

Toepasbaarheid van de MMPI-2-RF bij patiënten met zwakbegaafdheid

H. Janssen, T. van den Hazel, M. Delforterie, P.T. van der Heijden, R. Didden

- Achtergrond** Voor personen met zwakbegaafdheid zijn er nauwelijks psychometrisch goed onderbouwde diagnostische instrumenten beschikbaar om persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen in kaart te brengen. Het is belangrijk betrouwbare diagnostiek te kunnen uitvoeren bij deze doelgroep vanwege het hoge risico op psychische stoornissen.
- Doel** Bepalen of de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) toepasbaar is bij patiënten met zwakbegaafdheid (Verbaal Begrip Index (VBI) = 70-85) en psychische stoornissen.
- Methode** Beschrijvende en vergelijkende analyses van de scores op de validiteitsschalen van de MMPI-2-RF van patiënten met zwakbegaafdheid en een gematchte groep respondenten met een gemiddelde begaafdheid zonder psychische stoornissen.
- Resultaten** De scores op de validiteitsschalen wezen uit dat patiënten met zwakbegaafdheid een consistent en valide beeld kunnen geven over hun klachten en persoonlijkheidskenmerken. In vergelijking met de gematchte groep respondenten uit de normgroep rapporteerden zij even consistent en rapporteerden zij significant meer klachten.
- Conclusie** De MMPI-2-RF kan worden gebruikt in het diagnostisch onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen bij patiënten met zwakbegaafdheid.

In de klinische praktijk wordt bij diagnostiek van persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen bij patiënten met een gemiddeld of hoger niveau van cognitief functioneren gebruikgemaakt van verschillende methoden (Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen 2008). Hierbij neemt zelfrapportage een belangrijke plaats in. Echter, voor patiënten met een lager niveau van cognitief functioneren zijn er zeer weinig diagnostische instrumenten beschikbaar (Van den Hazel & Didden 2016; Lindsay e.a. 2018; Tyrer e.a. 2020). Dit is een groot gemis omdat deze doelgroep in vergelijking met mensen met een gemiddelde cognitieve begaafdheid een hogere kans heeft op het ontstaan van psychische stoornissen (Crocker e.a. 2014; Mazza e.a. 2020) zoals aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), autismespectrumstoornis (ASS), angst- en stemmingsstoornissen, traumagerelateerde stressstoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Buckley e.a. 2020; Cooper 2020; Mevissen e.a. 2020; Noorthoorn e.a. 2021). Het is bovendien bekend dat deze stoornissen in combinatie met lagere cognitieve vermogens samengaan met ernstiger en persisterende beperkingen gedurende het leven (Caspi e.a. 2014).

In dit artikel spreken we over ‘psychische stoornissen’ als verzamelterm voor het geheel aan klachten, symptomen, syndromen en gedragsproblemen conform classificaties in de DSM-5. De term ‘persoonlijkheidskenmerken’ gebruiken we in deze bijdrage zowel voor persoonlijkheidstrekken, persoonlijkheidsfunctioneren als voor kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen. Psychodiagnostiek bij mensen met zwakbegaafdheid is bij voorkeur handelingsgericht (Coertjes e.a. 2021). Voor een goed begrip van de gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen is het noodzakelijk patiënten in hun ontwikkelingsgeschiedenis en begeleidingscontext te begrijpen. Pas wanneer er begrip is van de invloed van de zwakbegaafdheid op de ontwikkeling kunnen we problemen die samenhangen met persoonlijkheidskenmerken goed onderzoeken. Psychische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid worden doorgaans onvoldoende onderkend en gediagnosticeerd omdat problemen in het functioneren worden toegeschreven aan de gevolgen van de cognitieve en adaptieve beperkingen. Dit noemt men ook wel *diagnostic overshadowing* (Lindsay e.a. 2018; Comer-Hagans e.a. 2020; Smits e.a. 2020). Wereldwijd wordt de MMPI-2-RF (Ben-Porath & Tellegen 2008a) veel gebruikt om persoonlijkheidskenmerken

AUTEURS

Hanneke Janssen, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Trajectum.

Teunis van den Hazel, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Trajectum.

Monique Delforterie, wetenschappelijk onderzoeker, Trajectum.

