



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Therapeutische psychodiagnostiek

Kamphuis, J.H.

Publication date

2011

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kamphuis, J. H. (2011). *Therapeutische psychodiagnostiek*. (Oratiereeks; No. 386). Vossiuspers UvA.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Therapeutische psychodiagnostiek

Therapeutische psychodiagnostiek

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar Psychodiagnostiek en Persoonlijkheid
aan de Universiteit van Amsterdam
op vrijdag 26 november 2010

door

Jan Henk Kamphuis

 VOSSIUSPERS UVA

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Dit is oratie 386, verschenen in de oratiereeks van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Crasborn BNO, Valkenburg a/d Geul
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 672 8
e-ISBN 978 90 4851 439 7

© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2011

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

*Mevrouw de Rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan,
Geachte collega's en zeer gewaardeerde toehoorders,*

Graag wil ik beginnen met u een aantal berichten uit de praktijk en opleiding van de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) te signaleren. Bericht #1: bij een recente reorganisatie van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) is de capaciteitsgroep Psychodiagnostiek integraal gesneuveld. Bericht #2: Op het recente jubileum congres voor de GZ-psychologen vergeleek een vooraanstaand Nederlands gedragstherapeut de huidige stand van de testdiagnostiek met 'hobbyisme', en bekende leuke dingen doen, niet te verwarren met een bruikbare, op de praktijk gerichte, behandeling aansturende klinische activiteit. Voorlopig kunnen we ons beter beperken tot formele psychiatrische diagnostiek, want dat werkt wel, zo stelde hij tijdens een lezing. Ten slotte, bericht #3: hooggeleerde collega Visser concludeert onomwonden in zijn rede uit 2007: 'De toegevoegde waarde van uitgebreide diagnostiek op het behandelresultaat is nihil' (Visser, 2007). Visser stuurt, mede namens de Universiteit van Amsterdam (UvA), de GZ-beroepsopleiding aan en hij koppelt aan deze kennelijke vaststelling het voornemen om een discussie te voeren over de urenverdeling binnen deze opleiding, waarbij de kans dat Psychodiagnostiek wordt uitgebreid niet groot lijkt. 'Allemaal niet zo mooi', denk je dan aanvankelijk toch even. 'Je zult maar op het punt staan een leerstoel Psychodiagnostiek en Persoonlijkheid publiekelijk te aanvaarden, en er ook nog eens een visie op moeten presenteren...'

Niet zo snel, zou ik willen zeggen. Ik zou deze opvattingen en conclusies, en de eruit voortvloeiende beslissingen, graag willen typeren als prematuur, en om het een beetje prikkelend te formuleren als 'de misser van Visser', zodat we allemaal weten waar we het over hebben. Om de discussie even scherp te stellen: op welke domeinen wordt de toegevoegde waarde van psychodiagnostiek nu precies betwist?

Ik denk dat er bij verstandige mensen geen verschil van mening bestaat over het vermogen van goede psychologische tests om, ten eerste, kwantitatieve informatie te leveren over klinisch relevante domeinen met een a priori (min of meer) bekende betrouwbaarheid en validiteit; en ten tweede om stijlen van zelfpresentatie en antwoordneigingen kwantitatief in beeld te brengen. Daar-

naast bieden instrumenten van psychodiagnostiek, beter dan het ongewapend oordeel, de mogelijkheid om via normen iemand met anderen te vergelijken, dan wel met zichzelf, bijvoorbeeld om verbetering over de tijd te meten. In aanvulling op het ongewapende oordeel kan men tests gebruiken om efficiënt en uitputtend het domein van psychopathologie af te dekken, en de cliënt op een andere manier ons de kans te geven zich te laten kennen – voor de praktijk stuk voor stuk essentiële taken.

Hedendaagse psychopathologie onderzoekers zullen evenmin geneigd zijn de relevantie van het meten van persoonlijkheid voor het begrijpen van psychische stoornissen in twijfel te trekken. We weten uit onderzoek naar de latente structuur van psychopathologie dat we in de persoonlijkheid moeten zoeken naar individuele verschillen in kwetsbaarheid voor de diversiteit van klinische stoornissen, en we weten eveneens, bijvoorbeeld uit onderzoek van Caspi (2000), dat temperament gemeten tijdens het tweede levensjaar ons in staat stelt kansuitspraken te doen over de aard van psychopathologie die het kind als volwassene zal ontwikkelen.

Wat wordt er dan wel betwist? De twijfel over de waarde van psychodiagnostiek betreft de empirische vraag of het beschikken over resultaten van psychodiagnostisch onderzoek bijdraagt aan het uiteindelijke behandelresultaat. Simpel gezegd: *Zijn patiënten die psychodiagnostisch onderzoek hebben ondergaan na afloop van de behandeling beter af dan degenen die dit niet of minder uitgebreid hebben gedaan?* Deze kwestie is niet nieuw, maar, zoals u ook uit de eerdergenoemde signalen kunt afleiden, wel weer helemaal actueel. Het is ook een belangrijke vraag, en ik wil er de komende 40 minuten graag met u over reflecteren.

Empirisch onderzoek

Wat weten we uit empirisch onderzoek? Opmerkelijk weinig, zo blijkt uit overzichtsartikelen, en daar is periodiek het een en ander over verzucht – waarschijnlijk voor het eerst, zoals wel vaker, door Paul Meehl (Meehl, 1959). Daarbij geeft het beperkte onderzoek dat is verricht betrekkelijk weinig reden tot optimisme. Twee studies worden in dat verband vaak gepresenteerd als exemplarisch voor het op zijn best beperkte nut van psychodiagnostiek voor het behandelresultaat. Allereerst de studie van Schulte (Schulte, Kunzel, Pepping, Schulte-Bahrenberg, 1992). Schulte en zijn groep wezen negentig patiënten met uitsluitend een enkelvoudige fobie aselekt toe aan a) een gestandaardiseerde evidence-based therapie, bestaande uit exposuretechnieken in combinatie met zelf-verbalisaties, b) behandeling volgens een geïndividualiseerde systematische probleemanalyse – zeg maar een functieanalyse – of c)

een geïndividualiseerde behandeling waarbij elke patiënt werd gekoppeld aan de probleemanalyse van een andere patiënt. Bij deze creatieve opzet werden de beste resultaten geobserveerd bij patiënten die de standaardbehandeling kregen en equivalente resultaten voor patiënten die volgens hun eigen functieanalyse of juist die van een andere patiënt werden behandeld.

