



Open Universiteit  
www.ou.nl

# Klinische psychologie

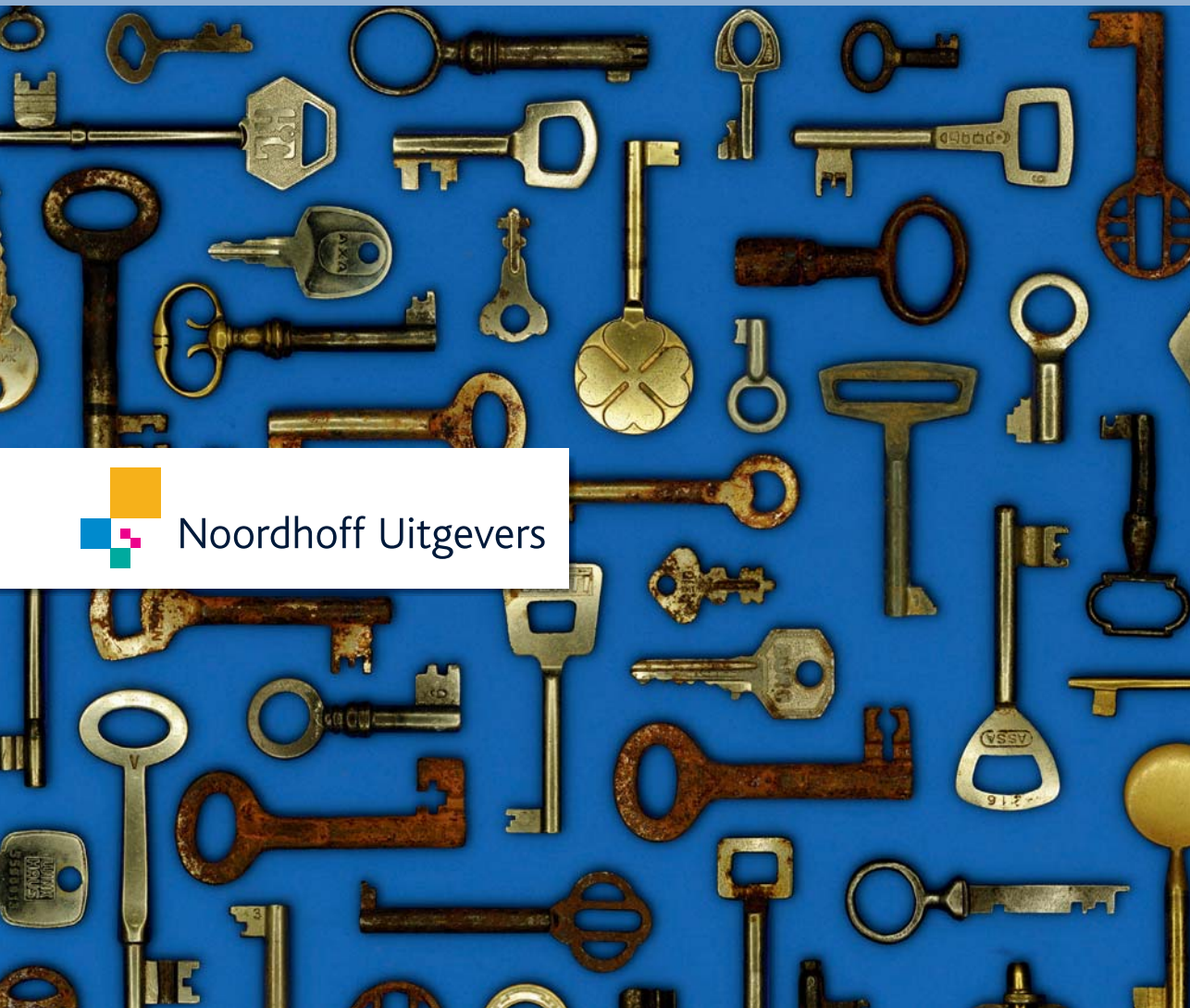
Diagnostiek en behandeling

Ellin Simon, Eva de Hullu, Guus Smeets,  
Henk T. van der Molen (red.)

Derde druk



Noordhoff Uitgevers





# Klinische psychologie

## Diagnostiek en behandeling

Ellin Simon, Eva de Hullu, Guus Smeets, Henk T. van der Molen (red.)

Met medewerking van:

Arnoud Arntz, Marc Blom, Suzette Boon, Nynke Boonstra, Theo Bouman, Odette Brand-de Wilde, Erik ten Broeke, Stynke Castelein, Farid Chakhssi, Jan Derksen, Marieke Dewitte, Willem van der Does, Hannie van Genderen, Anton Hafkenscheid, Onno van der Hart, Colin van der Heiden, Adriaan Honig, Eva de Hullu, Anita Jansen, Bea Jogems-Kosterman, Ruud Jongedijk, Manja Koenders, Kees Korrelboom, Lotte Lemmens, Maarten Merkx, Patricia van Oppen, Marieke Pijnenborg, Rudolf Ponds, Inez Ramakers, Jeffrey Roelofs, Corine de Ruiter, Grietje Schaap, Agnes Scholing, Ellin Simon, Ingrid Verbeek, Henny Visser, Sako Visser, Irene van Vliet, Reinout Wiers

---

Derde, geheel herziene druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Utrecht



Ontwerp omslag: Michiel Uilen  
Omslagillustratie: Rik Simon  
Bureauredactie: Jan Hendriks, Open Universiteit Nederland

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:  
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB  
Groningen of via het contactformulier op [www.mijnnoordhoff.nl](http://www.mijnnoordhoff.nl)

*Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s) redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.*



0 / 18

© 2018 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave 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. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-01-88148-1  
ISBN 978-90-01-88147-4  
NUR 772

# Inhoud

Inleiding 9

## DEEL 1

### Kadering van diagnostiek en behandeling 13

#### 1 Psychodiagnostiek 15

*Eva de Hullu, Bea Jogems-Kosterman en Ellin Simon*

- 1.1 De rol van psychodiagnostiek 16
  - 1.2 De diagnostische cyclus 18
  - 1.3 Klachtanalyse: wat is de vraag? 19
  - 1.4 Probleemanalyse: wat is het probleem? 21
  - 1.5 Verklaringsanalyse: waar komen de klachten vandaan? 25
  - 1.6 Indicatieanalyse: wat is de beste aanpak? 31
  - 1.7 Van wetenschap naar praktijk 32
- Samenvatting 34

#### 2 Indicatiestelling 37

*Sako Visser en Agnes Scholing*

- 2.1 Indicatiestelling: een besluitvormingsproces 38
  - 2.2 Modellen voor indicatiestelling 39
  - 2.3 Voorwaarden voor indicatiestelling 40
  - 2.4 Voorspellers van behandelresultaten 40
  - 2.5 Indicaties en contra-indicaties 45
  - 2.6 Indiceren binnen de basis-ggz en de specialistische ggz 46
- Samenvatting 47

#### 3 Transdiagnostische benadering 49

*Kees Korrelboom*

- 3.1 Stoornisspecifieke benadering 51
  - 3.2 DSM en evidence-based behandelingen 52
  - 3.3 Transdiagnostische behandeling 53
  - 3.4 Recente transdiagnostische ontwikkelingen 62
- Samenvatting 66

## DEEL 2

### Diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen 69

#### 4 Farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen 71

*Irene van Vliet en Adriaan Honig*

- 4.1 Psychofarmacologische interventies 72
  - 4.2 Algemene werkingsprincipes van psychofarmaca 73
  - 4.3 Soorten psychofarmaca 76
  - 4.4 Overige neurobiologische interventies 87
- Samenvatting 92

#### 5 Psychoanalytische behandelingen 95

*Jan Derksen*

- 5.1 Het psychoanalytisch begrippenkader 96
  - 5.2 Diagnostische methoden en indicaties voor behandeling 98
  - 5.3 Behandelingen 102
  - 5.4 Effectonderzoek 111
- Samenvatting 112

#### 6 Cliëntgerichte behandeling van psychopathologie 115

*Anton Hafkenscheid*

- 6.1 De geschiedenis van de cliëntgerichte benadering 115
  - 6.2 Diagnostiek binnen het cliëntgerichte kader 118
  - 6.3 Grondhouding van de cliëntgerichte therapeut 120
  - 6.4 Pijlers van cliëntgerichte psychotherapie 122
  - 6.5 Emotion-Focused Therapy (EFT) 129
  - 6.6 Effectiviteit 131
- Samenvatting 133

#### 7 Cognitieve gedragstherapie 135

*Lotte Lemmens en Jeffrey Roelofs*

- 7.1 Theoretisch kader 136
  - 7.2 Basisprincipes van cognitieve gedragstherapie 140
  - 7.3 Diagnostiek 143
  - 7.4 Behandeling 150
  - 7.5 Effectiviteit 158
  - 7.6 (Contra-)indicaties 159
  - 7.7 Nieuwe ontwikkelingen 160
- Samenvatting 162

