPI-2 om aansluiting te houden met de enorme hoeveelheid wetenschappelijke literatuur naar de MMPI-2 die er voorhanden is. De constructie van de RC-schalen werd gebaseerd op Watson en Tellegens' *hierarchical theory of mood and affect* (Watson & Tellegen, 1985), waarmee tevens voorzien werd in een theoretisch kader. Het belangrijkste doel bij de constructie van de RC-schalen was het vergroten van het discriminerend en voorspellend vermogen van de klinische schalen zonder te moeten inleveren op hun waardevolle beschrijvende vermogen (Tellegen et al., 2003). Daartoe werd de gemeenschappelijke variantie uit de klinische schalen verwijderd en ondergebracht in een aparte schaal die 'Demoralisatie' werd genoemd. Op deze manier zouden de kernelementen van elke klinische schaal overblijven.

De eerste studies naar de RC-schalen laten zien dat Tellegen en collega's zijn geslaagd in hun poging om dichter bij de kern van de oorspronkelijke klinische schalen te komen en om meer differentiatie aan te brengen tussen de klinische schalen onderling. In de eerste plaats zijn de correlaties tussen de geherstructureerde klinische schalen veel lager dan die tussen de klinische schalen. Verder werd de construct- en criteriumvaliditeit van de RC-schalen bevestigd in uiteenlopende steekproeven (Sellbom & Ben-Porath, 2005; Sellbom, Ben-Porath & Graham, 2006; Sellbom, Ben-Porath, Graham, Arbisi & Bagby, 2005; Sellbom, Graham & Schenk, 2006; Simms, Casillas, Clark, Watson & Doebbeling, 2005; Van der Heijden, Egger & Derksen, 2008; Wallace & Liljequist, 2005).

### De MMPI-2-Restructured Form

Met de RC-schalen als uitgangspunt werd eind vorig jaar een geheel nieuwe versie van de MMPI-2 geïntroduceerd: de *MMPI-2-Restructured Form* (MMPI-2-RF; Ben-Porath & Tellegen, 2008; Tellegen & Ben-Porath, 2008). Bij de ontwikkeling van de MMPI-2-RF is uitsluitend gebruik gemaakt van items uit de MMPI-2. De 338 items uit de MMPI-2-RF vormen dus een selectie uit de 567 items van de MMPI-2. Een groot voordeel hiervan is de mogelijkheid om bestaande MMPI-2-databases te gebruiken voor valideringsstudies naar de MMPI-2-RF. Wanneer de scores op itemniveau zijn opgeslagen, dan kunnen de MMPI-2-RF-scores eenvoudig met een statistisch programma worden berekend (Van der Heijden, Egger & Derksen, *submitted*). Tellegen en Ben-Porath (2008) presenteren studies met duizenden respondenten in de technische handleiding van de test die uitgevoerd werden met behulp van bestaande databestanden. Ook is er in de VS een computerprogramma beschikbaar dat de scores van een individuele cliënt kan vergelijken met de scores van honderden respondenten uit een zelfde referentiegroep, zoals verslaafden, ambulante psychiatrische patiënten, klinisch psychiatrische patiënten, forensisch psychiatrische patiënten en bijvoorbeeld *public safety employees* (in de VS worden alle mensen met mogelijke risicovolle functies uitvoerig met de MMPI onderzocht).

Een nadeel van het behouden van de items uit de MMPI-2 itempool is vanzelfsprekend het feit dat sommige items inmiddels wat gedateerd zijn omdat deze voor het laatst zijn herzien in de jaren tachtig van de vorige eeuw. De MMPI-2-RF bevat bijvoorbeeld geen items over het internet, mobiele technologie of 'virtuele werelden', terwijl een nogal ouderwets item als 'Ik repareer graag een deurklink' (item 259) er nog steeds in zit. Dit terwijl het tegenwoordig toch gebruikelijker is om kapotte deurklinken te vervangen.

De constructie van de MMPI-2-RF verliep grotendeels analoog aan die van de RC-schalen (Tellegen et al., 2003; Ben-Porath & Tellegen, 2008; Tellegen & Ben-Porath, 2008). Eerst werden met behulp van factoranalyses relevante constructen geïdentificeerd in de MMPI-2 itempool. Vervolgens werden er op grond van deze factoren *seed scales* geconstrueerd. Deze kunnen worden beschouwd als de voorlopers van de uiteindelijke schalen. Op grond van betrouwbaarheidscoëfficiënten, onderlinge correlaties, correlaties met collaterale data en hernieuwde factoranalyses werden deze *seed scales* steeds verder verfijnd totdat de definitieve versie van de schalen werd vastgesteld. De schalen werden geconstrueerd op grond van theoretische, klinische én psychometrische uitgangspunten. In hoofdstuk 2 van de technische handleiding worden de stappen die werden gevolgd bij de constructie van de diverse schalen uitvoerig beschreven (Tellegen & Ben-Porath, 2008).