Paul van der Heijden, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Reinier van Arkel en bijzonder hoogleraar, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

Robert Didden, GZ-psycholoog, Trajectum en bijzonder hoogleraar, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

Correspondentie

Hanneke Janssen (Hjanssen@trajectum.info).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-6-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(10):650-656

en -stoornissen in kaart te brengen. In de klinische praktijk neemt men doorgaans aan dat zelfrapportage-instrumenten bij patiënten met zwakbegaafdheid leiden tot minder betrouwbare en valide uitkomsten (Van den Hazel & Didden 2016; Lindsay e.a. 2018; Tyrer e.a. 2020). In de handleiding van de voorloper van de MMPI-2-RF, de MMPI-2, stellen Derksen e.a. (1996) dat men bij een verbale intelligentiescore onder de 90 extra ondersteuning moet geven aan het begrijpen van de items. Tot op heden is er voor zover ons bekend geen empirisch onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van de MMPI-2-RF bij patiënten met zwakbegaafdheid en comorbide psychische stoornissen terwijl aanvullend onderzoek met deze test juist bij deze doelgroep van waarde kan zijn.

De MMPI-2-RF bevat zogenaamde validiteitsschalen. Deze schalen geven inzicht in 1. de mate waarin de patiënt (in)consistent antwoord geeft op de vragen, 2. in welke mate de patiënt over- of onderrapporteert over de ervaren symptomen en 3. in welke mate de patiënt de test sociaal wenselijk heeft ingevuld. De eerstgenoemde validiteitsschalen bevatten een aantal itemparen die inhoudelijk hetzelfde meten maar die subtiel anders geformuleerd zijn. Als veel van dergelijke itemparen niet consistent worden beantwoord, dan is dat een mogelijke indicatie dat de test niet valide is. In de normgroep worden dergelijke itemparen namelijk door de meerderheid van de mensen consistent beantwoord. Bij de schalen die een indicatie geven voor overrapportage is in de normgroep en andere referentiegroepen (bijvoorbeeld opgenomen psychiatrische patiënten) onderzocht welke items slechts in uitzonderlijke gevallen (minder dan 10%) in de bevestigende (scorende) richting zijn beantwoord (Van der Heijden e.a. 2013).

In dit onderzoek willen we bij een steekproef van patiënten met zwakbegaafdheid en comorbide psychische stoornissen onderzoeken wat de toepasbaarheid is van de MMPI-2-RF. Bij deze studie richten we ons daarvoor op de validiteitsschalen van het instrument. Onze belang-

rijkste vraag is of patiënten met zwakbegaafdheid consistent antwoorden. Daarnaast zullen we de mate van over- en onderrapportage bespreken. We vergelijken de resultaten van de patiënten met zwakbegaafdheid met een gematchte groep respondenten met een gemiddelde intelligentie uit de normgroep.

METHODE

Participanten en setting

De patiënten waren ten tijde van het onderzoek in ambulante zorg (met poliklinische behandelafspraken) of klinische zorg (opgenomen op een klinische afdeling) bij Trajectum. Trajectum biedt ambulante en klinische behandeling aan mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (IQ 50-85), comorbide stoornissen en risicovol (delict)gedrag. De meest voorkomende stoornissen naast de cognitieve beperking zijn middelengerelateerde stoornissen (53%), persoonlijkheidsstoornissen (53%) en psychotische stoornissen (29%). Bij 68% van de patiënten is er meer dan één stoornis (Delforterie e.a. 2020). Behandeling vindt plaats op het snijvlak van de verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. De patiënten (n = 101) waren 52 vrouwen en 49 mannen, allen met een *Verbaal Begrip Index* (VBI) van 70-85 (M = 77,31; SD: 3,93). De gemiddelde leeftijd was 30 jaar (SD: 9; uitersten: 18-55). Van de patiënten waren er 85 in ambulante en 16 in klinische behandeling. Ongeveer een kwart van hen had een forensische maatregel (n = 29). De redenen van aanmelding of opname waren: emotieregulatieproblematiek (n = 37), internaliserende problematiek (n = 23), agressie (n = 13), overig antisociaal gedrag (n = 21) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (n = 7).

We matchten de patiënten één op één aan respondenten uit de normgroep van de MMPI-2-RF. Deze normgroep werd in 2012 verzameld door Center Data en bestaat uit

2150 respondenten, 1121 mannen en 1029 vrouwen (zie van der Heijden e.a. 2013). Eerst werden alle respondenten uit de normgroep geselecteerd met een gemiddeld intellectueel functioneren (middelbaar beroepsonderwijs (mbo) als opleidingsniveau). Vervolgens werd deze subgroep uit de normgroep op leeftijd en geslacht gematcht aan de patiënten met zwakbegaafdheid. De gemiddelde leeftijd was 30 jaar (SD: 9; uitersten: 18-55).