#### 8 Interpersoonlijke psychotherapie 165

*Marc Blom*

- 8.1 Theoretische achtergrond 166
  - 8.2 Effectiviteit 167
  - 8.3 Behandeling 167
  - 8.4 Toepassingen 177
- Samenvatting 179

## DEEL 3

### Diagnostiek en behandeling passend bij verschillende vormen van psychopathologie 183

- 9     **Angststoornissen** 185  
      *Colin van der Heiden en Erik ten Broeke*
- 9.1    Diagnostiek 186
- 9.2    Behandeling 188
- 9.3    Paniekstoornis 195
- 9.4    Agorafobie 197
- 9.5    Sociale-angststoornis 197
- 9.6    Specifieke fobie 200
- 9.7    Gegeneraliseerde-angststoornis 201  
      Samenvatting 203
  
- 10    **Stemmingsstoornissen** 205  
      *Manja Koenders en Willem van der Does*
- 10.1    Depressieve stoornissen 206
- 10.2    Diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis 208
- 10.3    Bipolaire-stemmingsstoornissen 215
- 10.4    Diagnostiek en behandeling van de bipolaire-stemmingsstoornis 216  
      Samenvatting 230
  
- 11    **Posttraumatische-stressstoornis** 223  
      *Ruud Jongedijk en Ellin Simon*
- 11.1    Een beeld van PTSS 225
- 11.2    Anamnese bij een vermoeden van PTSS 226
- 11.3    Diagnostiek 229
- 11.4    Behandeling 230
- 11.5    Welke PTSS-therapievormen zijn evidence-based? 231  
      Samenvatting 236
  
- 12    **Dissociatieve stoornissen** 239  
      *Suzette Boon en Onno van der Hart*
- 12.1    Trauma en dissociatie 241
- 12.2    DSM-5 dissociatieve stoornissen 241
- 12.3    Vaststellen 243
- 12.4    Behandeling 246  
      Samenvatting 251
  
- 13    **Psychotische stoornissen** 253  
      *Nynke Boonstra, Stynke Castelein en Marieke Pijnenborg*
- 13.1    Klinisch beeld van een psychose 254
- 13.2    Clinical staging 256
- 13.3    Diagnostiek 257
- 13.4    Diagnostiek per fase 260
- 13.5    Behandeling 262  
      Samenvatting 268

- 14 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 271**  
*Henny Visser en Patricia van Oppen*
- 14.1 Klinisch beeld 272
  - 14.2 Etiopathogenese 274
  - 14.3 Diagnostiek 276
  - 14.4 Behandeling 279
  - Samenvatting 281
- 15 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 285**  
*Farid Chakhssi, Grietje Schaap en Corine de Ruiter*
- 15.1 Oppositioneel-opstandige stoornis 285
  - 15.2 Periodiek-explosieve stoornis 288
  - 15.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis 290
  - 15.4 Antisociale-persoonlijkheidsstoornis 291
  - 15.5 Pyromanie 293
  - 15.6 Kleptomanie 294
  - Samenvatting 297
- 16 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 299**  
*Reinout Wiers en Maarten Merckx*
- 16.1 Wat is verslaving? Een korte geschiedenis 300
  - 16.2 Hoe raakt iemand verslaafd? 301
  - 16.3 Screening en diagnostiek 303
  - 16.4 Interventies 306
  - Samenvatting 314
- 17 Persoonlijkheidsstoornissen 317**  
*Odette Brand-de Wilde, Hannie van Genderen en Arnoud Arntz*
- 17.1 Klinisch beeld 319
  - 17.2 Diagnostiek 320
  - 17.3 Van diagnostiek naar indicatiestelling 322
  - 17.4 Behandeling 323
  - Samenvatting 331
- 18 Neurocognitieve stoornissen: dementie 333**  
*Rudolf Ponds en Inez Ramakers*
- 18.1 Geheugenklachten 333
  - 18.2 Uitgebreide neurocognitieve stoornis 336
  - 18.3 Beperkte neurocognitieve stoornis 339
  - 18.4 Diagnostiek 340
  - 18.5 Risico- en beschermende factoren 342
  - 18.6 Behandeling 343
  - Samenvatting 345



<b>19</b>	<b>Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen</b> 347 <i>Theo Bouman</i>
19.1	Van de DSM-IV-TR naar de DSM-5 347
19.2	Classificatie, diagnostiek en prevalentie 350
19.3	Transdiagnostische instandhoudende factoren 355
19.4	Behandeling en effecten 356 Samenvatting 360
<b>20</b>	<b>Eetstoornissen</b> 363 <i>Anita Jansen</i>
20.1	Voedings- en eetstoornissen 363
20.2	Cross-over en transdiagnostiek 367
20.3	Diagnostiek en differentiële diagnostiek 368
20.4	Behandeling 370 Samenvatting 374
<b>21</b>	<b>Seksuele disfuncties, parafilie en genderdysforie</b> 377 <i>Marieke Dewitte</i>
21.1	Seksuele disfuncties 377
21.2	Parafilie 391
21.3	Genderdysforie 393 Samenvatting 397
<b>22</b>	<b>Slaapstoornissen</b> 399 <i>Ingrid Verbeek</i>
22.1	Classificatie van slaapstoornissen 400
22.2	Insomniastoonis (langdurige slapeloosheid) 400
22.3	Diagnostiek 403
22.4	Behandeling 405
22.5	Nachtmerriestoonis 408
22.6	Circadiaan-ritme-slaap-waakstoornissen 410 Samenvatting 412
	<b>Literatuur</b> 413
	<b>Over de auteurs</b> 452
	<b>Register</b> 458



# Inleiding

## Doel van dit boek

Met dit boek willen we een overzicht bieden van het huidige werkveld van de klinische psychologie, met de focus op diagnostiek en behandeling van psychische problemen. Diagnostiek en behandeling worden besproken vanuit verschillende perspectieven, vanuit verschillende therapeutische benaderingen en in de context van verschillende psychische stoornissen. Het boek is vooral bedoeld voor studenten van wo- en hbo-instellingen die na hun opleiding gaan werken in de ggz of aanverwante sectoren en voor wie kennis van de verschillende therapeutische behandelmethoden noodzakelijk is. Daarbij valt in de eerste plaats te denken aan studenten psychologie, geestelijke gezondheidskunde, (ortho)pedagogiek en geneeskunde. Daarnaast kan het boek van nut zijn voor studenten psychiatrische verpleegkunde, maatschappelijk werk en sociaalpedagogische hulpverlening. Verder is het boek een up-to-date naslagwerk voor degenen die momenteel de postdoctorale beroepsopleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog volgen en voor professionals die in de ggz werkzaam zijn.

Het boek vormt een tweeluik met het eerder verschenen boek *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie* onder redactie van Henk T. van der Molen, Ellin Simon en Jacques van Lankveld (2015). In dat boek komen de belangrijkste persoonlijkheidstheorieën en kenmerken van psychopathologie (waaronder DSM-5-classificatie) aan bod. Deze stof werd bij het opstellen van dit boek als basiskennis verondersteld. Het kennen van het boek *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie* is echter geen noodzakelijke voorwaarde om de inhoud van het huidige boek te kunnen volgen.

## Indeling van dit boek

Dit boek bestaat uit drie delen. Het eerste deel 'Kadering van diagnostiek en behandeling' beschrijft de processen van diagnosticeren, behandelen en indiceren van cliënten. Het tweede deel 'Diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen' belicht de gang van zaken bij diagnostische werkzaamheden en behandeling, wanneer vanuit de verschillende specifieke theoretische benaderingen wordt gewerkt. In het derde deel 'Diagnostiek en behandeling bij verschillende vormen van psychopathologie' staan de diagnostiek en behandeling bij een groot aantal verschillende psychische problemen en stoornissen centraal.

De hoofdstukken in dit boek zijn geschreven door experts op de gebieden waarover deze handelen. Deze experts combineren een wetenschappelijke attitude met klinische ervaring. Dit blijkt uit het gebruik van relevant en recent wetenschappelijk onderzoek waarmee de keuzen voor interventies worden onderbouwd en uit het gebruik van diverse casussen en concrete voorbeelden in elk hoofdstuk.

Omwille van de leesbaarheid is ervoor gekozen om in het hele boek het persoonlijk voornaamwoord 'hij' te gebruiken in gevallen waar zowel naar 'hij' als 'zij' verwezen kan worden. De keuze tussen het gebruik van het woord 'cliënt' of 'patiënt', om een persoon mee aan te duiden die psychologische hulpverlening zoekt, lieten we over aan de auteurs.

### **Wijzigingen ten opzichte van eerdere edities**

In deze derde, geheel herziene editie ligt de focus van de theoretische hoofdstukken en de hoofdstukken over diagnostiek en behandeling op psychopathologie bij volwassenen. In de tweede editie waren ook enkele hoofdstukken opgenomen over diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten. Hoewel psychopathologie bij kinderen en adolescenten niet scherp te onderscheiden is van psychopathologie bij volwassenen, vraagt deze groep om een ander perspectief, waarin specifieke aandacht is voor de ontwikkeling van het kind en de rol van ouders en verzorgers.