De normgroep van de Amerikaanse MMPI-2-RF is dezelfde als die van de MMPI-2. Dit zal in Nederland zeer waarschijnlijk ook het geval zijn. Dit betekent dat de test gebruikt kan worden voor

individuen van achttien jaar en ouder. Hoewel een aantal aspecten (zoals testlengte en het feit dat de meest ingewikkelde items eruit zijn) de test ook beter bruikbaar zou maken voor adolescenten, laten de normen gebruik bij patiënten onder de achttien jaar vooralsnog niet toe. De afnameduur is gemiddeld 35 tot 50 minuten, waarbij hoger opgeleiden de test ook binnen 30 minuten kunnen invullen (Van der Heijden, Egger & Derksen, *submitted*).

### Meetpretentie

De MMPI-2-RF werd nadrukkelijk *niet* geïntroduceerd als een verkorte versie van de MMPI-2, noch ter vervanging van de MMPI-2. De auteurs en Amerikaanse uitgever laten weten dat de MMPI-2-RF moet worden beschouwd als een geheel nieuwe test die naast de MMPI-2 zal komen te staan en niet als verkorte versie of als vervanging van de MMPI-2 zal dienen. Het is echter de vraag of deze stelling in de toekomst stand zal houden. In elk geval kan worden verwacht dat de MMPI-2-RF de 'aloude' MMPI-2 op termijn naar de achtergrond zal verdringen. Nu al heeft het overgrote deel van de nieuwe publicaties over de MMPI betrekking op de RC-schalen en hogere orde factoren uit de MMPI-2-RF. Het aantal publicaties over de 'oude' MMPI-2 is tanende en daarmee zal uiteindelijk ook de klinische toepassing afnemen.

Maar als de MMPI-2-RF niet als verkorte versie kan worden beschouwd, noch als vervanging van de MMPI-2, wat is het dan wél? Hoe moeten we deze nieuwe test dan plaatsen? Ben-Porath en Tellegen (2008) zeggen hierover *'The MMPI-2-RF assesses the same areas of psychological functioning as the MMPI-2. The instrument consists of empirically validated scales that provide information on the individual test taker's clinical symptoms, personality characteristics, behavioural tendencies, interpersonal functioning and interests as well as on threats to the validity of the protocol.'* (p. 9). Over de beoogde positie van de MMPI-2-RF ten opzichte van de MMPI-2 worden in de Amerikaanse handleiding verder geen uitspraken gedaan. Duidelijk is wel dat een aantal constructen die met de MMPI-2-RF gemeten worden, beter aansluiten bij nieuwe inzichten in psychopathologie en persoonlijkheidskenmerken (Sellbom et al., 2008).

Hieronder zullen we kort ingaan op de verschillende schalen uit de MMPI-2-RF. In tabel 1 staat een meer uitgebreide beschrijving van de schalen, hun afkortingen en interpretatie. Voor een uitvoerige omschrijving van de diverse schalen, hun interpretatie en correlaties met andere testgegevens wordt verwezen naar de Amerikaanse handleiding (Ben-Porath & Tellegen, 2008).

### De MMPI-2-RF schalen

#### Validiteitschalen

De MMPI-2-RF bevat om te beginnen acht validiteitschalen. Zeven daarvan zijn gereviseerde versies van (althans in de VS) bekende validiteitschalen. Eén ervan is een nieuwe validiteitschaal, *Infrequent somatic responses* (Fs). Deze schaal bestaat uit

zestien items die nauwelijks bevestigend worden beantwoord door somatische patiënten die behandeld worden voor allerlei medische aandoeningen. Wanneer patiënten hier erg hoog op scoren kan men overrapportage van lichamelijke klachten vermoeden. De FBS (*Symptom validity*) is ook nieuw voor de Nederlandse situatie. Deze schaal bevat een groot aantal ongehoofwaardige of extreme, vooral somatische en cognitieve klachten. Uit onderzoek blijkt dat deze schaal zijn nut heeft bewezen bij neuropsychologische expertises (Berry & Schipper, 2007; Dearth et al., 2005; Greiffenstein, Baker, Gola, Donders & Miller, 2002). De geherstructureerde schalen zijn in Nederland inmiddels geïntroduceerd in het vernieuwde scoringsprogramma en bijbehorende handleiding (Derksen, Sloore & Hellenbosch, 2006). Enkele eerste psychometrische gegevens betreffende de Nederlandstalige RC-schalen zijn elders gepubliceerd (Van der Heijden, Egger & Derksen, 2007; Van der Heijden, Egger & Derksen, 2008).