Het tweede veel aangehaalde onderzoek betreft de MATCH-studie (Project MATCH research group, 1997), waarschijnlijk de omvangrijkste poging om patiënten en behandelingen op elkaar af te stemmen of – in het Engels – te matchen. MATCH was een acroniem voor Matching Alcohol Treatment To Client Heterogeneity en had als doel te bepalen of verschillende subgroepen alcoholverslaafde cliënten qua behandelresultaat onderscheidend reageerden op drie protocol gestuurde, individuele behandelingen van gelijke duur. Bij die behandelingen ging het om cognitieve gedragstherapie, motivationele training en een variant op het bekende Alcohol Anonymous 12-stappen programma. Tien cliëntvariabelen werden als matchingvariabelen geselecteerd, waaronder ernst van de verslaving en antisociale trekken. Uiteindelijk bleek er zeer weinig evidentie voor de gunstige effecten van het matchen van cliënten op specifieke behandelingen: vijftien van de zestien voorspelde relaties werden niet aange-toond.

De bevindingen van deze studies zijn op het eerste gezicht inderdaad niet bemoedigend. Informatie uit de diagnostiek heeft niet tot betere uitkomsten geleid. Maar nu vanuit een andere invalshoek: stel dat je – enigszins pervers – de psychodiagnostiek *geen* kans zou willen geven om meerwaarde te demonstreren. Hoe zou je dat moeten aanpakken? Mijn advies zou zijn om patiënten met een enkelvoudige psychiatrische stoornis te selecteren, liefst met een stoornis waarvan we het pathologische mechanisme relatief goed begrijpen, en voor wie we bovendien een evidence-based behandeling voorhanden hebben die daar specifiek op aangrijpt. Personen met uitsluitend een dwangstoornis of specifieke fobie komen voor de geest. En individualisering van de behandeling mag dan alleen de vorm aannemen dat er van de evidence-based standaardbehandeling wordt afgeweken. Of, bij een matching studie, zou je vooraf de individuele verschillen tussen de patiënten sterk reduceren door stringente in- en exclusiecriteria aan te houden en daarbij behandelingen van dezelfde duur en intensiteit aan te bieden. Interessant genoeg sluiten deze omschrijvingen nauw aan bij het zojuist beschreven onderzoek dat ik meer en minder hooggeleerde collega's vaak hoor citeren: de genoemde studie van Schulte en de MATCH-studie bij alcoholverslaving. Men vindt dan, om maar Frans Albersnagel, mijn oude leermeester uit Groningen, te citeren 'zelf verstopte paaseieren', of eigenlijk, men vindt deze niet, omdat er geen ruimte voor paaseieren is gelaten.

Overigens: met beter zoeken, in dit geval door gebruik te maken van geavanceerdere, theorie-gestuurde analyses, bleek ook het MATCH-project niet zo steriel te zijn als aanvankelijk werd gedacht, zo werd onlangs nog aange-
toond door onder andere collega Van der Maas (Witkiewitz, Hufford, Van der Maas, & Marlatt, 2007).

Intermezzo: gedachte-experiment

Misschien is het aardig om even tussendoor samen een gedachte-experiment te doen. We gaan er dan van uit dat, conform de eerdergenoemde misser, psychodiagnostiek inderdaad niet bijdraagt aan het behandelresultaat, en nemen er ook de consequentie van. Met andere woorden: stel, we houden op met die ‘op schaarse middelen beslagleggende’ uitgebreide psychodiagnostiek en beperken ons vanaf morgen tot het klinisch interview, eventueel aangevuld met wat demografische en klinische informatie uit de status van de patiënt om de volledigheid te borgen. Dit idee lijkt misschien menigeen absurd, maar er zijn altijd klinici te vinden geweest die deze aanpak voorstonden. In de jaren vijftig was het gangbaar om het ‘materiaal’ te laten ontstaan in de sessies, te meer omdat vervolgens bij iedereen dezelfde methodieken werden toegepast. Een hedendaagse variant vinden we bij de aanhangers van de oplossingsgerichte psychotherapie, die voldoende informatie menen te ontleen aan een tweetal wekelijkse beoordelingen van proces en uitkomsten, op schaaltes die lopen van 1 tot 10.

Recentelijk heb ik in de Verenigde Staten een dramatische illustratie gezien van behandeling gestoeld op minimale diagnostiek. Samen met ongeveer twintig andere Nederlandse klinisch psychologen maakte ik deel uit van de zogenaamde ‘pioniersgroep’ die via de New Mexico State University de masteropleiding volgden die in de Verenigde Staten voorbereid op voorschrijfprivileges voor psychologen. In New Mexico zijn psychologen die farmacotherapie doen een doekje voor het bloeden. Er een schreeuwend gebrek aan psychiaters, vooral op het platteland. Het algemene gebrek aan middelen heeft bovendien geleid tot uiterst summiere diagnostiek, dat wil zeggen diagnostiek gebaseerd op enkel het klinische interview. In die context kunnen opmerkelijke praktijken ontstaan. Zo viel het meerdere psychologen uit onze groep op dat de prevalentie van bipolaire stoornis opmerkelijk veel hoger was dan wij gewend waren, en dat vervolgens qua farmacotherapie ook snel richting het *less than \$4 per month* Lithium werd gekeken. Deze kwestie was extra schrijnend bij kinderen bij wie de differentiaal diagnostiek ADHD versus Bipolaire stoornis soms erg informeel werd gesteld, met alle farmacologische implicaties van dien. Het maakt uit of je het kinderbrein blootstelt aan Methylphenidaat, Li-

thium, of geen van beide. Waarschijnlijk hoef je trouwens niet helemaal naar de VS af te reizen om met dit soort van diagnostiekbeoefening geconfronteerd te worden.