Procedure

De data werden verzameld in de periode van 2011 tot 2018. Data van de meeste patiënten (n = 76) werden anoniem verwerkt in een databestand met MMPI-2-protocollen die verzameld werden tussen 2011 en 2016. Data van de overige patiënten (n = 25) werden met informed consent verzameld in 2017 en 2018. De vragenlijsten werden ingevuld door patiënten in de diagnostische fase. Het invullen vond plaats in het bijzijn van een assistent die eventuele vragen kon beantwoorden. De volledige MMPI-2-RF-dataset (n = 101) werd verkregen door op basis van MMPI-2-afnames MMPI-2-RF-scores te berekenen. Eerder werd aangetoond dat de gehanteerde versie (MMPI-2 of MMPI-2-RF) geen invloed heeft op de scores (Ben-Porath & Tellegen 2008a; Van der Heijden e.a. 2010). Omdat onze studie gericht was op de validiteitsschalen van het instrument screenden we de protocollen van de patiënten van Trajectum vooraf niet op hun validiteit.

MMPI-2-RF

De MMPI-2-RF is een diagnostisch instrument dat wereldwijd wordt gebruikt voor diagnostisch en wetenschappelijk onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen. De originele versie van dit instrument werd ontwikkeld in de jaren 30 van de vorige eeuw en nadien verschillende keren herzien. De MMPI-2-RF omvat 338 items (akkoord/niet akkoord) die de patiënt zelf beantwoordt. De test heeft 8 validiteitsschalen en 42 inhoudelijke schalen. Van alle 50 schalen worden T-scores berekend (Van der Heijden e.a. 2013).

In dit artikel bespreken we alleen de validiteitsschalen die een indicatie geven van antwoord(in)consistentie en over- of onderrapportage. De schaal 'niet-beantwoorde items' laten we buiten beschouwing omdat alle protocollen volledig waren ingevuld. De validiteitsschalen bepalen of de inhoudelijke schalen van de MMPI-2-RF interpreteerbaar zijn of dat er een voorbehoud nodig is. De 338 items uit de MMPI-2-RF komen voort uit de oorspronkelijke 574 items van de MMPI-2. Veel ingewikkeld geformuleerde items werden verwijderd in de MMPI-2-RF. Zo werd het MMPI-2-item 'Ik ga graag om met mensen die elkaar poetsen bakken' weggelaten uit de MMPI-2-RF omdat veel mensen dit niet begrepen. Om deze reden kunnen we aannemen dat het vereiste leesniveau voor de items van de MMPI-2-RF lager is dan voor de MMPI-2.

Het vereiste leesniveau van de MMPI-2-RF-items is echter in veel gevallen nog geen taalniveau B1. Dit niveau

staat voor eenvoudig Nederlands en sluit goed aan bij mensen met zwakbegaafdheid. Een voorbeeld is het item: 'Meestal voel ik me neerslachtig'; dit zou in B1 zijn: 'Vaak voel ik me verdrietig'.

(In)consistentie

De validiteitsschalen 'ongerichte antwoordinconsistentie' (*Variable Response INconsistency*; VRIN-r) en 'gerichte antwoordinconsistentie' (*True Response INconsistency*; TRIN-r) helpen te bepalen of er sprake is van (*in*)consistenties in het antwoordpatroon. Beide schalen bestaan uit een aantal itemparen die consistent beoordeeld dienen te worden. Bijvoorbeeld bij VRIN-r de items: 'Ik vind het moeilijk om mijn gedachten bij een taak of werk te houden' en 'Ik kan mijn gedachten niet bij één ding houden' en bij TRIN-r: 'Ik geniet van de drukte van een grote menigte' en 'Als het enigszins mogelijk is vermijd ik een grote menigte'. Inconsistenties in beantwoording van dergelijke itemparen kunnen veroorzaakt worden door bijvoorbeeld een niet-coöperatieve testhouding, willekeurig antwoorden, lees- of taalproblemen of door een cognitieve beperking. Bij zowel de VRIN-r als de TRIN-r betekent een T-score ≥ 80 dat het protocol als niet valide moet worden beschouwd vanwege inconsistente antwoorden.