#### Hogere orde factoren

Op basis van de RC-schalen werden enkele hogere orde factoren geconstrueerd die verwijzen naar de basisdomeinen op het gebied van emotie, gedrag en cognitie, te weten: internaliserende emotionele problemen, externaliserende gedragsstoornissen en denkstoornissen of stoornissen in de realiteitstoetsing. Deze hogere orde factoren sluiten nauw aan bij dimensionele modellen van persoonlijkheid (Krueger, 1999; Krueger, McGue & Iacono, 2001; Sellbom e.a., 2008). Ben-Porath en Tellegen (2008) stellen dat deze factoren kunnen worden geïnterpreteerd naar analogie van de brede Factor Index Scores uit de WAIS-III (Wechsler, 1997). Enerzijds geven deze hogere orde factoren een algehele indicatie van het gedragsmatig, emotioneel en cognitief functioneren van een individu. Maar wanneer er geen verhogingen zichtbaar zijn op deze brede factoren, betekent dat niet dat er in het geheel geen problemen zijn binnen dat betreffende domein. Men kan daarvoor de onderliggende 'smallere' domeinen raadplegen in de vorm van de RC-schalen en de *Specific Problem Scales* (Ben-Porath & Tellegen, 2008).

#### Inhoudsschalen en interesseschalen

Naast de RC-schalen en de hogere orde factoren werden er voor de MMPI-2-RF ook 23 nieuwe inhoudsschalen (*Specific Problem Scales*) en interesseschalen (*Interest Scales*) ontworpen. De meeste van deze schalen werden ontworpen om kenmerken voor het voetlicht te brengen die geassocieerd zijn of deels ondervangen worden door de RC-schalen, maar die daar niet direct en volledig door gedekt worden. Niettemin worden deze schalen los geïnterpreteerd en dus niet in relatie tot de RC-schalen. De 23 *Specific Problem Scales* worden ingedeeld in vier subsets: Somatisch/Cognitief, Internaliserende problematiek, Externaliserende problematiek en Interpersoonlijke problematiek. Behalve deze *Specific Problem Scales* zijn er ook nog twee *Interest Scales* aan de MMPI-2-RF toegevoegd, deels ontleend aan de 'oude' Schaal 5: *Technisch/natuurkundige interesses* en *literaire/esthetische* interesses. In brede zin verwijzen deze schalen respectievelijk naar een meer actieve of passieve levensinstelling.