We zetten het gedachte-experiment nog even een ronde door, nu iets minder drastisch, in een versie die wellicht meer mensen zal aanspreken. Stel, we beperken ons qua psychodiagnostiek, vanaf morgen, tot het afnemen van een gestructureerd diagnostisch interview voor zowel de klinische als de persoonlijkheidsstoornissen. Vervolgens wijzen we mensen op basis van die informatie toe aan geprotocolleerde evidence-based behandelingen, dat wil zeggen behandelingen die in gecontroleerd onderzoek – de *Randomized Controlled Trials* – werkzaam en efficiënt zijn gebleken en waarvoor een gedetailleerde handleiding bestaat. Deze werkwijze zou goed aansluiten bij de vigerende systematiek van de verzekeringen in de GGZ, de zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties of DBC's. Dat werkt, tenminste volgens bericht #2.

Dat is ook geen slecht startpunt, maar de klinische werkelijkheid is weerbarstig en complex. Allereerst geldt dat stoornissen zich manifesteren in mensen en niet in gelijksoortige eenheden, alsook dat het behandelplan dat iedereen moet passen eigenlijk niemand echt goed past. Maar nog belangrijker is dat deze aanpak de clinicus op zoek naar evidence-based antwoorden nogal eens in de steek laat. Want wat moet de clinicus doen – zoals dat heet 'met de voeten in de modder' – wanneer hij of zij iedere dag weer:

- ziet dat de meeste patiënten aan meerdere diagnoses tegelijk voldoen; het probleem van de comorbiditeit? We weten uit epidemiologisch onderzoek dat meer dan 50% van de patiënten met een DSM-stoornis voldoet aan de criteria van nog (minstens) één andere DSM-stoornis, en dat wanneer een patiënt voldoet aan de diagnostische criteria voor een Persoonlijkheidsstoornis (PS) hij of zij meestal voldoet aan 3 of 4 PS-en.
- Wat te doen met dat derde tot de helft van de patiënten die zich aanmelden voor psychologische hulp die niet formeel gediagnosticeerd kunnen worden omdat hun problemen niet passen of net niet de diagnostische drempel halen, zoals blijkt uit naturalistische studies?
- Wat te doen met de patiënt die een diagnose heeft waar nog geen evidence-based behandeling voor beschikbaar is? Dat wil zeggen voor de meeste persoonlijkheidsstoornissen, somatisatiestoornis, of bijvoorbeeld relatieproblemen die zich niet in een DSM hoek laten vangen?
- Wat te doen wanneer de therapeutische alliantie niet op gang komt, of hapert?
- Of wat te doen met de tussen de 20-50% van de patiënten die niet reageren op *Evidence Based Treatments*, afhaken of zelf negatieve resultaten boeken, of de zeer substantiële groep voor wie de resultaten slechts partieel en tijdelijk blijken te zijn?

Deze lijst van kwesties kan nog worden uitgebreid (Persons, 2005). De clinicus die vandaag voor deze dilemma's staat, kan niet voor al die scenario's een nieuw specifiek protocol leren, noch wachten tot overmorgen wanneer we hopelijk wel een doortimmerd evidence-based antwoord op sommige van die vragen hebben.

Na dit intermezzo, dat ons leert dat minimale diagnostiek ernstige gevaren oplevert en uitsluitend DSM-gedreven diagnostiek tekortkomingen in zich bergt, keren we weer terug naar onze centrale vraag: *Zijn patiënten die psychodiagnostisch onderzoek hebben ondergaan na afloop van de behandeling beter af dan degenen die dit niet of minder uitgebreid hebben gedaan?*

Om de potentiële toegevoegde waarde van psychodiagnostiek te onderzoeken en in kaart te brengen, lijkt het nuttig om te analyseren langs welke paden psychodiagnostiek effect kan sorteren. Er zijn ten principale twee routes: (a) psychodiagnostiek kan een effect hebben als interventie op zich, en aldus een direct effect op klachten en functioneren bewerkstelligen of (b) psychodiagnostiek kan via de hefboom van de behandelplanning c.q. de indicatiestelling een indirect effect sorteren.

Directe effecten

Dit jaar verscheen er in *Psychological Assessment* een meta-analyse over de effecten van psychodiagnostiek als een interventie op zich; de uitkomst van deze meta-analyse zegt dus iets over het directe therapeutische effect van psychodiagnostiek. Op basis van zeventien gepubliceerde studies komen de auteurs tot de conclusie dat bepaalde psychologische diagnostische procedures een middelgroot effect op klachten hebben en een groot effect op de kwaliteit van de werkalliantie en van de behandelsessies (Poston & Hanson, 2010). In normale mensentaal: veel mensen bleken dus aanmerkelijk beter af te zijn na psychodiagnostiek volgens een bepaald model. Dat model werd gekenmerkt door een sterke betrokkenheid van de patiënt, een geïndividualiseerde aanpak en uitgebreide specifieke feedback.

Nu gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat ik verwacht dat er op deze meta-analyse nog wel het een en ander zal worden afgedongen. Zo lijkt de selectie van studies nogal appels en peren samen te nemen, en ook onvolledig te zijn, hetgeen de representativiteit en validiteit van de conclusies uiteraard niet bevordert. Niettemin is het wel aannemelijk, op basis van deelstudies, dat *Therapeutic Assessment* (TA), met een grote T en A, zoals ontwikkeld en beschreven door Stephen Finn, als interventie op zichzelf tot positieve behandelresultaten leidt.

Kenmerkend voor TA is dat de vragen voor het psychologisch onderzoek in samenwerking met de cliënt worden geformuleerd. Dit zijn meestal andersoortige vragen dan we als klinici gewend zijn. Niet: *Wat is de persoonlijkheid*, en *Graag behandeladvies*, maar een patiënt kan bijvoorbeeld vragen: *Waarom ben ik zo beïnvloedbaar? Waar komen al die stemmingswisselingen toch vandaan, en waarom ervaar ik mezelf als een kameleon? Of: Hoe kom ik weer op gang, dat wil zeggen van die depressie af? Of: Ben ik lui?* Het is dan de taak van de therapeut de persoonlijke context van die vragen te inventariseren en een samenwerkingsrelatie met de patiënt op gang te brengen, waarbij elk in zijn eigen rol, de een als expert van de tests, de ander als expert van zijn eigen levenservaringen, op zoek is naar het antwoord op die hoogst persoonlijke vragen. Patiënten voelen zich veel meer betrokken bij een dergelijke opzet, want het draait nu om de problemen die zij zelf op tafel leggen en waarbij hun input essentieel wordt gemaakt. Elk van die vragen zijn op te vatten als ingangen om de resultaten van de testdiagnostiek door te sluizen, op een manier die gegarandeerd aansluit bij de patiënt en verankerd is in zijn of haar levensomstandigheden (Kamphuis & Finn, 2005).