Bij elke editie is het de wens van de redactie om aan te sluiten bij recente ontwikkelingen in wetenschap en praktijk. Dat wordt weerspiegeld in de keuze voor auteurs, die actuele kennis kunnen delen, en in de keuze voor de onderwerpen die in het boek worden behandeld. Ook is deze editie gebaseerd op het huidige classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen, namelijk de DSM-5 in plaats van de DSM-IV(-TR). Met de toevoeging van een hoofdstuk over transdiagnostische behandelvormen sluit het boek aan bij recente ontwikkelingen. Met het oog op efficiëntie is een aantal onderwerpen samengevoegd (psychodiagnostiek en het anamnestic interview; cognitieve therapie en gedragstherapie) en wordt een aantal onderwerpen niet langer besproken in aparte hoofdstukken, waaronder hoofdstukken met een focus op kinderen en jeugdigen. Ook is het hoofdstuk over therapie-evaluatieonderzoek verwijderd omdat dat meer past in een boek over methoden van evaluatie van behandeling. Ten slotte hebben lezers van deze editie toegang tot een website waarop studiemateriaal beschikbaar is dat aansluit bij de inhoud van het boek: [www.klinischepsychologie2.noordhoff.nl](http://www.klinischepsychologie2.noordhoff.nl).

### **Dankwoord**

Wij zijn de auteurs veel dank verschuldigd voor hun bijdrage en voor de prettige samenwerking bij de totstandkoming van dit boek. We willen allen bedanken die als mee-lezer de auteurs en redactie hebben geholpen de teksten te verbeteren. Graag bedanken we op deze plek ook de oud-redactieleden Arjan Bos en Peter Muris die hebben meegewerkt aan de tweede editie en Arnoud Arntz en Susan Bögels, die in 1999 aan de wieg stonden van de eerste editie van dit boek. Bettina Glazenburg en Trijnnnet Oomkens van Noordhoff Uitgevers bedanken we voor de plezierige samenwerking. Tot slot willen we onze dank uitspreken aan Jan Hendriks, die met grote vak-kundigheid heeft gezorgd voor de bureau- en eindredactie.

Heerlen/Rotterdam, augustus 2017

Ellin Simon  
Eva de Hullu  
Henk T. van der Molen  
Guus Smeets



Waar komt de cliënt vandaan en waar kan de cliënt naartoe? Deze vraag heeft een psycholoog in zijn achterhoofd bij elke nieuwe cliënt. Deel 1 kadert de diagnostiek en de behandeling van cliënten en biedt de psycholoog kennis die hem ondersteunt bij het begrijpen van zijn cliënt en bij het op weg helpen naar een geschikte behandeling. Dit deel start met een hoofdstuk over psychodiagnostiek, dat breed is opgezet en daarmee zowel intake, anamnese als uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek beslaat (hoofdstuk 1). Als de psycholoog met (psycho)diagnostisch onderzoek een goed beeld van de cliënt heeft verworven, ondersteunt hij de cliënt tijdens de indicatiestelling naar de behandelvorm die het beste aansluit bij de problematiek van de cliënt (hoofdstuk 2). Deel 1 wordt afgesloten met een inleiding in transdiagnostische behandelvormen (hoofdstuk 3). Dit hoofdstuk geeft de lezer de nodige bagage om de hoofdstukken over diagnostiek en behandeling volgens verschillende theoretische benaderingen (deel 2) en de hoofdstukken over diagnostiek en behandeling bij verschillende vormen van psychopathologie (deel 3) vanuit een overstijgend perspectief te bezien.

# DEEL 1

# Kadering van diagnostiek en behandeling

- 1 Psychodiagnostiek 15
- 2 Indicatiestelling 37
- 3 Transdiagnostische benadering 49





## 1

# Psychodiagnostiek

*Eva de Hullu, Bea Jogems-Kosterman en Ellin Simon*

- 1.1 De rol van psychodiagnostiek**
- 1.2 De diagnostische cyclus**
- 1.3 Klachtanalyse: wat is de vraag?**
- 1.4 Probleemanalyse: wat is het probleem?**
- 1.5 Verklaringsanalyse: waar komen de klachten vandaan?**
- 1.6 Indicatieanalyse: wat is de beste aanpak?**
- 1.7 Van wetenschap naar praktijk**

De eerste vraag die elke psycholoog zich stelt zodra een cliënt voor intake of onderzoek in de spreekkamer plaatsneemt is: wat is er met deze cliënt aan de hand? Om uit te zoeken wat de psychische klachten zijn en hoe die in elkaar zitten, volgen er nog veel meer vragen: Wat zijn deze klachten, hoe zien deze er concreet uit? Wat is de aanleiding van de klachten, hoe zijn deze ontstaan en hoe worden deze in stand gehouden? Wat is de bijdrage van de maatschappelijke omstandigheden, de situatie waarin de cliënt zich bevindt? Wat is daarbij de bijdrage van de persoon, zijn geschiedenis, zijn intelligentie en persoonlijkheid? Hoe hangen deze factoren samen: hoe kan het, dat deze persoon nu problemen ervaart?

Vervolgens, als we duidelijk hebben hoe we de problemen kunnen verklaren, wat zijn dan de mogelijkheden voor behandeling? Wat zijn de factoren in het gedrag, denken en voelen waarin de cliënt veranderingen kan aanbrengen waardoor de klachten verminderen?

De psycholoog wil weten hoe het komt dat deze cliënt, in deze situatie, klachten ervaart, en stelt vragen om daarachter te komen. Hij heeft verschillende instrumenten tot zijn beschikking om deze vragen te beantwoorden:

- 1 onderzoeksgesprekken
- 2 (gedrags)observaties
- 3 psychologische tests en vragenlijsten.

Door zo veel mogelijk gebruik te maken van wetenschappelijke methoden zorgt de onderzoeker ervoor dat de benodigde informatie gestructureerd

verzameld wordt en verantwoord geïnterpreteerd. De kern van de psychodiagnostiek is dan de integratie van de drie bovengenoemde bronnen om antwoorden op de onderzoeksvragen te krijgen; factoren in de persoon, in het gedrag en in de omgeving worden daarbij in samenhang beschouwd. Dit hoofdstuk biedt een kader dat kan dienen om de psychodiagnostiek in het gehele boek te plaatsen. De grote lijnen van het diagnostisch proces zijn dan duidelijk, maar de specifieke aanpak kan verschillen per benadering (zie deel 2 van dit boek) en per stoornis (zie deel 3 van dit boek).

## 1.1 De rol van psychodiagnostiek

### Onderzoeks- gesprek

Het is niet altijd nodig om testonderzoek met behulp van vragenlijsten of andere instrumenten toe te passen. Dit is afhankelijk van de vragen en vermoedens vooraf. Vaak leveren het onderzoeksgesprek en de (gedrags) observaties al voldoende informatie op om op basis daarvan een behandeling te starten. Dit geldt bijvoorbeeld bij een cliënt met een enkelvoudige stoornis, waarbij duidelijk is wat de aanleiding is om hulp te zoeken. Soms is echter aanvullend testonderzoek nodig om de context en de achtergrond van de klachten en problemen beter te kunnen plaatsen. Dit aanvullend testonderzoek is soms ook nodig om de juiste behandeling of ondersteuning te indiceren, zoals wanneer de klachten diffuser en minder grijpbaar zijn en waarbij het beloop veel meer geleidelijk en sluimerend is geweest. Over het geheel genomen geldt hierbij het principe van het stepped-care-model: afhankelijk van de ernst en de hardnekkigheid van de klachten kan worden gekozen voor een meer uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek. Vanuit de praktijk van de specialistische ggz is de ervaring dat uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek zinvol kan zijn in de volgende situaties:

- Wanneer tijdens de intake de indruk ontstaat dat de klachten of problemen van de cliënt grotendeels toe te schrijven zijn aan intelligentie, ontwikkelingsproblematiek, persoonlijkheidskenmerken of cognitief (dis) functioneren.
- Wanneer een cliënt al meerdere (psychologische) behandelingen heeft gevolgd zonder het gewenste resultaat. Het is dan zinvol om te onderzoeken of er factoren zijn in de intelligentie, het cognitief functioneren of de persoonlijkheid, die de eerdere behandelingen hebben ondermijnd. Een laag intelligentieniveau kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat een cliënt eerdere interventies onvoldoende heeft kunnen begrijpen en toepassen.
- Wanneer een cliënt gebaat lijkt bij een langer durende en/of intensievere behandeling vanwege persoonlijkheidsproblematiek die in het contact tijdens de behandeling zichtbaar is geworden. Het psychologisch onderzoek kan dan bijdragen aan de onderbouwing van deze keuze en tevens adviezen genereren voor de verdere invulling van de behandeling.