Tabel 1. De MMPI-2-RF Schalen: Namen, korte inhoud en aantal items

Afkorting	items	Schaalnaam
<b>VALIDITY SCALES</b>		
VRIN-r	53	<i>Variable Response Inconsistency</i> – Ad random antwoorden
TRIN-r	26	<i>True Response Inconsistency</i> – Eén richting op antwoorden
F-r	32	<i>Infrequent responses general population</i> – Items die weinig in de bevestigende richting worden beantwoord in de normale bevolking
Fp-r	21	<i>Infrequent responses psychiatric population</i> – Antwoorden die weinig voorkomen in een steekproef opgenomen psychiatrische patiënten
Fs	16	<i>Infrequent somatic complaints medical population</i> – (psycho-) somatische klachten die maar weinig voorkomen in bij somatische patiënten
FBS-r	30	<i>Non-credible somatic and cognitive complaints</i> – Somatische en cognitieve klachten die worden geassocieerd met overrapportage (overdrijven van klachten)
L-r	14	<i>Uncommon virtues</i> – Weinig voorkomende morele houdingen of activiteiten. (Onwaarschijnlijk) hoge morele standaard.
K-r	14	<i>Uncommonly high level of psychological adjustment</i> – Uiting van (extreem) goede psychologische aanpassing en onderrapportage van psychologische klachten.
<b>HIGHER ORDER SCALES</b>		
EID	41	<i>Emotional-Internalizing Dysfunction (2/7)</i> – Problemen die geassocieerd zijn met stemming en emotie.
THD	26	<i>Thought Dysfunction (6/8)</i> – Problemen die geassocieerd zijn met een stoornissen in het denken.
BXD	23	<i>Behavioral/Externalizing Dysfunction (4/9)</i> – Gedragsproblemen, problemen met ondergecontroleerd gedrag.
<b>RESTRUCTURED CLINICAL SCALES</b>		
RCdem	24	<i>Demoralization</i> – Algemeen emotioneel ongenoegen. Gedemoraliseerd, onzeker, pessimistisch, laag gevoel van eigenwaarde en gevoel te hebben gefaald.
RC1	27	<i>Somatic Complaints</i> – Somatische klachten, excessieve preoccupatie met lichamelijke zorgen en gezondheidsproblemen. Klagen over moeheid, zwakte en chronische pijn.
RC2	17	<i>Low Positive Emotions</i> – Anhedonie, depressief, pessimistisch, neiging zich terug te trekken. Gevoelens van verveling, isolatie, gebrek aan energie, moeite met het nemen van beslissingen.
RC3	15	<i>Cynicism</i> – Mensen die hoog scoren op Schaal 3 geven aan dat anderen niet te vertrouwen zijn, oneerlijk, alleen voor zichzelf zorgen en anderen uitbuiten.
RC4	22	<i>Antisocial Behavior</i> – 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	17	<i>Ideas of Persecution</i> – Items beschrijven de persoon als schietschijf, slachtoffer van krachten van buiten, omringd met boosaardige mensen.
RC7	24	<i>Dysfunctional Negative Emotions</i> – Angst, geïrriteerdheid, ongelukkig, hopeloos, veel piekeren en zorgen maken, overgevoeligheid, schuldgevoelens en intrusieve gedachten.
RC8	18	<i>Aberrent Experiences</i> – Hallucinaties, bizarre perceptuele ervaringen, waanachtige ideeën, gebrekkige realiteitstoetsing.
RC9	28	<i>Hypomanic Activation</i> – Grandioos zelfbeeld, algehele opwinding, geneigdheid sensatie te zoeken, risico's te nemen, slechte impulscontrole, euforie, verminderde behoefte aan nachtrust, <i>racing thoughts</i> en agressie.
<b>SPECIFIC PROBLEM SCALES</b>		
<i>Somatic</i>		
MLS	8	<i>Malaise</i> – Een algeheel gevoel van lichamelijk ongenoegen en slechte gezondheid.
GIC	5	<i>Gastro-Intestinal Complaints</i> – Misselijkheid, een maag die gemakkelijk van streek raakt en een slechte eetlust.
HPC	6	<i>Head Pain Complaints</i> – Hoofd- en nekpijn.
NUC	10	<i>Neurological Complaints</i> – Duizeligheid, zwakte, verlamming, evenwichtsverstoringen etc.
COG	10	<i>Cognitive Complaints</i> – Geheugenklachten, moeilijkheden met concentreren.
<i>Internalizing</i>		
SUI	5	<i>Suicidal/Death Ideation</i> – Suicidale ideatie en toegeven van recente zelfmoordpogingen.
HLP	5	<i>Helplessness/Hopelessness</i> – Het geloof dat doelen niet bereikt zullen worden en problemen niet opgelost worden.
SFD	4	<i>Self-Doubt</i> – Gebrek aan vertrouwen, gevoelens van nutteloosheid.
NFC	9	<i>Inefficacy</i> – Het geloof dat men besluiteloos is en niet capabel om doelen te bereiken.
STW	7	<i>Stress/Worry</i> – Preoccupatie met teleurstellingen en moeite met tijdsdruk.
AXY	5	<i>Anxiety</i> – Ernstige gegeneraliseerde angst, vrees en frequente nachtmerries.
ANP	7	<i>Anger Proneness</i> – Word gemakkelijk boos, is ongeduldig met anderen.
BRF	9	<i>Behavior-Restricting Fears</i> – Angsten die dagelijkse activiteiten ernstig beperken.
MSF	9	<i>Multiple Specific Fears</i> – Angst voor bloed, brand, onweer etc.
<i>Externalizing</i>		
JCP	6	<i>Juvenile Conduct Problems</i> – Moeilijkheden op school en thuis, stelen.
SUB	7	<i>Substance Abuse</i> – Huidig en voormalig misbruik van alcohol en drugs.
AGG	9	<i>Aggression</i> – Fysiek agressief, gewelddadig gedrag.
ACT	8	<i>Activation</i> – Verhoogde excitatie en energieniveau.
<i>Interpersonal</i>		
FML	10	<i>Family Problems</i> – Conflictueuze familierelaties.
IPP	10	<i>Interpersonal Passivity</i> – Niet assertief en onderdanig zijn.
SAV	10	<i>Social Avoidance</i> – Het vermijden en/of niet kunnen genieten van sociale situaties.
SHY	7	<i>Shyness</i> – Verlegen, voelen zich geremd en angstig in gezelschap van anderen.
DSF	6	<i>Disaffiliativeness</i> – Houden niet van mensen en zijn ook niet graag onder de mensen.
<i>Interests</i>		
AES	7	<i>Aesthetic-Literary</i> – Geïnteresseerd in muziek, literatuur, toneel.
MEC	9	<i>Mechanical</i> – Geïnteresseerd in het maken en bouwen van dingen, in sport en in het buiten leven.
<i>PSY-5-r</i>		
AGGR-r	18	<i>Aggressiveness-Revised</i> – Instrumentele, doelgerichte agressie
PSYC-r	26	<i>Psychoticism-Revised</i> – Problemen met de realiteitstoetsing, disconnectie van de realiteit.
DISC-r	20	<i>Disconstraint-Revised</i> – Ondergecontroleerd/impulsief gedrag.
NEGE-r	20	<i>Negative Emotionality / Neuroticism-Revised</i> – Angst, onzekerheid, zorgen en vrees.
INTR-r	20	<i>Introversiön/Low Positive Emotionality-Revised</i> – Sociale <i>disengagement</i> en anhedonie.