Dat TA effect heeft, blijkt dus uit gecontroleerd empirisch onderzoek. Ik vat het directe effect van TA vooral op als het resultaat van het opheffen van demoralisatie; patiënten zien weer perspectief, zijn gemotiveerder om zich te laten behandelen, waar ze nu ook wat van verwachten, en zijn aldus minder ongelukkig. Hoe TA werkt is nog erg gissen. Naast de inherent motiverende aspecten denk ik dat TA, meer dan gangbare diagnostiek, de psychodiagnostiek dwingt tot het maken van een individueel passende casus-conceptualisatie die ook de patiënt, tijdens de feedback, moet overtuigen. Je wordt als het ware gedwongen om door te puzzelen op idiografische vragen totdat je analyse echt past en je je bevindingen kernachtig kan verwoorden aan je patiënt. Uit eigen ervaring weet ik dat een dergelijke procedure vaak bijzonder intensieve, indrukwekkende ontmoetingen oplevert die je als clinicus eigenlijk ook nooit meer vergeet.

Indirecte effecten

Nu is TA een heel specifieke vorm van psychodiagnostiek die veel van de clinicus vraagt en in Nederland uitsluitend wordt toegepast op het diagnostisch expertisecentrum van de Viersprong op de manier die Steve Finn accrediteert. Veel gangbaarder is het scenario waarbij psychodiagnostiek potentieel positief bijdraagt aan het behandelresultaat via de hefboom van de behandeling – hetzij via de selectie van behandeling vooraf, hetzij via bijsturing eenmaal onderweg. Met betrekking tot die laatste variant, de bijsturing van de behandeling, is

Patient Focused Research (PFR) vermeldenswaard als een op diagnostiek gebaseerd paradigma dat zich heeft bewezen (Lambert, Hansen & Finch, 2001).

Bij toepassing van PFR vergelijken therapeuten voor elke individuele patiënt diens wekelijkse vooruitgang op een gestandaardiseerde uitkomstmaat met die van speciaal ontwikkelde normatieve curves van klachtenontwikkeling. Er zijn separate curves voor therapie-uitvallers en voor patiënten die baat hebben gehad van een dergelijke behandeling bij vergelijkbare klachten. Indien de patiënt ongunstig afwijkt en als het ware meer begint te lijken op een therapie-uitvaller dan op een therapiesucces, krijgt de therapeut – en in sommige versies ook de patiënt – een alarmmelding dat de behandelplanning bijsturing behoeft. Speciaal daartoe ontwikkelde lijsten, de zogenoemde *clinical support tools*, kunnen de therapeut tot steun zijn wanneer hij de kritieke domeinen, zoals de behandelrelatie of de casus-conceptualisatie, nog eens tegen het licht houdt. Aldus geeft implementatie van een PFR-systeem zowel de behandelaar als de patiënt continue informatie over het verloop van de behandeling en kunnen aan de hand hiervan bij onvoldoende resultaat statistisch geïnformeerde aanbevelingen worden gedaan over hoe de behandeling aangepast kan worden. De implicatie is dat objectieve vergelijking van de vooruitgang van individuele patiënten kennelijk veel beter werkt dan wanneer therapeuten hun ongewapende oordeel inzetten om de behandeling bij te sturen.

Het blijkt dat PFR de effectiviteit en doelmatigheid van reguliere psychotherapie aanzienlijk kan verbeteren. Een meta-analyse over duizenden zeer diverse patiënten heeft uitgewezen dat hierbij zeer goede resultaten waren geboekt. Nadere inspectie van deze opmerkelijk resultaten leert dat er vooral effect is gesorteerd bij patiënten die niet normatief opknaptten.

Tussentijds resumerend: er zijn specifieke modellen van psychodiagnostiek voorhanden waarvan we – evidence-based – kunnen stellen dat zij bijdragen aan het behandelresultaat. *Therapeutic Assessment* heeft een onmiddellijk direct, en waarschijnlijk ook indirect positief effect via de aanbevelingen voor behandeling. *Patient Focused Research* sorteert zijn indirecte effect via het statistisch geïnformeerd, tijdig bijsturen van reeds lopende behandelingen. Onderzoek naar de effecten van psychodiagnostiek via de indicatiestelling is pover en beperkt zich meestal tot het post-hoc matchen van patiëntkenmerken en ‘merken’ therapie. De evidentie ervan is navenant. Een vermeldenswaardige uitzondering is het recente proefschrift van de inmiddels losjes bij de leerstoel betrokken Anna Bartak, waarin in plaats van ‘merken’-therapie de optimale dosering van psychotherapie in relatie is gebracht met patiëntkenmerken (Bartak, 2010).

Wat kunnen we leren van het effect dat TA en PFR sorteren? PRF heeft vooral een positief effect op een minderheid van de patiënten voor wie de initiële behandelplanning niet voldeed. Dat scenario past ook goed bij het probleemgebied van TA. TA wordt in de praktijk vaak toegepast bij vastgelopen behandelingen of bij patiënten met complexe, vaak diffuse problemen waarbij persoonlijkheid en differentiale diagnostiek in het geding zijn. Een cruciale variabele lijkt de complexiteit van de casus-conceptualisatie te zijn: het begrip van het functioneren en disfunctioneren van de patiënt en van de specifieke ontstaans- en in stand houdende factoren. Een case-conceptualisatie kan in de praktijk meer en minder complex zijn, en meer of minder individualisatie nodig hebben. Soms is de impliciete conceptualisatie die de DSM-diagnose biedt, al of niet aangevuld met een of andere ernst van klachten index, voldoende voor behandelplanning; vaak echter niet. In dat geval kan bij uitstek uitgebreidere psychodiagnostiek tot meer adequate aansturing leiden op zowel het macro- als microniveau van de behandeling.