Psychodiagnostiek gaat verder dan het beschrijven van de klachten en het stellen van een classificerende diagnose, omdat bij het psychodiagnostisch proces het opstellen en toetsen van een verklarende hypothese centraal staan. Een psychodiagnosticus zal vooral willen begrijpen welke interne psychische processen en omgevingsinvloeden ten grondslag liggen aan de klachten en problemen van een cliënt. Je kunt deze benadering vergelijken met hoe je een huis bekijkt, waarbij het buitenste, zichtbare deel van het huis staat voor de classificatie en de typering van de psychische klachten of persoonsfactoren. Hoe het huis gebouwd is, bepaalt in grote mate hoe stevig of

zwak het huis is en in hoeverre dit bestand is tegen 'stormen' die van buiten komen. Hierbij staan de stormen voor externe invloeden. Een psychodiagnosticus zal vooral die stevigheid van het huis goed in kaart willen brengen, willen begrijpen welk temperament, welke persoonlijkheid, welke copingvaardigheden iemand heeft. Als duidelijk is welke factoren een rol spelen in de problematiek, leidt dit tot een weloverwogen indicatiestelling waarbij de interventie wordt gekozen die past bij de (hypothetische) oorzakelijke factoren. Zo kan men bijvoorbeeld in het geval van een autismespectrumstoornis (ASS) denken aan een traject waarin de DSM-5-criteria voor ASS en mogelijke overige stoornissen met een gestructureerd interview zijn uitgevraagd, een heteroanamnese met partner of ouders heeft plaatsgevonden, en waarin gedragsobservatie, (persoonlijkheds)vragenlijsten en tests naar (sociaal-) cognitieve stijlen leiden tot een uitgebreide rapportage. In die rapportage is dan zowel een beschrijving van het klachtenbeeld (de DSM-5-classificatie, de buitenkant van het huis) opgenomen, als de ontwikkelingsgeschiedenis, persoonlijkheid, sociaal-emotionele informatieverwerking en (sociaal-) cognitieve stijl (psychodiagnostiek, de opbouw van het huis), waarbij die verdiepende psychodiagnostiek de behandeling en omgang met cliënt richting geeft (Vuijk & Eurelings-Bontekoe, 2016). In dit hoofdstuk wordt het werkterrein van de psychodiagnosticus beschreven, dat zich ook bevindt in het werkterrein van de diagnosticus. Het onderzoek naar de onderliggende verklaringen, het terrein van de psychodiagnostiek, bouwt immers voort op de waarneembare informatie, die is verzameld in de intake, in anamnestiche gesprekken, in de behandeling, door de psychodiagnosticus zelf of door collega's. De psychodiagnosticus kan hierbij meerdere rollen aannemen: die van intaker, die in het eerste contact met cliënt wil uitzoeken wat er aan de hand is, die van diagnosticus, die de klachten of problemen wil kaderen, en die van psychodiagnosticus, die diepgaand wil begrijpen. In al deze rollen is de basishouding die van onderzoeker. Zodra een psycholoog een behandelrelatie heeft opgebouwd met een cliënt, is het raadzaam om psychodiagnostische vragen door een collega-psycholoog te laten afnemen. Daarmee wordt voorkomen dat de cliënt en de behandelaar te maken krijgen met een rolverwarring. Soms kunnen de resultaten vanuit een psychodiagnostisch onderzoek confronterend of teleurstellend zijn voor een cliënt. De behandelende psycholoog kan dan vanuit zijn opgebouwde contact de cliënt opvangen en ondersteunen.

Bij het onderzoek hanteert de psychodiagnosticus de empirische cyclus. Op basis van vermoedens van hoe het probleem verklaard kan worden, ontwerpt hij hypothesen, toetst deze en bouwt zo kennis op omdat de hypothesen worden aangenomen of verworpen. Deze empirische cyclus is terug te vinden in de opbouw van dit hoofdstuk en in het hypothesetoetsend model van De Bruyn (De Bruyn, Ruijsseenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2003).

Empirische  
cyclus

Het hoofdstuk richt zich primair op de psychodiagnostiek binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz), passend bij de klinische context van dit handboek. Psychodiagnostiek heeft uiteraard een bredere toepassingsfunctie dan het werkveld van de reguliere ggz. Het kan bijvoorbeeld ook plaatsvinden in een forensische setting, waarbij een onderzoek wordt ingezet omdat de rechtbank een verklaring zoekt voor het criminele gedrag van de verdachte. De forensische psychodiagnostische rapportage biedt dan zowel een verklaring voor het gedrag, een advies over de mate van toerekeningsvatbaarheid en het juridisch kader (bijvoorbeeld behandeling of ondersteuning

als voorwaarde), en bovendien mogelijke aanknopingspunten voor interventies die erop zijn gericht recidive te voorkomen (bijvoorbeeld behandeling van de dader, aanpassingen aan de omgeving). Psychodiagnostiek wordt ook ingezet bij de selectie van personeel en studenten om daarmee de geschiktheid van kandidaten voor een bepaalde functie of opleiding te onderzoeken. De onderzoeker zal daarbij niet zozeer op zoek zijn naar pathologische kenmerken van de onderzochte, maar meer naar de competenties en persoonskenmerken die passend zijn voor de gewenste functie of opleiding.

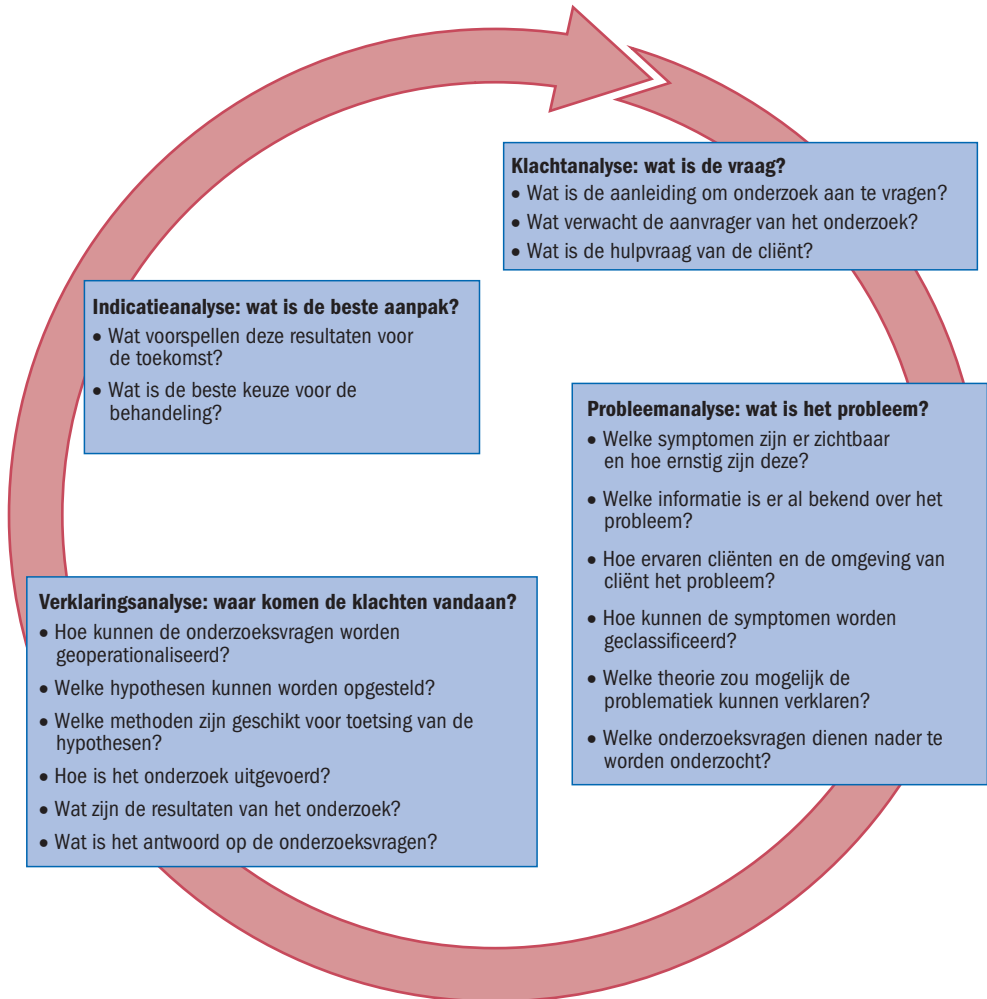
Zoals we in de volgende hoofdstukken zullen zien, kan de psychologische diagnostiek binnen de klinische setting vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden, afhankelijk van het theoretisch kader (deel 2 van dit boek). Zo geldt bij de transdiagnostische benadering (hoofdstuk 3) dat er wordt gekeken naar stoornisoverstijgende kwetsbaarheden zoals perfectionisme en zelfwaardering. Bij farmacotherapie en andere niet-psychotherapeutische behandelvormen (hoofdstuk 4) staat het psychodiagnostisch proces in dienst van het vinden van de juiste medicatie of biologische interventie. De psychoanalytische benadering (hoofdstuk 4) is van oudsher invloedrijk op het gebied van de psychodiagnostiek, en legt de nadruk juist op de onderliggende mechanismen. De cliëntgerichte psychotherapie (hoofdstuk 6) richt zich weinig op diagnostiek als losstaande fase, en integreert diagnostiek eventueel in de behandeling. In de cognitieve gedragstherapie (hoofdstuk 7) speelt vaak de (DSM-)classificatie een rol als het gaat om de keuze van een evidence-based behandelprotocol en kan een psychodiagnostisch onderzoek de behandeling informeren als het gaat om sterkte en zwakte in bijvoorbeeld intelligentie en coping. Bij interpersoonlijke therapie (hoofdstuk 8) vormt diagnostiek de eerste fase van de behandeling en resulteert deze fase in een behandelcontract over het probleemgebied waar de therapeut en de cliënt zich tijdens het resterende gedeelte van de behandeling op zullen richten. Het theoretisch kader van een instelling of onderzoeker heeft op deze manier veel invloed op de keuzen die in het onderzoek gemaakt worden.