### PSYCHOPATHOLOGY-5-revised schalen

Ten slotte zijn de in Nederland reeds bekende MMPI-2 PSY-5-schalen (Egger et al., 2003) voor de MMPI-2-RF herzien. Deze vijf factoren sluiten goed aan bij de moderne inzichten in de factorstructuur van pathologische persoonlijkheidskenmerken (o.a. Widiger & Simonsen, 2005). In uitvoerig onderzoek naar de factorstructuur van pathologische persoonlijkheidskenmerken vonden Widiger en Simonson (2005) vier grote domeinen: extraversie versus introversie, antagonisme versus *compliance*, *constraint* versus *impulsivity*, en *emotional dysregulation* versus *emotional stability*. Een vijfde factor die regelmatig naar voren komt is *openness to experience of psychoticism*. De PSY-5 corresponderen sterk met deze vijf factoren.

### MMPI-2 of MMPI-2-RF?

Praktisch gezien kunt u, als u een cliënt of patiënt de MMPI-2 heeft laten invullen, ook de MMPI-2-RF-scores laten berekenen. Het is dan wel van belang dat de cliënt de gehele MMPI-2 invult, omdat de MMPI-2-RF items verspreid zitten door het gehele MMPI-2-boekje. Dit zou een praktische strategie kunnen zijn om te wennen aan de nieuwe test of om affiniteit te krijgen met de nieuwe test. Omgekeerd kan dat natuurlijk niet: u kunt geen MMPI-2 scores berekenen met alleen de MMPI-2-RF items.

Zoals bij iedere vernieuwing is er ook rondom de introductie en het nut van de MMPI-2-RF veel (wetenschappelijke) discussie ontstaan. De discussie heeft zich vooralsnog vooral toegespitst op de toegevoegde waarde van de geherstructureerde schalen ten opzichte van de klinische schalen. Een overzicht op deze discussie kan behulpzaam zijn bij het bepalen van de keuze welke test in een specifiek geval de beste keuze is. Rogers et al. (2006) bijvoorbeeld wijzen erop dat de RC-schalen erg transparant zijn (iedere cliënt weet wat ze beogen te meten en kunnen de scores op deze schalen zodoende gemakkelijk beïnvloeden) en dat Tellegen en collega's (2003) geen expliciet aandacht hebben besteed aan het onderdrukken van *response style bias* bij de constructie van de RC-schalen. Verder stellen zij dat de RC-schalen in de praktijk wellicht niet erg bruikbaar zijn vanwege het hoge percentage *within normal limit profiles* in klinische steekproeven. Wallace en Liljequist vonden dit ook (2005). Dit betekent dat je pas verhogingen op de RC-schalen te zien krijgt wanneer er daadwerkelijk sprake is van (ernstige) pathologie. Dat kan de RC-schalen (en dus de MMPI-2-RF) minder geschikt maken voor bijvoorbeeld gebruik binnen de eerste lijn. De klinische schalen zijn in ieder geval gevoeliger voor milde pathologie. Overigens kan de publicatie van de scores van een groot aantal referentiegroepen in de VS (en in de toekomst ook in Nederland) behulpzaam zijn bij de interpretatie van milde verhogingen.

Andere kritische kanttekeningen bij de RC-schalen zijn afkomstig van David Nichols (2006). Nichols heeft vooral kritiek op de wijze waarop de RC-schalen tot stand zijn gekomen. Volgens Nichols (2006) is de Demoralisatieschaal niet representatief voor de gemeenschappelijke variantie in de klinische schalen die verantwoordelijk is voor de hoge correlaties tussen de klinische

schalen. Ook laat Nichols zien dat de RC-schalen niet de 'kern' van de klinische schalen meten, en hij toont aan dat de RC-schalen erg veel overlap vertonen met al bestaande inhoudsschalen uit de MMPI-2. Rouse, Greene, Butcher, Nichols & Williams (2008) hebben dit laatste onlangs nog bevestigd in diverse klinische steekproeven. Overigens vormt de overlap tussen de RC-schalen en de inhoudsschalen in de MMPI-2-RF geen probleem omdat daar zoals gezegd de inhoudsschalen uit verwijderd zijn.