Ik wil deze gedachte aanschouwelijk maken aan de hand van twee concrete patiëntvignetten:

De 2-jarige patiënt A heeft een MBA-opleiding afgerond en heeft enige jaren geleden een industriële wasserij van zijn vader geërfd. Hij is nu de baas over dertig man personeel. Hij is helder: hij wil af van al zijn stemmingswisselingen die, bij navraag, meestal getriggered worden doordat mensen zich kritisch over hem uitlaten. Hij ergert zich ook aan zijn neiging om zich voortdurend, als een soort kameleon, aan te passen aan zijn sociale omgeving. Hij is ervan overtuigd dat mensen hem niet mogen en noemt, als een van zijn eerste herinneringen, de schok die hij als jong kind ervoer toen hij zijn speelgoed vertrappt terugvond. 'Hoe is het mogelijk dat mensen zo'n hekel aan me hebben', zo vroeg hij zich af.

De therapeut/verwijzer wil weten of de behandeling zich moet richten op sociale vaardigheden, op sociale angst, of toch 'dieper'. Ze hebben al enig werk met betrekking tot sociale angst achter de rug, maar de therapeut wil weten hoe zij het productiefst verder kan gaan.

Dan patiënt B. Zij is een 19-jarige jongedame die wordt aangemeld voor intake bij het jeugdcircuït, met de vraag of klinische behandeling geïndiceerd is. Vanaf de overgang naar het middelbaar onderwijs is er sprake van sociale angstklachten en heeft B. steeds het gevoel niet in de realiteit te zijn (depersonalisatie). Ze heeft een zeer negatief zelfbeeld (vindt zich dom, gek en te dik) en heeft eetproblemen. Vanaf haar 15de jaar ervaart ze ook somberheid en heeft zij regelmatig suïcidedgedachten. Tevens heeft zij last van dwanghandelingen (dingen recht leggen) en dwanggedachten (agressieve fantasieën). Ook is zij bang om over te ge-

ven in het openbaar. B. leidt een zeer teruggetrokken leven, heeft al haar sociale activiteiten in de loop van de tijd laten vallen en onderneemt alleen iets in gezelschap met haar ouders en/of broer. Vriendschappen en sociale contacten heeft zij niet, ze voelt zich alleen op haar gemak bij dieren.

Vanaf de aanvang van de klachten heeft B. verschillende behandelingen in zowel de 1ste als 2de lijn gevolgd, met een beperkt resultaat, waaronder een zogenaamde 'faalangstraining' op school, gesprekken bij een eerstelijnspsycholoog, verschillende crisisopnamen, dagbehandeling individueel en in groep. Patiënte heeft steeds veel problemen haar innerlijke wereld te beschrijven en is erg terughoudend in het contact met hulpverleners. Momenteel is er sprake van Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg, ouderbegeleiding en individuele psychotherapie. Er zijn in de loop van de tijd verschillende antidepressiva en een antipsychoticum voorgeschreven met onvoldoende effect. Diagnostisch blijft er onduidelijkheid bestaan, ook omdat in het verleden vrijwel geen aanknopingspunten lijken te zijn die deze ernstige problematiek kunnen verklaren. Er is een psychologisch onderzoek verricht naar Autisme Spectrum-problematiek, maar hier waren niet genoeg aanwijzingen voor. Een gestructureerd interview blijft steken in de diagnose Persoonlijkeitsstoornis Niet Anderszins Omschreven. De verwijzer vraagt: 'Waar moet de behandeling zich op richten, wat voor benadering past bij de mogelijkheden van deze patiënt en in welke dosering: poliklinisch, dagklinisch of een klinische opname?'

Patiëntgroep A heeft minder uitgebreide diagnostische kansen nodig, kan als het ware toe met een lagere dosering om zichzelf en zijn problematiek te laten kennen. Nadere diagnostiek kan dan wel een persoonlijke inkleuring geven, maar is waarschijnlijk niet essentieel voor de indicatiestelling. Een groot deel van deze groep zal worden uitgemaakt door het cluster dat wel wordt aangeduid met Negatief Affect Syndroom, of neurotisch spectrum. Voor alle duidelijkheid: het is niet dat dergelijke problemen niet ernstig zijn. Vaak zijn dit klachten die aanleiding geven tot veel persoonlijk lijden en disfunctioneren. Dat laat echter onverlet dat relatief snel duidelijk wordt waar de behandeling op gericht moet worden c.q. welke factor centraal staat bij het veroorzaken van de klachten. Bij patiënt A bijvoorbeeld zijn de meeste problemen terug te voeren op een sterke angst voor afwijzing en de disfunctionele manieren waarop hij dit tracht te voorkomen.

Patiëntgroep B heeft meer kansen nodig om zichzelf en zijn problemen te laten begrijpen. Dat betekent een hogere dosering van diagnostiek, waarbij de patiënt meer kanalen ter beschikking worden gesteld om zijn problemen in volle samenhang te communiceren. Daarbij kunnen wat mij betreft zowel rapportages door derden als projectieve methoden bruikbaar zijn om hypothesen te genereren over de innerlijke wereld van patiënt. Sterker nog, bij sommige

patiënten worden de beperkingen van zelfrapportage pijnlijk duidelijk en lijken andere kanalen onmisbaar voor nadere differentiatie. Ik denk dan bijvoorbeeld aan patiënten met complexe persoonlijkheidspathologie. Niet zelden putten zij het meetbereik van heel veel schalen tegelijk uit of vertonen ze juist geen enkele afwijkende score bij een evident duurzaam en zeer ernstig verstoord emotioneel, relationeel en maatschappelijk functioneren.