## 1.2 De diagnostische cyclus

Als onderzoeker werkt de psycholoog volgens de empirische cyclus die ook bij wetenschappelijk onderzoek gebruikt wordt om onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze cyclus wordt voor psychodiagnostisch onderzoek beschreven door De Bruyn et al. (2003) en dient in het Nederlands taalgebied als de basis voor wetenschappelijk verantwoord psychodiagnostisch onderzoek. Deze diagnostische cyclus (zie figuur 1.1) bestaat uit vier stappen, die op elkaar volgen en op iteratieve wijze de informatie uit de voorgaande stappen gebruiken of teruggaan naar een eerdere stap als er informatie ontbreekt of niet blijkt te kloppen. Deze stappen zijn de klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse.

Bij al deze stappen is een wetenschappelijke grondhouding van belang. De onderzoeker formuleert een theorie op basis van wetenschappelijke literatuur, zoekt doelgericht en systematisch informatie die de eigen theorie kan ontkrachten (falsificatie) en kan bevestigen (verificatie) en gebruikt betrouwbare en valide onderzoeksmiddelen waarbij het onderzoeksproces transparant en replicerbaar is. In de volgende paragrafen wordt het psychodiagnostisch

FIGUUR 1.1 De diagnostische cyclus



Gebaseerd op: De Bruyn, Ruijsseenaars, Pameijer en Van Aarle (2003)

proces aan de hand van deze cyclus doorlopen. Voor meer gedetailleerde handvatten bij het diagnostisch proces verwijzen we naar handboeken op dit terrein (bijvoorbeeld Luteijn & Barelds, 2013 of Witteman, van der Heijden, & Claes, 2014).

### 1.3 Klachtanalyse: wat is de vraag?

Psychodiagnostisch onderzoek begint meestal vanuit een doorverwijzing door een andere hulpverlener, een huisarts of een collega die een aanvraag doet voor een intake of onderzoek bij zijn cliënt. In de aanmelding wordt aangegeven wat de aanleiding voor de verwijzing is en wat de onderzoeksvraag of hulpvraag van de cliënt is.

**Aanmelding**

**Klachtanalyse**

De psychodiagnosticus zal als eerste stap in het proces van de klachtanalyse nagaan wat de achtergrond is van de aanvraag. Wat is de aanleiding? Wat zijn de motieven van de aanvrager, wat verwacht hij van het onderzoek? Deze verwachtingen zijn verschillend als het gaat om een aanvraag vanuit bijvoorbeeld een rechtbank, een huisarts of van de cliënt zelf.

De tweede stap in de klachtanalyse is de analyse van de hulpvraag van de cliënt. Waarom zoekt de cliënt juist nu hulp voor zijn klachten? De onderzoeker vraagt de cliënt wat vanuit diens perspectief het doel is van het onderzoek. Wat wil de cliënt weten? Wat ziet de cliënt als zijn probleem, en sluit het onderzoek hierop aan?

**CASUS 1.1****Jos**

Jos (25 jaar) wordt door de huisarts verwezen naar de specialistische ggz met de vraag of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Afgaande op de vraagstelling wordt Jos binnen het team 'Persoonlijkheid' gezien voor de intake. Tijdens deze intake komt naar voren dat Jos kampt met forse stemmingswisselingen, een negatief zelfbeeld, woede-uitbarstingen, impulsiviteit en angst om uitgelachen te worden in sociale situaties. Vanuit de biografie wordt duidelijk dat Jos op affectief gebied veel tekort is gekomen in zijn jeugd. Vanwege een leerachterstand heeft hij speciaal basis- en voortgezet onderwijs gevolgd. Het intake-team besluit om aanvullend diagnostisch onderzoek te doen naar de persoonlijkheid. Er wordt een gestructureerd interview (SCID-5) voor persoonlijkheidsproblematiek afgenomen; deze neemt ongeveer drie uur in beslag. Jos blijkt te voldoen aan voldoende kenmerken van een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis met trekken van een antisociale-persoonlijkheidsstoornis (zonder volledig te voldoen aan deze classificatie). Het intake-team blijft echter met vragen zitten rondom Jos, zoals welke behandeling ze hem moeten gaan bieden. In de gesprekken valt op dat Jos niet goed in staat is om te reflecteren op zijn problematiek. Bij oplopende spanning kruipt hij helemaal in elkaar of wordt hij bozig. Het intake-team besluit om een aanvullend psychologisch onderzoek aan te vragen naar de intelligentie en de persoonlijkheidskenmerken van Jos. Uit dat onderzoek blijkt dat Jos qua intelligentie op het niveau van een licht verstandelijke beperking functioneert. Hiermee komen de eerdere diagnostische resultaten in een ander daglicht te staan. Vanuit zijn lage intelligentie kan al grotendeels worden begrepen waarom Jos sociale situaties mijdt, zijn emoties niet goed kan reguleren en kampt met een negatief zelfbeeld. Op grond van de uitslag van het intelligentieonderzoek wordt Jos verwezen naar een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, zodat de behandeling op zijn intellectuele niveau afgestemd kan worden.

Vaak is al meer informatie bekend vanuit het dossier. Bij de klachtanalyse zal de onderzoeker ook het dossier raadplegen om te zien wat er al bekend is, en of er bijvoorbeeld eerder onderzoek heeft plaatsgevonden. Achteraf gezien zou het psychodiagnostisch proces bij Jos van betere kwaliteit zijn geweest als het intake-team zich minder liet leiden door de expliciete vraag van de verwijzer of er hier sprake was van persoonlijkheidsproblematiek. Het

was beter geweest wanneer het intake-team was begonnen met falsificatie van hun hypothese in plaats van met verificatie. Bij de hypothese dat de problemen verklaard worden door een persoonlijkheidsstoornis, zou de nulhypothese (de problemen worden niet verklaard door een persoonlijkheidsstoornis) eerst getoetst moeten worden. Een alternatieve hypothese had dan meer kans gemaakt, bijvoorbeeld dat beperkingen in de intelligentie tot problemen hebben geleid. Ondersteuning voor die alternatieve hypothese was al beschikbaar, maar niet gebruikt: het feit dat cliënt speciaal onderwijs had gevolgd was een legitieme aanleiding geweest om het intelligentieniveau nader te onderzoeken. De tunnelvisie werd versterkt doordat Jos werd onderzocht binnen een team dat voornamelijk werkt met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Dit leidde ertoe dat het negatieve zelfbeeld, de affectieve labiliteit, de impulsiviteit en de sociale angst van Jos eerder werden toegeschreven aan een persoonlijkheidsstoornis.

De klachtanalyse volgt op de aanmelding, en leidt tot een verhelderende diagnose: er is duidelijk geworden wat de aanleiding is, wat de verwachtingen zijn van de aanvrager en wat de hulpvraag is van de cliënt. Hierbij wordt ook duidelijk of er al eerder onderzoek is gedaan, waarop kan worden voortgebouwd. De kaders waarbinnen het (psycho)diagnostisch onderzoek kan plaatsvinden, zijn nu bekend.

Verhelderende  
diagnose

## 1.4 Probleemanalyse: wat is het probleem?

In de probleemanalyse zal de onderzoeker zijn kennis over psychische problemen toepassen op de hulpvragen om te begrijpen wat er nu precies aan de hand is. De onderzoeker bestudeert de gegevens die al bekend zijn over cliënt en kan deze koppelen aan breder beschikbare kennis uit de psychologie. Hierdoor kunnen er op basis van het geheel aan beschikbare informatie en theorie goede onderzoeksvragen worden opgesteld, die in verder onderzoek kunnen worden uitgewerkt.

Probleemanalyse

Om te beginnen zal de onderzoeker een duidelijk beeld moeten krijgen van de situatie en de belevingswereld van de cliënt, in probleemverhelderende gesprekken en door het gebruik van informatie die in de intakeprocedure wordt verzameld, zoals een gestandaardiseerde klachteninventarisatie, specifieke anamnese, psychiatrische anamnese, biografische anamnese en eventueel een heteroanamnese. Tijdens de anamnese worden gegevens over de voorgeschiedenis en het functioneren van de cliënt uitgevraagd, op basis van wat de cliënt hier zelf over vertelt vanuit zijn herinnering. Vaak is het nuttig om eveneens een heteroanamnese uit te voeren, waarbij personen die de cliënt kennen, zoals familieleden, kennissen, docenten of andere hulpverleners, gevraagd worden om (aanvullende) informatie over het functioneren van de cliënt (Bögels et al., 2010). De onderdelen van de probleemanalyse worden hierna uitgewerkt.