Overrapportage

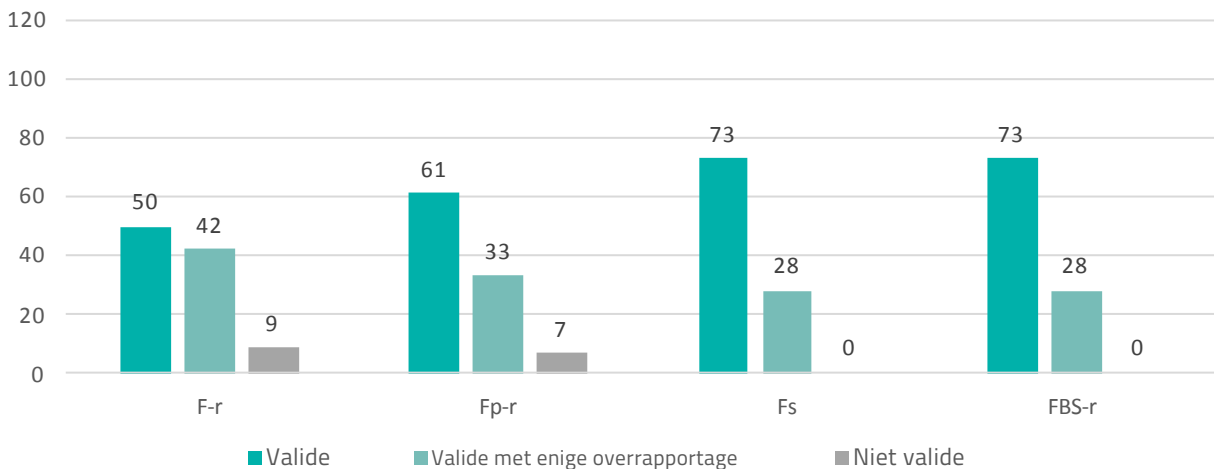
De volgende validiteitsschalen zijn nuttig bij de bepaling of er sprake is van *overrapportage*:

- 'laag frequentieschaal, herzien' (F-r) bevat items die zelden in de scorende richting beantwoord worden door de normgroep),
- de 'F psychopathologie, herzien' (Fp-r) bevat items die zelden in de scorende richting worden beantwoord door personen met ernstige psychische stoornissen,
- de schaal 'infrequent antwoordpatroon somatiek' (Fs) bevat items met somatische inhoud die zelden bevestigend beantwoord worden door medische patiënten en
- de schaal 'ongeloofwaardige somatische en cognitieve klachten' (FBS-r) bevat items die een ongeloofwaardige presentatie geven van somatische en/of cognitieve symptomen.

Met overrapportage bedoelen we dat de gerapporteerde problemen uitzonderlijk zijn in vergelijking met een bepaalde referentiegroep. Lichte verhogingen op de F-r-schaal kunnen een aanwijzing zijn voor psychische stoornissen of emotionele stress. Een T-score op de schaal F-r ≥ 79 (+ 3 SD) geeft aanwijzingen voor overrapportage en bij een T-score ≥ 120 (+ 7 SD) worden de testresultaten als niet valide beschouwd. Hoge scores op de Fp-r schaal zijn eerder een aanwijzing voor symptoomoverdrijving dan hoge scores op de F-r schaal. Bij de schaal Fp-r geeft een T-score ≥ 70 (+ 2 SD) aanwijzingen voor overrapportage en worden de testresultaten als niet valide beschouwd als op deze schaal de T-score ≥ 100 .

De schalen Fs en FBS-r verwijzen naar weinig voorkomende (uitzonderlijke) somatische en cognitieve klach-

Figuur 1. Schalen voor overrapportage



ten. Bij een T-score ≥ 80 zijn er aanwijzingen voor overrapportage en bij een T-score ≥ 100 worden de scores op de schalen voor cognitieve en lichamelijke klachten als niet valide beschouwd.

Onderrapportage

De validiteitsschalen 'ongebruikelijke deugden, herzien' (L-r, items waarbij respondent kleine zwakheden en tekortkomingen ontkent die de meeste mensen toegeven), en 'ongebruikelijk hoog niveau van psychologische aanpassing, herzien' (K-r, aanwijzingen dat de respondent zichzelf heeft voorgedaan als goed aangepast) helpen bepalen of er sprake is van *onderrapportage en sociale wenselijkheid*. Bij de schaal L-r geeft een T-score ≥ 65 aanwijzingen voor onderrapportage. Bij de schaal K-r betekent een T-score ≥ 60 dat er mogelijk sprake is van onderrapportage, en een T-score ≥ 70 dat de testafname mogelijk niet valide is.

Statistische analyses

Eerst beschreven we voor de patiënten met zwakbegaafdheid de resultaten op de validiteitsschalen voor (in)consistentie, over- en onderrapportage. Vervolgens vergeleken we de ruwe scores van de patiënten met zwakbegaafdheid op de validiteitsschalen met die van de gematchte respondenten uit de normgroep. We vergeleken de ruwe scores met t-toetsen. Hierbij werd voldaan aan de assumpties. Na bonferronicorrectie moest p kleiner zijn dan 0,006 om het betreffende verschil significant te mogen noemen.