Het idee dat een geïndividualiseerde casus-conceptualisatie essentieel is om de optimale behandeling te selecteren en de patiënt als zodanig maatwerk (in plaats van confectie) te bieden, heeft een traditie van voorvechters. Deze zijn ook goed vertegenwoordigd in de al of niet cognitieve gedragstherapie, de leverancier van de meeste *Evidence Based Treatment*-protocollen. Reeds Wolpe wees op het belang van een individuele analyse van het respondenten probleemgedrag van patiënten. Hij achtte het diagnose-protocol benadering een dwaling en noemde het een 'sausage machine approach' (Wolpe, 1986). Meer recent droeg Jacqueline Persons het belang van individuele casus-conceptualisatie uit. Zij stelde ook dat een geïndividualiseerde benadering feitelijk de werkelijkheid van de klinische praktijk beschrijft. Volgens haar volgen bijvoorbeeld cognitief gedragstherapeuten vrijwel *nooit* een enkelvoudig protocol, maar kiezen ze voor een mix- en matchstrategie van technieken uit diverse protocollen om hun specifieke patiënt optimaal te behandelen (Persons, 2005).

In dat verband vind ik het *Unified Treatment Protocol* voor de emotionele stoornissen vooruitstrevend. Comorbiditeitscijfers, onderzoek naar de latente structuur van psychopathologie en evidente procedurele overlap van behandelprotocollen inspireerde een club van onderzoekers onder leiding van David Barlow om een transdiagnostisch protocol op te stellen voor de emotionele stoornissen (Barlow, Allen & Choate, 2004). Zij veronderstelden een beperkt aantal gemeenschappelijke mechanismen voor dit cluster van vooral angst- en stemmingsproblemen. Hun efficiënte model dwingt de clinicus om bij het formuleren van een behandelplan steeds eerst de topografie, ernst en samenhang van de pathologische mechanismen voor de individuele patiënt in kaart te brengen: een vorm van mechanisme georiënteerde, transdiagnostische casus-conceptualisatie. Diagnostiek en behandeling worden zo steeds in dynamische combinaties op elkaar betrokken. Een parallelle ontwikkeling zie je in de psychofarmacologie: men begint zich af te keren van de tekortschietende DSM-diagnoses als uitgangspunt en is op zoek naar functie- of mechanisme-gestuurde behandelingsprotocollen; nauwkeurige diagnostiek van die functies lijkt daarbij onmisbaar (Loonen & Stahl, 2010).

Variatie in de vereiste complexiteit en individualiteit van de casus-conceptualisatie geeft bovendien aanleiding tot het idee van getrapte psychodiagnostiek of – in het Engels – *Stepped Assessment*. Wanneer uit de intake en voorgeschiedenis blijkt dat de patiënt, losjes sprekend, qua voorgeschiedenis en

complexiteit van klachten meer op patiënt A lijkt, zou een DSM gestuurde diagnostiek die voortborduurde op *Evidence Based Treatment*-protocollen kunnen volstaan. Indien de patiënt niet opknapt, zoals uit PFR of reguliere follow-up assessment naar voren zou komen, doen we aan ‘stepping up’ van de diagnostiekdosis, teneinde tot een adequatere casus-conceptualisatie te komen die op zijn beurt beter een passende behandeling kan aansturen. Bij een patiënt die bij de intake zeer complex lijkt, bijvoorbeeld door een meervoudigheid van problemen en het feit dat eerdere behandelingen onsuccesvol waren, steek je qua diagnostiekdosis direct hoger in. Aldus verklein je het aantal mensen dat uitgebreide diagnostiek ondergaat, verhoog je de *base rate* van degenen voor wie dit waarschijnlijk nuttig is, en verhoog je de therapeutische waarde van psychodiagnostiek in het algemeen. Dit idee laat zich in principe overigens betrekkelijk eenvoudig onderzoeken: via een *Randomized Controlled Trial* zou je patiënten aselekt kunnen toewijzen aan reguliere diagnostiek of aan een of andere systematische vorm van getrapte psychodiagnostiek.

De meest uitgebreide stap bij getrapte psychodiagnostiek moet mijns inziens altijd een of andere vorm van persoonlijkheidsdiagnostiek omvatten. Hoe kan informatie over persoonlijkheid nu concreet bijdragen aan de behandelplanning? Ik meen dat ons vak deze vraag te veel laat liggen, wellicht omdat deze de experts te vanzelfsprekend voorkomt. Laat ik die fout niet maken. Hoe vertaalt persoonlijkheid zich naar de biografie van het individu en hoe moet de behandeling erdoor worden geïnformeerd?

Eerst over persoonlijkheid. Wetenschappelijk is het mijns inziens het meest vruchtbaar om persoonlijkheid op te vatten als een soort voetafdruk van systemen die we echt in ons dragen: de realistische trekperceptie. Tellegen (1985) definieert een trek als een psychologische structuur onderliggend aan een relatief gedurige neiging om op een bepaalde manier te reageren op bepaalde omstandigheden. Persoonlijkheidstrekken zijn, aldus Tellegen, op te vatten als ‘if S then R’-disposities, met daarbij aanzienlijke consequenties voor iemands functioneren in het leven. Ter illustratie: een goede vriend van mij, vandaag hier aanwezig, heeft opmerkelijk weinig nodig om positief, plezierig betrokken te raken bij situaties en maakt snel en graag sociaal contact. Hij heeft, wat Meehl zou noemen, een ‘grote hedonische capaciteit’. Vertaald naar de onderliggende psychobiologische structuur, zou je kunnen zeggen dat hij een systeem in zich draagt dat zeer gevoelig is voor appetitieve stimuli (klasse S), dat zich bij hem fenotypisch manifesteert als hoog frequente plezierige ervaringen (klasse R). Hoe ‘werkt’ nu zo’n persoonlijkheidstrek, of exacter, plaats op een persoonlijkheidstrek, door in iemands levensgeschiedenis?

Trekposities zijn mede bepalend voor de omgevingen waarin we leven, en daarmee voor onze levensloop. Iedereen selecteert, ontlokt en manipuleert de

omgeving waar hij in leeft op een trek-consistente manier. Genoemde vriend gaat graag naar feestjes, vanwege de kans op sociale interactie en de taxatie van wat hem dit op zal leveren. Hij wordt ook graag uitgenodigd, omdat anderen weten dat het dan meestal 'leuk' wordt. Als het feestje tegenvalt, zorgt hij voor leven in de brouwerij. Een laag extravert / hoog neurotisch persoon gaat feestjes waar mogelijk uit de weg en wijt bovendien het eventuele mislukken ervan aan zichzelf. Dergelijke consistente ervaringen slaan neer in attitudes relaties, en gewoontes – oftewel karakteristieke aanpassingen, die de levensloop of biografie van een persoon tezamen vormgeven.