Anamnese

Heteroanamnese

### 1.4.1 Gestandaardiseerde klachtinventarisatie

Ter ondersteuning van de probleemanalyse zijn er vaak al gegevens vanuit vragenlijstonderzoek beschikbaar. Denk hierbij aan gestandaardiseerde vragenlijsten die breed screenen op psychische klachten of specifieke symptoomvragenlijsten die de ernst van symptomen uitvragen (bijvoorbeeld een depressievragenlijst zoals de BDI-II; Van der Does, 2002). Deze vragenlijsten worden

Symptoom-  
vragenlijsten

**Routine Outcome Monitoring (ROM)**

vaak standaard in het kader van de intake afgenomen, of maken onderdeel uit van de Routine Outcome Monitoring (ROM)-procedure. De ROM-procedure is binnen veel ggz-instellingen gestandaardiseerd en is primair bedoeld voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg in het algemeen. ROM-instrumenten zijn ook geschikt voor het monitoren van de behandelresultaten in de klinische praktijk. Er is inmiddels ruime wetenschappelijke ervaring opgedaan met de inzet van de 45 vragen tellende Outcome Questionnaire (OQ-45) binnen verschillende cliëntgroepen en behandelsettings (Lambert, 2010). De OQ-45 meet drie functiedomeinen: intrapsychisch, interpersoonlijk en sociale rolvervulling. De psychodiagnosticus kan individuele OQ-45-scores meenemen bij het formuleren van hypothesen over de aard en ontstaanswijze van de klachten waarmee een cliënt zich meldt. Bijvoorbeeld bij een cliënt die zich aanvankelijk lijkt te melden met klachten van psychische aard, kan het als opvallend worden beschouwd wanneer deze op de OQ-45 vooral klachten meldt over zijn sociale-rolvervulling. Een mogelijke hypothese is dat deze cliënt onvrede ervaart over zijn werk (of verlies daarvan). Het is dan raadzaam om de oorzaken van deze onvrede te onderzoeken en de verdere interventies vooral te richten op de problemen rondom werk.

**OQ-45****1.4.2 Specieële anamnese****Intakegesprek**

Het intakegesprek is meestal het eerste gesprek dat de cliënt in de instelling heeft, maar kan ook deel uitmaken van een psychodiagnostisch onderzoek, waarbij de onderzoeker zelf de cliënt ondervraagt. In het intakegesprek met de cliënt zal de intaker tijdens de specieële anamnese de specifieke klachten van cliënt in beeld brengen, waarbij het accent ligt op de huidige problemen (Sno & Van Croonenborg, 2006). Door te vragen naar eventuele luxerende factoren (ofwel: welke druppel deed de emmer overlopen?) en de aanloop van de problemen wordt duidelijk wat de volgorde, de aard en de ernst is van de problemen en waarom de cliënt nu hulp zoekt voor zijn klachten. Vervolgens gaat de intaker na wat voor verklaring de cliënt zelf heeft voor zijn problemen. Als deze zaken duidelijk zijn, brengt de intaker in kaart of er sprake is van interferentie, dus in welke mate de sociale, relationele en functionele aspecten in het leven van de cliënt belemmerd worden door de problemen. Ten slotte informeert de intaker naar de maatregelen die de cliënt zelf al dan niet genomen heeft om de klachten het hoofd te bieden en wat het effect van deze maatregelen was (Hengeveld et al., 2015). Hierdoor kan de intaker zich een eerste beeld vormen van het beoordelingsvermogen en het ziekte-inzicht van de cliënt. Als de cliënt meerdere problemen heeft, inventariseert de intaker welk probleem de cliënt als eerste aan wil pakken tijdens de behandeling (Bögels, 2009).

**Specieële anamnese****Luxerende factoren****Interferentie****1.4.3 Psychiatrische anamnese**

Een volgende stap in de intake, is het afnemen van de psychiatrische anamnese. Deze richt zich op het systematisch samenvatten van de psychiatrische symptomen van de cliënt, waarbij zowel objectieve als subjectieve waargenomen symptomen in acht worden genomen. De intaker bestudeert onderstaande aspecten van de cliënt (Bögels, 2009):

- Verschijning en psychomotoriek: wat valt op aan het gedrag, de verschijning (lichaamsbouw, hygiëne, oogcontact) en de psychomotoriek (bewuste bewegingen, zoals grove en fijne motoriek) van de cliënt?
- Oriëntatie: hoe goed is de cliënt georiënteerd in tijd, plaats en persoon? Weet hij bijvoorbeeld welke dag het is en hoe laat het ongeveer is, waar hij is, wanneer de afspraak gemaakt is en wie de intaker is?



- Aandacht en geheugen: hoe functioneren aandacht (bijvoorbeeld: arousal, volgehouden aandacht, afleidbaarheid, gerichte aandacht, verdeelde aandacht) en geheugen (onder andere: kortetermijngeheugen, langetermijngeheugen, visueel geheugen)?
- Waarneming: hoe verwerkt de cliënt zintuiglijke informatie? Is er sprake van hallucinaties, pseudo-hallucinaties of illusionaire vervalsingen?
- Spraak en denken: zijn er afwijkingen in de spraak (het tempo, de snelheid en de vloeiendheid) die kunnen samenhangen met stoornissen in het denken? Zijn er stoornissen in de vorm van het denken, zoals te traag of juist te snel denken, wijdlopig denken of een pathologische gedachteninhoud (bijvoorbeeld suïcidale gedachten, obsessies of overwaardige denkbeelden)?
- Stemming en affect: hoe is de stemming van de cliënt, gebaseerd op de ervaren emotie of combinatie van emoties over langere tijd? Hoe geeft de cliënt uiting aan zijn emoties (affect), zoals te zien in het gedrag (bijvoorbeeld toon van de stem, trillen, blozen)?
- Persoonlijkheid: hoe is de persoonlijkheid van de cliënt, gelet op de unieke en stabiele gedrags- en reactiepatronen die de cliënt in verschillende situaties vertoont (bijvoorbeeld introversie, perfectionisme en losbandigheid)?

#### 1.4.4 Observaties tijdens de onderzoeksgesprekken

De psychiatrische anamnese omvat veelal waarneembare manifestaties in het contact met de cliënt. Bij psychodiagnostisch onderzoek dient ook een indruk te worden gevormd van minder tastbare aspecten, zoals hoe stevig of kwetsbaar de cliënt overkomt (denk aan de stevigheid van het huis als metafoor) en hoe deze omgaat met gevoelens. Iedere persoon weert namelijk op eigen wijze ongewenste gevoelens af. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen rijpere afweermechanismen zoals het inzetten van humor of door ongewenste gevoelens te laten afvloeien in sociaal geaccepteerd gedrag (bijvoorbeeld door harder te gaan werken of te gaan sporten; sublimatie) en de meer primitieve vormen van afweer, zoals gevoelens ontkennen (loochening) of toeschrijven aan een andere persoon of externe oorzaak (projectie). De psychodynamische theoretische achtergrond van deze mechanismen komt terug in hoofdstuk 5.

Naast dat een psychodiagnosticus de beschikking heeft over expliciete testinstrumenten is ook hijzelf een instrument in het onderzoek. Dat maakt het onderzoek extra boeiend en uitdagend. Het gaat dan om vragen als: hoe komt iemand intellectueel gezien over, wat roept een cliënt in het contact op, in hoeverre is deze in staat om gedragingen als resultaat te zien van eigen gedachten en gevoelens (mentaliseringsniveau) en wat gebeurt er als de spanning in het gesprek wordt opgevoerd? De gespreksindrukken kunnen vervolgens als hypothesen worden meegenomen in het onderzoek en worden getoetst aan de hand van de ingezette testinstrumenten.

#### 1.4.5 Biografische anamnese en heteroanamnese

Tijdens de biografische anamnese en/of heteroanamnese vraagt de intaker naar factoren uit de levensgeschiedenis van de cliënt (Vandereyken & Van Deth, 2011) die de cliënt beschermen of juist ontvankelijk maken voor het ontwikkelen van psychopathologie (Sno & Van Croonenborg, 2006). Deze informatie kan zowel bij cliënt zelf worden uitgevraagd (biografische anamnese), als bij een belangrijke informant, zoals ouder of verzorger (heteroanamnese). Juist als bij de ontwikkeling van de problematiek de (vroeg)

kindertijd een rol speelt, is betrouwbare informatie vanuit de heteroanamnese belangrijk. Hoe verliep de lichamelijke, psychische, seksuele, sociale en intellectuele ontwikkeling van de cliënt tijdens de vroege jeugd (0-4), kindertijd (4-12), adolescentie (12-18) en volwassenheid (18-nu)? (Bögels, 2009). Waren er complicaties tijdens zwangerschap en geboorte? Waren er in de kindertijd signalen die duiden op ontwikkelingsstoornissen? Was er in de jeugd sprake van affectieve, pedagogische of materiële verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, verlating of van ziekte en dood? De intaker besteedt ook aandacht aan eventuele gedragsstoornissen, aandachtsproblemen, leerproblemen of psychische stoornissen gedurende de hele levensgeschiedenis van de cliënt. Ten slotte brengt de intaker eventuele belangwekkende life events in kaart (Van Splunteren, Boerema, Steenkamer, & De Regt, 2012) evenals eventuele psychiatrische stoornissen in de familie (Bögels, 2009).