RESULTATEN

Beschrijvende analyses

Van de 101 patiënten met zwakbegaafdheid lieten 94 een consistente beantwoording van de vragen zien (T-score < 80) op de VRIN-r. Verder bleek dat 93 van de 101 patiënten tot een consistente beantwoording (T-score < 80)

kwamen op de TRIN-r. Dit betekent dat zij grotendeels consistent over symptomen rapporteerden en in staat waren de items te begrijpen en consistent te beantwoorden.

Van de patiënten met zwakbegaafdheid hadden 92 van de 101 valide gerapporteerd op de schalen voor overrapportage (T-score < 120) (zie ook [figuur 1](#)). Er waren bij 42 patiënten aanwijzingen voor overrapportage vanwege een relatief groot aantal uitzonderlijke klachten (F-r-T-score ≥ 79 maar < 120), bij 33 patiënten waren er aanwijzingen voor overrapportage van ernstige psychische stoornissen (Fp-r-T-score ≥ 70 en < 100) en bij 28 participanten overrapportage op het gebied van somatische en cognitieve klachten (Fs-T-score ≥ 80 en < 100).

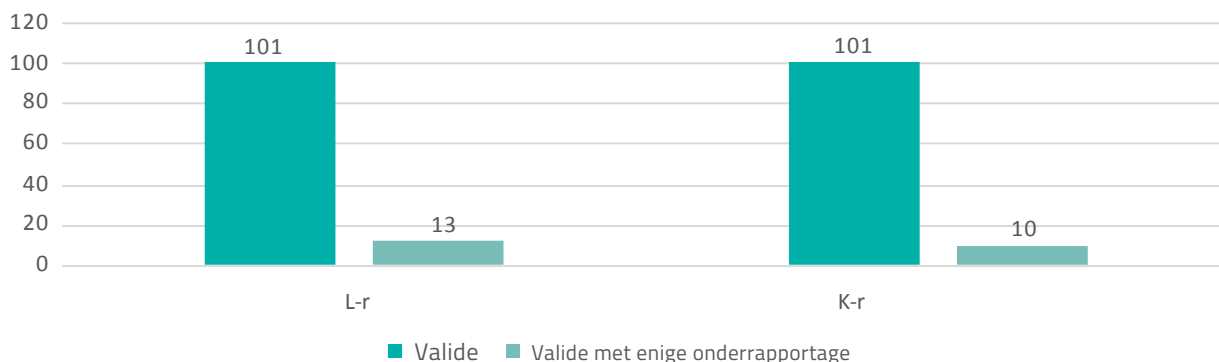
Alle 101 patiënten met zwakbegaafdheid hadden valide gerapporteerd op de schalen voor onderrapportage (T-score < 80 op de L-r en T-score < 70 op de K-r).

Bij 13 patiënten was er enige onderrapportage (T-score ≥ 65 en < 80) (zie [figuur 2](#)) en 10 patiënten presenteerden zichzelf als opvallend goed aangepast (T-score ≥ 60 en < 70).

Patiënten met zwakbegaafdheid vs. gematchte respondenten

Met t-toetsen vergeleken we de ruwe scores op de validiteitsschalen van de patiënten met zwakbegaafdheid met de ruwe scores van de gematchte respondenten uit de normgroep met een gemiddelde begaafdheid. De ruwe scores van beide groepen verschilden op bijna alle validiteitsschalen significant van elkaar (zie [tabel 1](#)). Alleen op de schaal voor gerichte antwoord(in)consistentie TRIN-r was er géén significant verschil. De scores van de groep patiënten met zwakbegaafdheid op ongerichte antwoord(in)consistentie (VRIN-r), de scores van de overrapportageschalen (F-r, Fp-r, Fs, en FBS-r) en een schaal van de onderrapportage (L-r) vielen significant hoger uit dan die van de groep respondenten met een gemiddelde begaafdheid. Er was op één van de schalen voor antwoord(in)consistentie een significant hogere

Figuur 2. Schalen voor onderrapportage



score en er was een significant hogere score op overrapportage bij de groep patiënten met zwakbegaafdheid dan bij de gematchte groep.

De score op één onderrapportageschaal (K-r, ‘ongebruikelijk hoog niveau van psychologische aanpassing’) van de patiënten met zwakbegaafdheid viel significant lager uit dan die van de groep respondenten met een gemiddelde begaafdheid. Laatstgenoemde groep toonde significant meer onderrapportage. Dit betekent dat zij significant meer geneigd waren zichzelf als goed aangepast te presenteren. Zoals tabel 1 laat zien, waren de effect sizes van de schalen TRIN-r en L-r klein, van de schalen VRIN-r en K-r middelgroot, en van de schalen F-r, Fp-r, Fs en FBS-r groot (zie Cohen 1992).