Een ander belangrijk punt van kritiek dat meer van toepassing is op het gebruik in de klinische praktijk betreft het feit dat de RC-schalen relatief 'smalle', unidimensionele constructen meten terwijl de klinische schalen verwijzen naar meer brede, multidimensionele constructen. Unidimensionele schalen zouden volgens Nichols (2006) en Caldwell (2006) voor klinici niet goed bruikbaar zijn omdat klinische syndromen in werkelijkheid ook multidimensioneel zijn. Bijvoorbeeld, een depressie gaat niet alleen gepaard met het onvermogen om te genieten, maar ook met slaapproblemen, concentratieproblemen, veranderde eetlust etc. Al deze kenmerken zijn wel opgenomen in klinische schaal 2 uit de MMPI-2, maar niet in de geherstructureerde schaal 2 die alleen verwijst naar anhedonie. Daarnaast worden de RC-schalen in veel validiteitsstudies vergeleken met de klinische schalen in relatie tot diverse unidimensionele maten. Het is niet verwonderlijk dat de RC-schalen dan betere resultaten laten zien aldus Nichols (2006) omdat dit geen eerlijke vergelijkingen zijn: bij vergelijkingen tussen de RC-schalen en de klinische schalen moet men beide schalen relateren aan multidimensionele syndromen.

Tellegen et al. (2006) geven een weerwoord op deze kritiek en presenteren nieuwe data om een aantal van deze kritiekpunten te weerleggen. De discussies lopen soms hoog op en drijven voren tegenstanders sterk uiteen. Gelukkig zijn er ook onderzoekers die de tegenstellingen meer nuanceren en buiten de scholenstrijd blijven (Finn & Kamphuis, 2006; Simms, 2006).

Een ander aandachtspunt dat met name door Butcher en collega's (Butcher, Hamilton, Rouse, Cumella, 2006) naar voren wordt gebracht, is het mogelijk verloren gaan van een rijke onderzoekstraditie naar de klinische schalen van de MMPI-2. Nu de klinische schalen definitief geschrapt zijn uit de MMPI-2-RF, gaan daarmee ook belangwekkende onderzoeksgegevens verloren. Zoals gezegd is er veel onderzoek naar de klinische schalen bekend (naar de gehele MMPI inmiddels al meer dan 15.000 publicaties) die voor de clinicus zijn samengevat door onder meer Greene (2000), Graham (2006) en Friedman, Lewak, Nichols en Webb (2001). Butcher wijst bijvoorbeeld op het gemis van enkele code-types (zoals het 2-3-1 codetype) waarnaar veel empirisch onderzoek is verricht, maar die in de RC-schalen en hogere orde factoren (en dus in de MMPI-2-RF) niet meer terugkomen.

Ten aanzien van de inhoudsschalen kan worden aangemerkt dat de bekende inhoudsschalen uit de MMPI veel meer items omvatten dan de *Specific Problem Scales* uit de MMPI-2-RF. Sommige van deze schalen bevatten slechts enkele items (bijvoorbeeld SUI, SFD, AXY) hetgeen ongunstig kan zijn voor de betrouwbaarheid (Emons, Sijtsma & Meijer, 2007). Niettemin worden in de tech-

nische handleiding van de MMPI-2-RF voldoende tot goede betrouwbaarheidscijfers gepresenteerd voor deze schalen in diverse patiëntenpopulaties. Als maten voor betrouwbaarheid wordt dan de *Standard Error of Measurement (SEM)*, test-herstest-coëfficiënten en gemiddelde inter-item correlaties gebruikt omdat Cronbach's Alpha afhankelijk is van de lengte van de schaal. Eigen onderzoek naar de test-herstest-betrouwbaarheid van de SUI-schaal in een gezonde steekproef leverde slechte resultaten op (Van der Heijden, Egger & Derksen, *submitted*). Dit gegeven kan echter worden verklaard door het feit dat deze schaal alleen maar items bevat die in de 'normale' bevolking bijna nooit bevestigend worden beantwoord. Dit maakt dat de schaal snel onbetrouwbaar kan worden in gezonde steekproeven omdat kleine veranderingen in scores direct grote gevolgen hebben. In Amerikaanse patiëntenpopulaties worden veel betere betrouwbaarheidscoëfficiënten gevonden (Tellegen & Ben-Porath, 2008). Toekomstig Nederlands onderzoek zal uitwijzen of deze waarden ook in Nederlandse patiëntenpopulaties worden gevonden.

### Tot slot

Momenteel vindt er vanuit verschillende onderzoeksgroepen in Nederland en België onderzoek plaats naar de psychometrische eigenschappen en de klinische toepasbaarheid van de RC-schalen. Vanzelfsprekend leidt dit onderzoek tot een verhoogde bruikbaarheid van de test maar of klinici ook enthousiast raken over de test valt nog af te wachten. Hoewel er in Nederland ook kritiek is op de MMPI-2 (Hafkenscheid, 2009; Jaspers, 2008; Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2003) blijft de test populair. De meeste klinici hebben zo hun persoonlijke voorkeuren en affiniteiten aangaande verschillende psychologische tests. De keuze voor het gebruik van een bepaalde test is lang niet altijd ingegeven door theoretische inzichten en empirische bevindingen.