#### 1.4.6 Huidig functioneren

Als afsluiting van de anamnese is de belangrijkste vraag hoe cliënt op dit moment functioneert. Hoe geeft cliënt vorm aan sociale relaties en vrije tijd? Wat is de maatschappelijke situatie? Hoe tevreden is cliënt met zijn huidig functioneren? De kwaliteit van de sociale relaties kan de intaker inschatten door de aanwezigheid en kwaliteit van het sociale netwerk (binnen en buiten het huidige gezin) na te gaan en te informeren naar de hoeveelheid sociale steun die de cliënt heeft. De intaker bestudeert de maatschappelijke situatie van de cliënt door deze te bevragen over zijn functioneren tijdens opleiding of werk, over zijn financiële situatie, over zijn huisvesting en over de hobby's van de cliënt (Bögels, 2009). Tot slot is het belangrijk dat de intaker zich bewust is van het gegeven dat organische (medische) factoren vaak een rol spelen bij psychiatrische problemen. Als een lichamelijk onderzoek nog niet heeft plaatsgevonden, overweegt de intaker dan ook of een lichamelijk onderzoek uitgevoerd moet worden door een arts of psychiater.

#### 1.4.7 Beschrijvende diagnostiek

De probleemanalyse leidt tot een diagnose waarin antwoord wordt gegeven op de vraag 'Wat is het probleem?', op basis van de symptoomvragenlijsten en de gegevens uit anamnese, heteroanamnese en observatie. De intake kan dan worden afgesloten met deze beschrijvende diagnostiek, waarbij wordt aangegeven wat de belangrijkste klachten zijn, hoe ernstig deze zijn, wat de aanleiding is van die klachten en hoe deze klachten begrepen kunnen worden op basis van de huidige wetenschappelijke kennis. Zo kan men bijvoorbeeld komen tot een beschrijvende diagnose waarin duidelijk wordt dat de cliënt voldoet aan de criteria van een depressieve stoornis en welke externe en/of interne factoren hierin hebben bijgedragen. Dit niveau van diagnostiek, waarin een beschrijving wordt gegeven maar geen verklaring, wordt ook wel onderkende diagnostiek genoemd.

#### Classificatie volgens de DSM-5

Onderdeel van de beschrijvende diagnostiek is de ordening of classificatie van de symptomen. Het meest gebruikte systeem hiervoor is de DSM-5 (APA, 2013), waarin individueel probleemgedrag (de stoornis) wordt toegewezen aan een categorie of het cluster uit het classificatiesysteem voor probleemgedrag. Door de klachten (symptomen) van cliënt te benoemen in termen van een DSM-classificatie, worden de klachten als het ware samengevat en

Onderkende  
diagnostiek

Classificatie

DSM-  
classificatie

kunnen deze gerelateerd worden aan wetenschappelijke kennis. Op die manier kan een passende behandeling geselecteerd worden, die effectief is gebleken bij een bepaalde stoornis uit de DSM-5.

Hoewel het in de praktijk vaak voorkomt dat op basis van de intake al een DSM-classificatie wordt toegekend, zijn er de nodige kritische geluiden tegen de nadruk op DSM-classificatie aan de toegangspoort van de ggz (Van Os, 2014). Een gevaar van een dergelijke snelle procedure is dat de classificatie verheven wordt tot een diagnose waarbij de individuele problematiek, context en betekenis voor deze specifieke cliënt op de achtergrond raakt. Een classificatie zegt namelijk weinig tot niets over hoe of waardoor de klachten zijn ontstaan. Ook kan het zijn dat er geen eenduidige diagnose gesteld kan worden, omdat de cliënt niet in een specifieke diagnosegroep valt onder te brengen. Daarvoor is de problematiek bijvoorbeeld te diffuus of ongrijpbaar. Dan is het zinvol om nadere psychodiagnostiek te verrichten, om daarmee beter zicht te krijgen op de cliënt met zijn specifieke problemen en kwetsbaarheden in de voor hem specifieke context. Als een DSM-classificatie niet noodzakelijk is om volgende stappen in de behandeling te nemen, en er te weinig informatie is om deze zorgvuldig te kunnen stellen, dan zou een DSM-diagnose met de daarbij behorende gevolgen voor de cliënt (bijvoorbeeld stigma) niet moeten worden gesteld (Thomas, Mitchell, & Batstra, 2013).

## 1.5 Verklaringsanalyse: waar komen de klachten vandaan?

Met de beschrijvende diagnostiek alleen is meestal nog onvoldoende duidelijk geworden hoe het komt dat juist bij deze persoon in deze situatie problemen zijn ontstaan. Er is duidelijk geworden wat de klachten zijn, en vaak ook welke factoren in de omgeving of voorgeschiedenis van de persoon bijdroegen aan het ontstaan en in stand houden van deze klachten, maar we weten nog weinig van de persoon zelf of van zijn gedrag. Casus 1.2 illustreert hoe het psychodiagnostisch onderzoek verklaringen kan bieden voor een stagnerende behandeling, omdat het factoren in de persoon blootlegt die in de behandeling nog niet aan bod zijn gekomen, zoals in deze casus de ontwikkeling van de eigen identiteit. In de verklaringsanalyse is de belangrijkste vraag: waar komen de klachten vandaan? Hoe kunnen we de klachten verklaren? Hiertoe worden verschillende instrumenten ingezet, vragenlijsten, interviews en tests. Deze tests worden hierna besproken, maar kunnen ook als onderdeel van de probleemanalyse worden ingezet, als het gaat om het onderkennen en objectiveren van klachten (Hoe ernstig is de depressieve stoornis? Van welke angststoornis is hier sprake?).

Verklarings-  
analyse

In de verklaringsanalyse zien we heel sterk de empirische cyclus terug, hier komt het er immers op aan de wetenschappelijke houding vol te houden en zorgvuldig de hypothesen te toetsen. Tegelijkertijd is het vaak zo dat in de praktijk onderzoeksvragen en hypothesen weinig expliciet worden uitgewerkt voorafgaand aan het onderzoek, en zelden expliciet worden getoetst. Vanuit de klinische ervaring gaat dat vaak goed; tegelijkertijd zijn er ook gevallen te noemen waarin tunnelvisie een grote rol is gaan spelen doordat er te weinig aandacht was voor informatie die de hypothese kon ontkrachten, of omdat er bij beslissingen niet voldoende werd stilgestaan, zoals bij casus 1.1.

### 1.5.1 Onderzoeksvraagstellingen en hypothesen

Hoe kan men nu de problemen van de cliënt verklaren door zijn persoonlijkheid of door zijn gedrag? Welke kenmerken van de persoon zorgen ervoor dat de klachten versterkt worden? Is er bij een cliënt meer aan de hand dan de reeds beschreven classificatie dat de klachten of stagnerende behandeling kan verklaren? Om deze, en soortgelijke, onderzoeksvragen te beantwoorden, worden als eerste stap hypothesen opgesteld. Net als bij wetenschappelijk onderzoek is een hypothese een veronderstelling die empirisch getoetst kan worden en dus falsifieerbaar is. In casus 1.2 is de hypothese in grote lijnen dat cliënte een instabiel zelfbeeld heeft, en hierdoor steeds opnieuw depressieve klachten ontwikkelt.

---

#### CASUS 1.2

##### Nicole

Nicole, 48 jaar, moeder van drie kinderen, heeft een drukke en verantwoordelijke baan in de accountancy. In de afgelopen jaren werd er, volgens Nicole, steeds meer van haar verwacht op het werk, naast dat ze zelf erg perfectionistisch is aangelegd. Daardoor ging ze steeds meer hooi op haar vork nemen en nam ze vaak het werk mee naar huis. De partner van Nicole heeft haar geregeld gewaarschuwd voor het overwerken maar zij liet zich hierin niet corrigeren en dit zorgde voor ruzies tussen beiden. Nicole kreeg aanvankelijk burn-out-achtige klachten, waarvoor zij een kortdurende psychologische behandeling volgde. Dit zorgde voor een tijdelijke afname van de klachten. Nicole viel echter vrij snel terug in haar oude patroon waardoor ze na weer jarenlange overbelasting een ernstige depressieve stoornis ontwikkelde. Een intensief behandeltraject volgde: klinische opname, deeltijdbehandeling, diverse soorten medicatie werden geprobeerd. Nicole bleef depressief en had daarnaast stemmingswisselingen. Tijdens de depressiebehandeling viel op dat Nicole zeer hardnekkige negatieve gedachtenpatronen over zichzelf bleef houden. Volgens Nicole heeft zij vanaf haar jeugd alleen maar kritiek gehad; ze deed het nooit goed genoeg.