DISCUSSIE

In deze studie hebben we onderzocht of patiënten met zwakbegaafdheid en comorbide psychische stoornissen de MMPI-2-RF consistent invullen en of hun scores afwijken van die van een op leeftijd en geslacht gematchte normgroep. Uit de resultaten blijkt dat patiënten met zwakbegaafdheid de vragen van de MMPI-2-RF consistent en valide kunnen beantwoorden. De resultaten laten verder zien dat 28-42 van de patiënten (figuur 1)

in hoge mate uitzonderlijke of weinig voorkomende klachten rapporteren, hetgeen een indicatie geeft van de ernst en de uitzonderlijkheid van hun problemen of van overrapportage.

Ten slotte wijzen de resultaten uit dat patiënten met zwakbegaafdheid op één schaal voor gerichte antwoord(in)consistentie significant hoger scoren dan de normgroep en op één schaal voor ongerichte antwoordconsistentie niet afwijken van de normgroep. Op schalen voor over- en onderrapportage scoren patiënten met zwakbegaafdheid significant hoger dan een gematchte normgroep, behalve op één schaal voor onderrapportage waar patiënten met zwakbegaafdheid juist significant lager scoren dan de normgroep.

Betekenis bevindingen

Een eerste conclusie is dat de testafnames van de groep patiënten met zwakbegaafdheid als geldig worden beschouwd. Dat betekent dat zij items die verschillend zijn geformuleerd, maar inhoudelijk hetzelfde zijn consistent invullen. De overige participanten (7%) hebben niet consistent en betrouwbaar geantwoord op de vragen. Dit komt overeen met steekproeven van forensische participanten met een gemiddeld intelligentieniveau en ernstige psychische stoornissen (Gu e.a. 2017).

Tabel 1. Vergelijking op de validiteitschalen tussen de groepen

Validiteits-schaal	Gem. ruwe score	SD	Uitersten ruwe score	Gem. ruwe score	SD	Uitersten ruwe score	t	df	p	Cohens d
	Zwakbegaafden		Zwakbegaafden	Gemiddeld begaafden		Gemiddeld begaafden				
VRIN-r	4,9	2,22	0-10	3,3	1,88	0-8	5,48*	200	0,000	0,68
TRIN-r	11,3	1,85	7-16	11,0	1,06	8-13	1,59	159,213	0,114	0,20
F-r	9,0	6,03	0-25	2,0	2,32	0-12	10,90 *	128,877	0,000	1,53
Fp-r	3,4	2,56	0-11	1,3	1,10	0-5	7,39*	135,852	0,000	1,07
Fs	3,8	2,85	0-12	1,3	1,21	0-5	8,27*	134,678	0,000	1,14
FBS-r	13,9	5,52	4-26	7,5	3,15	0-17	10,09*	158,960	0,000	1,42
L-r	5,3	2,52	0-11	4,4	2,05	0-9	2,85*	192,163	0,005	0,39
K-r	5,6	3,33	0-13	7,4	2,57	1-14	-4,26*	188,103	0,000	-0,61

* $\alpha = 0,006$ na bonferronicorrectie.

De mate waarin patiënten met zwakbegaafdheid en bijkomende problematiek de MMPI-2-RF consistent invullen, is gemiddeld genomen vergelijkbaar met die van patiënten met hogere begaafdheid en ernstige vormen van psychische stoornissen. In een eerdere Nederlandse studie in de ambulante specialistische ggz werden vergelijkbare resultaten gevonden (Van der Heijden e.a. 2013). Of het hier om vergelijkbare psychische stoornissen gaat, is niet specifiek onderzocht in dit onderzoek. Een tweede bevinding is dat een deel van de patiënten met zwakbegaafdheid (28-42 patiënten) (enigszins) afwijkend scoren op psychologische, somatische en cognitieve klachten ten opzichte van de normgroep. De uitkomsten van patiënten met zwakbegaafdheid komen overeen met die van patiënten met een gemiddelde intelligentie en ernstige psychische stoornissen. In de technische handleiding zijn vergelijkbare gemiddelde T-scores terug te vinden op deze schalen bij intramurale psychiatrische patiënten (Ben-Porath & Tellegen 2008b). Bij een minderheid van patiënten met zwakbegaafdheid (7-9 patiënten) waren de scores dermate hoog dat het protocol niet valide geïnterpreteerd kan worden. Zij presenteren hun klachten als zijnde zo uitzonderlijk dat er waarschijnlijk sprake is van symptoomoverdrijving. De vraag is of we dit effect van over- en onderrapportage kunnen toeschrijven aan de gevolgen van de beperkingen in het intellectueel functioneren of dat dit samenhangt met de ernst van de comorbide psychische stoornissen.