Op grond van de huidige gegevens komen de auteurs van dit artikel, allen klinici en MMPI-2/MMI2-RF-onderzoekers, nog niet tot een advies aan de gebruikers, behalve dat beide versies binnenkort naast elkaar gebruikt kunnen worden opdat daarmee een goede kennismaking met de MMPI-RF zal plaatsvinden. Óf de MMPI-2-RF de nieuwe standaard gaat worden zal dan nog moeten blijken. ■

### Literatuur

- Arbisí, P. A. & Ben-Porath, Y. S. (1997). Characteristics of the MMPI-2 F(p) scale as a function of diagnosis in an inpatient sample of veterans. *Psychological Assessment*, 9(2), 102-105.
- Arbisí, P. A. & Ben-Porath, Y. S. (1998). The ability of Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 validity scales to detect fake-bad responses in psychiatric-inpatients. *Psychological Assessment*, 10(3), 221-228.
- Ben-Porath (2006). Differentiating Normal from Abnormal Personality with the MMPI-2. In: Strack, S. (Ed.) *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (2nd ed.) p. 337- 382 New York: Springer Publishing Company.
- Ben-Porath, Y. S. & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF User's Guide for Reports*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Berry, D. T. R. & Schipper, L. J. (2007). Detection of feigned psychiatric symptoms during forensic neuropsychological examinations. In G. J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingering neuropsychological deficits*. (pp. 226-263). NY: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. (1996). Translation and adaptation of the MMPI-2 for international use. In J. N. Butcher (Ed.), *International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications* (pp. 26-43). Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Butcher, J. N. (2005). *A beginner's guide to the MMPI-2* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W.G., Graham, J. R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2. An administrative and interpretive guide*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, Y. S., Dahlstrom, W. G. & Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*. (rev. ed.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Hamilton, C. K., Rouse, S.V., Cumella, E. J., (2006). The Deconstruction of the Hy Scale of MMPI-2: Failure of RC3 in Measuring Somatic Symptom Expression. *Journal of Personality Assessment*, 87(2), 186-192.
- Butcher, J. N. & Rouse, S. (1996). Clinical personality assessment. *Annual Review of Psychology*, 47, 87-111.
- Caldwell, A. B. (2006). Maximal Measurement or Meaningful Measurement: The Interpretive Challenges of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales. *Journal of Personality Assessment*, 87(2), 193-201.
- Camara, W. J., Nathan, J. S. & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 141-154.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI)*, professional manual. Psychological Assessment Resources Inc.
- Dearth, C. S., Berry, D. T. R., Vickery, C. D., Vagnini, V. L., Baser, R. E., Orey, S. A. & Cragar, D. E. (2005). Detection of feigned head injury symptoms on the MMPI-2 in head injured patients and community controls. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 95-110.
- Derksen, J., De Mey, H., Sloore, H. & Hellenbosch, G. (1993). *MMPI-2: Handleiding bij afname, scoring en interpretatie* [Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: MMPI-2: Manual for administration, scoring, and interpretation]. Nijmegen, The Netherlands: PEN Test Publishers.
- Derksen, J., De Mey, H., Sloore, H. & Hellenbosch, G. (2006). *MMPI-2: Handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Tweede, gewijzigde uitgave [Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration, scoring, and interpretation]. Nijmegen, The Netherlands: PEN Test Publishers.
- Egger, J. I. M., De Mey, H. R. A., Derksen, J. J. L. & Van der Staak, C. P. F. (2003). Cross-cultural replication of the five-factor model and comparison of the NEO-PI-R and MMPI-2 PSY-5 scales in a Dutch psychiatric sample. *Psychological Assessment*, 15, 81-88.
- Emons, W. H. M., Sijtsma, K. & Meijer, R. R. (2007). On the consistency of individual classification using short scales. *Psychological Methods*, 12, 105 - 120.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Groot, C.J. (2000). Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland, deel 1 en 2. Amsterdam/Assen: NIP/Van Gorcum.
- Evers, A., Zaal, J.N. & Evers, A.K. (2002). Ontwikkelingen in het testgebruik van Nederlandse psychologen. *De Psycholoog*, 36, 54-61.
- Finn, S. E., Kamphuis, J. H. (2006). The MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales and Restraints to Innovation, or "What Have They Done to My Song?" *Journal of Personality Assessment*, 87(2), 202-210.
- Friedman, A. F., Lewak, R., Nichols, D. S. & Webb, J. T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Greene, R.L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual*. Boston: Allyn & Bacon.
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., Gola, T., Donders, J. & Miller, L. J. (2002). The FBS in atypical and severe closed head injury litigants. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1591-1600.
- Hafkenscheid, A. (2009) *Psychotherapeutische diagnostiek: kanttekeningen bij Van der Heijden, Derksen en Egger* (2008). *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35,xx- yy.
- Harkness, A.R. (1992). Fundamental topics in the personality disorders: Candidate trait dimensions from lower regions of the hierarchy. *Psychological Assessment*, 4, 251 - 259.
- 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.
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., Ben-Porath, Y.S. & Graham, J.R. (2002). *The personality psychopathology Five (PSY-5) Scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual*. New York: Psychological Corporation.
- Heijden, P. van der, Egger, J. & Derksen, J. (2007). Chirurgische ingrepen in de MMPI-2: Komt de patiënt versterkt uit de narcose? *De Psycholoog*, 42, 589-597.
- Jaspers, J.P.C. (2008). *Psychotherapeutische diagnostiek: over de toegevoegde waarde van testdiagnostiek*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 369-378.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2003). De MMPI-2 in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 88-104.
- Krueger, R.F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Krueger, R.F., McGue, M. & Iacono, W.G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization externalization and their connections to personality. *Personality & Individual Differences*, 30, 1245-1259.