Het in staat zijn om, in het perspectief van persoonlijkheidstrekken, iemands biografie te zien, helpt op verschillende manieren om de behandeling te richten. Allereerst leert het ons waarop we *niet* moeten inzetten, te weten op de persoonlijkheidstrek zelf. We kunnen mensen met behulp van psychotherapie leren andere aanpassingen aan hun trekken te vinden – andere omgevingen op te zoeken, andere relaties aan te gaan en een ander zelfbeeld te ontwikkelen –, maar de onderzoeksliteratuur wijst erop dat we iemands trekpositie niet wezenlijk kunnen beïnvloeden. Dit draagt er tevens toe bij een realistische verwachting van de uitkomst van behandelingen te hebben; iemand met een sterke geneigdheid om negatieve emoties – angst, schuld, schaamte – te ervaren, zal bij de huidige stand van zaken waarschijnlijk zijn leven lang deze kwetsbaarheid hebben. We kunnen deze persoon wel leren beter op dergelijke reacties te anticiperen, ze te hanteren en te verwerken. We kunnen dat leerproces bovendien vormgeven op een manier die aansluit bij de trekposities van de patiënt. Dat zou concreet kunnen betekenen dat we bij de ene patiënt *wel* en bij de andere patiënt *niet* gebruikmaken van technieken die een sterk beroep doen op emotionele openheid. Ten slotte kan het de patiënt helpen empathie te ontwikkelen voor zichzelf, vanuit werkelijke zelfkennis, of, zoals Harkness het zo fraai noemt, het kan de patiënt helpen 'to grow a Self' (Harkness & Lilienfeld, 1997).

Deze laatste categorie herinnert ons nog eens aan de complexiteit van wat behandelresultaat heet, niet alleen bij remoralisatie, klachtenvermindering en een completer functioneren. Het gewenste behandelresultaat kan ook liggen in het, in de context van een steunende relatie, realiseren van zelfinzicht, acceptatie en betekenisgeving. Voor degenen die geneigd zijn deze laatste opmerking af te doen als 'vaag', wil ik graag nog een ervaring met een observatie delen. Vakgenoten, zowel nationaal als internationaal, opteren meestal niet voor een *Evidence Based Treatment*-variant wanneer zij zelf met problemen kampen. Dit heeft me eigenlijk altijd geïntrigeerd. Zouden hun problemen zoveel complexer of unieker zijn? Werken de evidence-based behandelingen soms niet als je weet 'hoe ze werken'? Waarschijnlijker lijkt mij dat deze collega's niet op zoek zijn naar de meest efficiënte veranderingstechnologie, maar dat het hen

te doen is om een ander soort behandelresultaat, dat inderdaad meer geïndividualiseerd is en tot op heden niet of nauwelijks wetenschappelijke aandacht heeft gekregen. Een opmerking van Yale-professor Kazdin (2001) komt mij hierbij voor de geest: ‘The ride, [...], may be as or more importance than arriving at a destination.’ Dat leek me een algemeen bruikbaar motto om mee af te sluiten, dus ik kom nu tot mijn conclusie.

Conclusie

Terugkijkend heeft deze rede iets van een verweerschrift gekregen. Hopelijk klonk het niet te aanvallend of, erger nog, te defensief. Deze toon was misschien niet te vermijden gegeven de signalen die ik aan het begin van mijn rede schetste. Hoe dan ook: de *Misser van Visser* verdient modificatie. Wat waar is, is dat er betrekkelijk weinig positieve evidentie is verzameld over de toegevoegde waarde van psychodiagnostiek via indicatiestelling, deels door a priori inadequaat opgezet onderzoek, deels doordat het veld de uitdaging gewoon heeft laten liggen. Deze leerstoel beoogt om dergelijk onderzoek uit te voeren, bijvoorbeeld bij patiënten met complexe persoonlijkheidspathologie, in samenwerking met Verheul en met Hilde de Saeger en haar psychodiagnostiek team op De Viersprong.

Maar het goede nieuws is dat er toch wel degelijk een – evidence-based – kind in het badwater blijkt te zitten. De contouren van dat kind zijn beter te ontwaren indien psychodiagnostiek gericht wordt ingezet, met op samenwerking geënte procedures. Ik pleit daarbij voor een systematiek die de dosering psychodiagnostiek afstemt op de complexiteit en individualiteit van de verwachten casus-conceptualisatie: een getrapte psychodiagnostiek. Met Arjen Noordhof denk ik na over een formalisering van deze ideeën.

Dankwoord

Ik ben het College van Bestuur van de UvA en decaan Edward de Haan zeer erkentelijk voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik moet zeggen dat ik altijd nogal geïntimideerd ben geweest door het ambt van hoogleraar, en dat werd er niet beter op toen ik me realiseerde dat deze leerstoel in een virtuele lijn ligt met die van A.D. de Groot. Ik zal erg mijn best blijven doen.

Graag wil ik ook het bestuur van de afdeling Psychologie bedanken voor hun bijdrage aan het mogelijk maken van deze leerstoel, en ook voor hun niet-aflatende en succesvolle inspanningen om onze afdeling een plezierige

werkplek te maken. In het bijzonder wil ik Klaas Visser – een andere Visser – noemen, onze directeur onderwijs: net als Miele, *er is geen betere*.