Vergelijking met normgroep en beperkingen van deze studie

Ten slotte hebben we de scores van de schalen vergeleken met die van een op leeftijd en geslacht gemaakte groep respondenten uit de normgroep met een mbo-opleiding. Vergelijkende analyses wijzen uit dat de respondenten met een gemiddelde begaafdheid meer consistent rapporteren en minder over- en onderrapportage laten zien. Hierbij moeten we opmerken dat van de respondenten uit de normgroep niet bekend is of zij psychische stoornissen hadden. Dit is tevens een beperking van de huidige studie.

In toekomstig onderzoek zou men de vraag kunnen beantwoorden of er significante verschillen zijn in consistentie, over- en onderrapportage op de MMPI-2-RF tussen groepen participanten die verschillen in begaafdheid maar niet in type en ernst van bijkomende psychische stoornissen. Onze verwachting is dat er geen significante verschillen tussen deze twee groepen gevonden worden en dat participanten met zwakbegaafdheid gemiddeld genomen de MMPI-2-RF niet anders invullen dan participanten met gemiddelde begaafdheid en psychische stoornissen.

Een tweede beperking van deze studie is dat we geen informatie hebben over de wijze waarop patiënten mogelijk zijn beïnvloed in hun antwoordkeuze door de aanwezige assistent en de taalkundige uitleg die deze op verzoek gegeven heeft.

Een derde beperking is de specifieke onderzoekspopulatie van patiënten met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen hoe deze resultaten zich verhouden tot die van patiënten met alleen zwakbegaafdheid, of hoe ze zich verhouden tot de resultaten van patiënten met een lichte verstandelijke beperking (IQ 50-70) en psychische stoornissen.

Betekenis voor praktijk en toekomstig onderzoek

Voor zover wij kunnen nagaan, is dit de eerste studie naar de toepasbaarheid van de MMPI-2-RF bij patiënten met zwakbegaafdheid en comorbide psychische stoornissen. Hieruit komt naar voren dat dit instrument toepasbaar is: gemiddeld genomen genereert het consistente en valide uitkomsten voor de diagnostiek naar persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen. Een volgende interessante vraag is of er profielen op de MMPI-2-RF zijn te ontdekken die kenmerkend zijn voor patiënten met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen. Daartoe zou men de uitkomsten van de MMPI-2-RF moeten vergelijken met een op psychische stoornissen en andere variabelen gemaakte groep patiënten met een hogere begaafdheid.

De MMPI-2-RF is als diagnostisch instrument in ontwikkeling. Op korte termijn zal een deel van de inhoud van de MMPI-2-RF, vereenvoudigd en vernieuwd, verwerkt worden in de MMPI-3 (Ben-Porath & Tellegen 2020). Het lijkt aannemelijk dat deze ontwikkeling de toepasbaarheid van het instrument bij mensen met zwakbegaafdheid verder zal doen toenemen.

De bevindingen zijn een eerste stap in de zorgvuldige, dimensionele diagnostiek van persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen bij patiënten met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen. In diagnostiek en behandeling wordt – in vergelijking met het categorale model – het dimensionele model als meer valide en meer bruikbaar gezien (het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-5; APA 2014; Herziene multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen 2022).

De inhoudelijke schalen van de MMPI-2-RF sluiten goed aan bij het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen zoals beschreven in DSM-5 en andere hedendaagse dimensionele modellen van persoonlijkheid en psychische stoornissen (van der Weerd e.a. 2015; Kotov e.a. 2017; Sellbom 2019). Zelfrapportage-instrumenten hebben verschillende voordelen in de klinische praktijk. Ze zijn gemakkelijk af te nemen en geven een breed beeld van de problematiek. Alle grote clusters aan symptomen (internaliserende, externaliserende en psychosespectrumproblemen) worden met de MMPI-2-RF uitgevraagd. Bovendien zijn de dimensionele modellen voor persoonlijkheid en psychische stoornissen waar ze op gebaseerd zijn betrouwbaarder en meer valide dan de ‘traditionele’ stoorniscategorieën zoals vermeld in DSM (Haslam e.a. 2020).