- Nichols, D. S. (2006). The trials of separating bath water from baby: A review and critique of the MMPI-2 Restructured Clinical scales. *Journal of Personality Assessment*, 87, 121-138.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Harrison, K. W. & Jordan, M. J. (2006). The MMPI-2 Restructured Clinical scales: A paradigmatic shift to scale development. *Journal of Personality Assessment*, 87, 139-147.
- Rouse, S.V., Greene, R.L., Butcher, J.N., Nichols, D.S. & Williams, C.L. (2008). What do the MMPI-2 Restructured Clinical Scales Reliably Measure? Answers From Multiple Research Settings. *Journal of Personality Assessment*, 90, 435–442.
- Sellbom, M. & Ben-Porath, Y. S. (2005). Mapping the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales onto normal personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 85, 179-187.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S. & Bagby, R.M. (2008). Personality and Psychopathology: Mapping the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales onto the Five Factor Model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 22, 291-312.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S., Graham, J.R., Arbisi, P.A. & Bagby, R.M. (2005). Susceptibility of the MMPI-2 Clinical, Restructured Clinical (RC), and Content Scales to Overreporting and Underreporting. *Assessment*, 12, 79-85
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y.S. & Graham, J.R. (2006). Correlates of the MMPI-Restructured Clinical (RC) scales in a college counselling setting. *Journal of Personality Assessment*, 84, 89-99.
- Sellbom, M., Graham, J.R., Schenk, P.W., (2006) Incremental validity of the MMPI-2 Restructured Clinical Scales in a Private Practice Sample. *Journal of Personality Assessment*, 86, 196-205.
- Simms, L. J. (2006). Bridging the Divide: Comments on the Restructured Clinical Scales of the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 87(2), 211-216.
- Simms, L.J., Casillas, A., Clark, L.A., Watson, D. & Doebbeling, B.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, MN: 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.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., Sellbom, M., Arbisi, P. A., McNulty, J. L. & Graham, J. R. (2006). Further evidence on the validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales: Addressing questions raised by Rogers, Sewell, Harrison and Jordan and Nichols. *Journal of Personality Assessment*, 87, 148-171.
- 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. (submitted). Comparability of scores on the MMPI-2-RF scales generated with the MMPI-2 and MMPI-2-RF Booklets.
- Wallace, A. & Liljequist, L. (2005). A comparison of the correlational structures and elevation patterns of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) and Clinical Scales. *Assessment*, 12, 290-294.
- Watson, D., and Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 2 19-235.
- Wechsler, D. (1997a). Wechsler Adult Intelligence Scale—Third Edition. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- P.T. van der Heijden is werkzaam als klinisch psycholoog bij het Centrum voor Adolescenten Psychiatrie van de Reinier van Arkel Groep te 's-Hertogenbosch en als docent en onderzoeker bij de faculteit sociale wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen. Correspondentie adres: Reinier van Arkel Groep Locatie 's-Hertogenbosch, Postbus 70058, 5201 DZ 's-Hertogenbosch. E-mail: P.T.vander.Heijden@RvAGroep.nl
- Dr. J.I.M. Egger is als universitair docent verbonden aan de Sectie Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen, als P-opleider werkzaam bij GGZ NML te Venray en als onderzoekssupervisor verbonden aan de Pompstichting te Nijmegen. Correspondentieadres: Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen. E-mail: J.Egger@psych.ru.nl
- Prof. dr. J.J.L. Derksen is universitair hoofddocent psychodiagnostiek aan de Sectie Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen en hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Brussel. Correspondentieadres: Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen. E-mail: J.Derksen@psych.ru.nl