Gedurende mijn ontwikkeling als *Scientist-Practitioner* ben ik door een aantal mensen sterk beïnvloed, en hen ben ik veel dank verschuldigd:

- Ten eerste Academie hoogleraar Paul Emmelkamp: Paul was de hoogleraar Klinische Psychologie op de Rijks Universiteit Groningen waar ik studeerde, en tien jaar later haalde hij me naar de UvA. Nog steeds denk ik dat niemand sneller of behendiger denkt dan hij.
- Hoogleraar Psychiatrie Aart Schene was gedurende ongeveer één jaar mijn baas bij het AMC, samen met Jochanan Huyser. Zijn stijl van grondige, volgehouden analyse vond ik inspirerend, en het bleek mij maar weer dat het goed samenwerken met psychiaters kan zijn.
- Steve Finn & Mike Telch zijn mijn belangrijkste begeleiders geweest in de VS, bij de University of Texas at Austin: Mike Telch als promotor, Steve Finn als voorbeeld binnen de klinische psychodiagnostiek. Beide zijn, op hoogst onderscheidende manier, ultieme *Scientist-Practitioners*.
- Auke Tellegen: zonder twijfel, en inmiddels genoegzaam bekend, ben ik het meest beïnvloed door mijn kennismaking met Auke Tellegen in 2003, tijdens het uitwisselingsbezoek met de University of Minnesota. Om te zeggen dat ik onder de indruk ben van de kwaliteit en integriteit van zijn werk en van zijn persoon, is een flinke understatement.
- Merel Kindt: zij is een fenomeen. Haar denkkracht, positieve energie en generositeit zijn ongeëvenaard. Ik realiseer me hoezeer ik bof dat jij onze baas bent bij Klinische Psychologie. Dat je het nog maar lang, lang mag blijven!

Leerstoelgroep

Zoals je zou wensen, bestaat de nog prille leerstoelgroep Psychodiagnostiek en Persoonlijkheid zonder uitzondering uit markante persoonlijkheden. Ik noem de onnavolgbare Arjen Noordhof en de ongrijpbare Henk Jan Conradi. Verder ben ik echt enorm trots dat Annemarie Eigenhuis bij mij wil promoveren, en dat ik me samen met Merel een beetje met NWO-toptalent Femke Gazendam mag bemoeien. Zelfs hebben we ons een korte periode mogen verheugen in de virtuele aanwezigheid van mijn vriend Albert Reijntjes. Met mijn personeelsbeleid – zo stelde Arjen Noordhof zelf al eens – zit het wel goed.

Ik acht het bovendien een heel positief teken dat het praktijkveld deze prille leerstoel nu al heeft weten te vinden. Ik noem in dat verband de externe promotietrajecten van Hilde de Saeger, Ineke Mosterman en Han Berghuis, en –

vanuit de forensische sector – dat van Wineke Smid. Laten we samen mooie dingen maken.

Viersprong

Essentieel voor de leerstoelgroep is de nauwe samenwerking met kliniek De Viersprong, in het bijzonder met hoogleraar Roel Verheul en met teammanager psychodiagnostiek Hilde de Saeger en haar team. Roel, door jou begin ik te geloven dat een win-win-winsituatie echt bestaat, en met Hilde en haar fantastische team deel ik het plezier van een monomane bezetenheid voor het vak Psychodiagnostiek.

Bijzondere collega's

'Ik ga iedere dag met plezier naar mijn werk.' Dit item zou ik zonder meer met 'juist' beantwoorden, en al zolang ik werk. Dat zegt waarschijnlijk iets over mijn persoonlijkheid, maar zeker ook over de interactie tussen persoon en omgeving. Zeer belangrijk voor het ervaren van dit plezier zijn bijzondere collega's. Van het eerste uur is er Mark Spiering, tafeltennisidool Sonja van Well, en, vandaag ceremoniemeesters bij het feest, Marieke Soeter en goede vriend Arnold van Emmerik. Het verbaast wel eens dat deze mensen ook met zo'n grote regelmaat zulke vaak geciteerde artikelen schrijven.

Studenten

Van mijn moeder, Elisabeth Kamphuis, heb ik het plezier in het kijken naar mensen meegekregen. Onwillekeurig deden vaak ook maar vage bekenden graag hun verhaal bij haar. En zoals Wilma en Alette, mijn twee zussen, kunnen getuigen, kon ze daar vervolgens vaak boeiend en raak over terugrapporteren. Dat goed kijken naar mensen, en het inzetten van de psychologische wetenschap om het individu te begrijpen, is wat 'Psyche' voor mij in de psychologie betekent. Het is DIE fascinatie die ik wil proberen over te brengen aan onze studenten.

Dan mij de liefsten: Minke, en Thomas en Carlijn. Ons gezin is een casestudy in individuele verschillen, maar we horen toch erg bij elkaar, en daar ben ik geweldig trots op. Minke moet nogal om mij lachen als ik mijn baret opzet, maar ze zegt ook dat ik leuker ben met één of twee borrels op. Ik stel voor dat we dat dan maar snel gaan doen.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Barlow, D., Allen, L.B., Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230
- Bartak, A. (2010). On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders. Dissertatie bij de Faculteit der Maatschappij en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam, oktober 2010
- Caspi, A. (2000). The child is the father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 158-172
- Harkness, A.R., Lilienfeld, S.O. (1997). Individual difference science for treatment planning: Personality traits. *Psychological assessment*, 9, 349-360
- Kamphuis, J.H., Finn, S.E. (2005). Therapeutische psychodiagnostiek: Het samenwerkingsmodel van Finn. In C. de Ruiter, M. Hildebrand: *Handboek Psychodiagnostiek* (p. 197-220). Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum
- Kazdin, A.E. (2001). Almost clinically significant (Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Client focused research: Using client outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172
- Loonen, A., Stahl, S. (2010). Functional psychopharmacology is the way to go in pharmacotherapy for psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 435-437
- Meehl, P.E. (1959). Some ruminations on the validation of clinical procedures. *Canadian Journal of Psychology*, 13, 102-128
- Persons, J.B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118
- Poston, J.M., Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological assessment*, 22, 203-212
- Project MATCH research group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29
- Schulte, D., Kunzel, R., Pepping, G., Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy for phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92
- Tellegen, A. (1985). Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A.H. Tuma & J.D. Maser (red.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Visser, S. (2007). *The future is yours! De gezondheidszorgpsycholoog op weg naar een professionele en zelfbewuste discipline*. Rede van 28 juni 2007, Faculteit der Maatschappij en Gedragwetenschappen. Universiteit van Amsterdam, Vossiuspers
- Witkiewitz, K., Hufford, M.R., van der Maas, H.L.J., Marlatt, G.A. (2007). Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: Reexamining the Project MATCH data 'another way.' *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 378-394
- Wolpe, J. (1986). Individualization: the categorical imperative of behavior therapy practice. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 145-153