Daarnaast bieden de scores ook een ernstmaat: afgaande op T-scores kan de ernst van de problematiek worden afgezet tegen de normgroep. Dit is bijvoorbeeld nuttig wanneer het gaat om achterdocht. Veel patiënten vinden het moeilijk om aan te geven hoe achterdochtig ze zijn. Een vergelijking met een normgroep kan dan erg nuttig zijn voor de clinicus.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring and interpretation. University of Minnesota Press; 2008a.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. MMPI-2-RF: Technical Manual. University of Minnesota Press; 2008b.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-3 (MMPI-3): Manual for administration, scoring, and interpretation. University of Minnesota Press; 2020.
- Buckley N, Glasson EJ, Chen W, e.a. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54: 970-84.
- Caspi A, Houts RM, Belsky DW, e.a. The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clin Psychol Science* 2014; 2: 119-37.
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155-9.
- Coertjes N, Cops K, Maes B, e.a. Classificerende Diagnostische Protocol Verstandelijke Beperking; 2021.
- Comer-Hagans D, Weller BE, Story C, e.a. Developmental stages and estimated prevalence of coexisting mental health and neurodevelopmental conditions and service use in youth with intellectual disabilities, 2011-2012. *J Intellect Disabil Res* 2020; 64: 185-96.
- Cooper SA. Types of mental disorders in people with intellectual disability. In: Bhaumik S, Alexander R, editors. *Oxford Textbook of the Psychiatry of Intellectual Disability*. Oxford University Press; 2020. p. 55-9.
- Crocker AG, Prokić A, Morin D, e.a. Intellectual disability and co-occurring mental health and physical disorders in aggressive behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2014; 58: 1032-44.
- Delforterie M, Hesper B, Didden R. Psychometric properties of the Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing behaviour problems. *J Appl Res Intellect Disabil* 2020; 33: 662-72.
- Derksen JJ, Mey HD, Sloore H, e.a. MMPI-2. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie. Nijmegen: PEN Test Publishers; 1996.
- Gu W, Reddy HB, Green D, e.a. Inconsistent responding in a criminal forensic setting: An evaluation of the VRIN-r and TRIN-r scales of the MMPI-2-RF. *J Pers Assess* 2017; 99: 286-96.
- Haslam N, McGrath MJ, Viechtbauer W, e.a. Dimensions over categories: A meta-analysis of taxometric research. *Psychol Med* 2020; 50: 1418-32.
- Hazel T van den, Didden R. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Didden R, Troost P, Groen W, Moonen X, red. *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p. 200-25.
- Heijden PT van der, Egger JIM, Derksen JLL. Comparability of scores on the MMPI-2-RF scales generated with the MMPI-2 and MMPI-2-RF booklets. *J Pers Assess* 2010; 92: 254-59.
- Heijden P van der, Egger J, Rossi G, e.a. The MMPI-2- Restructured Form and the standard MMPI-2 Clinical scales in relation to DSM-IV. *Eur J Psychol Assess* 2013; 29: 182-88.
- Heijden P van der, Derksen J, Egger J, e.a. Nederlands-Vlaamse vertaling en bewerking. MMPI-2-RF: handleiding voor afname, scoring en interpretatie. Nijmegen: PEN Psychodiagnostics; 2017.
- Herziene multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijnen database.nl 2022.
- Kotov R, Krueger RF, Watson D, e.a. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal Abnorm Psychol* 2017; 126: 454-77.
- Lindsay WR, Dana LA, Alexander RT, e.a. Personality disorders. In: Fletcher R, Barnhill J, Cooper S, red. *The diagnostic manual intellectual disability 2 (DM-ID2). A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Washington: NADD; 2018. p. 359-90.
- Mazza MG, Rossetti A, Crespi G, e.a. Prevalence of co occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta analysis. *J Appl Res Intellect Disabil* 2020; 33: 126-38.
- Mevisen L, Didden R, Jongh A de, e.a. Assessing posttraumatic stress disorder in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *J Ment Health Res Intellect Disabil* 2020; 13: 110-26.
- Noorthoorn EO, Smits HJH, Penterman EJM, e.a. The associations of quality of life and general functioning with trauma, borderline intellectual functioning and mild intellectual disability in outpatients with serious mental illness. *Res Dev Disabil* 2021; 115: 103988.
- Sellbom M. The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of personality and psychopathology in the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; 15: 149-77.
- Smits, HJH, Seelen-de Lang B, Nijman HLI, e.a. Voorspellende waarde van lichte verstandelijke beperking en PTSS voor behandelresultaten van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 868-77.
- Tyrer P, Tyrer F, Hanney M, e.a. Measuring outcomes including use of rating scales and instruments in people with intellectual disability. In: Bhaumik S, Alexander R, red. *Oxford Textbook of the psychiatry of intellectual disability*. Oxford University Press; 2020. p. 43-53.
- Weerd M van der, Heijden P van der, Steenhout P, e.a. De Nederlandstalige vernieuwde en verkorte versie van de MMPI-2, de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: een geheel nieuwe test of niet. *Tijdschr Klin Psychol* 2015; 45: 44-61.