Er werd besloten om een uitgebreid psychologisch onderzoek aan te vragen. De hypothese was dat Nicole onvoldoende in staat is geweest om een eigen identiteit te ontwikkelen en zich vanaf jonge leeftijd feilloos heeft weten aan te passen aan de wensen en eisen van haar omgeving, en vooral haar strenge ouders. Daarmee zou Nicole geen stabiel zelfgevoel hebben ontwikkeld. De intelligentie werd als bovengemiddeld geschat.

Vanuit het psychologisch onderzoek werd bevestigd dat Nicole over een bovengemiddeld intelligentieniveau beschikt. Binnen het intelligentieprofiel viel op dat Nicole erg goed is in het doorzien van patronen en visueel-ruimtelijk denken. Haar talige vermogens bleven daarbij duidelijk achter. Volgens de onderzoekers zou dit voor Nicole kunnen betekenen dat zij in het dagelijks leven in staat is om causale verbanden te zien, maar niet altijd de juiste woorden kan geven aan haar gedachten en gevoelens bij gebeurtenissen. Het persoonlijkheidsonderzoek bevestigde de hypothese dat er bij Nicole sprake is van een instabiel zelfgevoel: aan de buitenkant maakt ze een sterke indruk terwijl ze zich van binnen leeg, onrustig en somber voelt. Het

advies was een psychotherapeutische behandeling aan te bieden die zich zou gaan richten op het zwakke zelfgevoel en om daarin gaandeweg ruimte te maken voor de eigen verlangens en behoeften van Nicole.

### 1.5.2 Keuze van instrumenten en methode

Nadat de hypothesen zijn opgesteld, worden deze geoperationaliseerd en worden passende methoden en meetinstrumenten gekozen om de hypothesen te kunnen toetsen. Bij elke hypothese moet vooraf duidelijk zijn onder welke voorwaarden deze kan worden verworpen. Dat betekent dat de onderzoeker vooraf duidelijk vaststelt bij welk criterium, bijvoorbeeld bij welke score op een bepaalde vragenlijst, de hypothese wordt verworpen. Bij Nicole zou de onderzoeker verwachten dat er niet alleen sprake is van een verhoogde lijdensdruk en een sombere stemming maar ook van sterke gevoelens van onzekerheid en twijfel. Op de hoofdschalen van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Butcher, 2001) zou dit tot uitdrukking moeten komen door een hoge score op schaal 7 (psychasthenie; obsessieve-compulsieve gedragingen) naast een hoge score op schaal 2 (depressie). De keuze voor de instrumenten en methoden kan verschillen per theoretische benadering en per toepassingsgebied. In de hoofdstukken van deel 3 van dit boek worden in elk toepassingsgebied de relevante instrumenten, toegelicht. De keuze van de instrumenten is afhankelijk van verschillende factoren. Bij elke methode (bijvoorbeeld vragenlijsten, interviews, projectieve tests, observaties, reactietijdtaken) moet worden overwogen in hoeverre het instrument aansluit bij de onderzoeksvragen en hypothesen. Daarnaast geldt de kwaliteit van het instrument als een belangrijke factor in de keuze: voor betrouwbare resultaten moeten ook betrouwbare instrumenten worden gebruikt. In Nederland beoordeelt de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP; Evers, Lucassen, Meijer, & Sijtsma, 2009) de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten.

COTAN

#### Het (semi)gestructureerde interview

In het psychologisch onderzoek is het interview een veelgebruikt instrument om op systematische wijze informatie te verzamelen. In de meeste gevallen wordt er gebruikgemaakt van (semi)gestructureerde interviews, waarin de vragen en antwoordmogelijkheden voor een groot deel zijn vastgelegd. In veel gevallen leidt het doorlopen van een gestructureerd interview tot de vaststelling van een bepaalde psychiatrische classificatie. Zo biedt bijvoorbeeld de Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-S voor symptomen en SCID-5-P voor persoonlijkheidsstoornissen; First, Williams, Karg, & Spitzer, 2015) een brede, systematische checklist van criteria voor stoornissen (bijvoorbeeld angststoornissen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen), die door een getraind onderzoeker worden afgenomen. Ook zijn er symptoomspecifieke interviews voorhanden die behulpzaam kunnen zijn bij het diagnostisch proces, zoals de Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Rosario-Campos et al., 2006) voor het vaststellen van dwangstoornissen. Gebruik van gestructureerde interviews zorgt ervoor dat er zowel informatie wordt uitgevraagd die de hypothesen kan falsificeren, als confirmeren, terwijl men vanuit de klinische blik vaak alleen vraagt naar informatie die de eigen ideeën bevestigt (Scholing & Visser, 2013).

Semi gestructureerde interviews

Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders

**Capaciteitentest****Capaciteitentests**

In casus 1.1 aan het begin van dit hoofdstuk (Jos) bleken veel symptomen, zoals de woede-uitbarstingen en sociale angst, te verklaren vanuit beperkingen in zijn intelligentie. Met een capaciteitentest konden zijn intellectuele vaardigheden worden onderzocht en vergeleken met de normgroep. In de indicatie van de behandeling kon hierdoor rekening worden gehouden met zijn sterke en zwakke punten, zoals het onvermogen tot zelfreflectie. Voor een uitgebreide handleiding voor neuropsychologische diagnostiek en een overzicht van beschikbare tests in het Nederlands taalgebied verwijzen we naar Bouma, Mulder, Lindeboom, & Schmand (2012). Men kan ervoor kiezen om te screenen op de aanwezigheid van licht verstandelijke beperkingen (bijvoorbeeld met de SCIL 18+; Kaal, Nijman, & Moonen, 2013), of om een uitgebreid intelligentieonderzoek te doen waarbij ook sterke en zwakke punten in bijvoorbeeld verbaal begrip, perceptueel redeneren, werkgeheugen en verwerkingssnelheid worden gemeten (met de WAIS-IV; Wechsler, 2014). Een aandachtspunt bij dergelijke capaciteitentests is dat de test moet zijn afgestemd op de cultuur en taal van de cliënt; er kan ook gekozen worden voor een non-verbale intelligentietest, zoals de SON-R (Tellegen, Winkel, Wijnberg-Williams, & Laros, 2005). Ook buiten het domein van de intelligentie kunnen neuropsychologische tests worden ingezet in de diagnostiek van bijvoorbeeld traumatisch hersenletsel, beginnende dementie, CVA, en epilepsie. Daarvoor worden vaak specifieke capaciteitentests op het gebied van geheugen, aandacht, executieve functies, taal en visuo-constructie ingezet. In het afgelopen decennium is meer aandacht gekomen voor de mogelijkheid dat cliënten cognitieve klachten kunnen aanzetten of voorwenden. Ook hiervoor zijn diverse tests beschikbaar, zoals de Test of Memory Malinger (TOMM, Tombaugh, 1996) of Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest (AKTG, Schmand, De Sterke, & Lindeboom, 1998).

**Vragenlijsten****Zelfrapportagevragenlijsten**

Veelgebruikt in psychodiagnostisch onderzoek zijn zelfrapportagevragenlijsten waarmee de cliënt zichzelf of zijn/haar klachten zonder tijdsdruk beschrijft en typeert. De ruwe scores op deze vragenlijsten worden vergeleken met een normgroep (bijvoorbeeld leeftijdgenoten, mannen of vrouwen in de algemene populatie, psychiatrisch patiënten), waardoor de symptomen of karaktertrekken kunnen worden geschaald als lage, gemiddelde of hoge scores. Bij de keuze van de vragenlijst speelt zowel de kwaliteit van de lijst als de aansluiting op de onderzoeksvraag een rol: wat kun je met de lijst meten, en hoe sluiten de schalen aan op de hypothesen? Met zelfrapportagevragenlijsten kan een beeld worden gevormd van klachten, zowel algemeen screenend: (welke klachten rapporteert cliënt?) als specifiek (hoe ernstig zijn de symptomen van depressie?), persoonlijkheid (is cliënt buitengewoon introvert?), copingvaardigheden (hoe reageert cliënt op stress?). Ook kan er afhankelijk van de theoretische benadering of stoornis gebruikgemaakt worden van specifieke vragenlijsten, bijvoorbeeld naar sociale relaties of naar verslavingsgedrag.

**Indirecte methoden**

Door gebruik van zelfrapportagevragenlijsten krijgt de psychodiagnosticus vooral een beeld van de cliënt zoals deze zich op een bewust niveau wil presenteren. Bij gebruik van indirecte methoden is voor de cliënt niet meteen duidelijk wat er gemeten wordt, en kan informatie worden verzameld waar de cliënt zich niet bewust van is, of die cliënt niet rechtstreeks zou toegeven.

Bij indirecte methoden kan men denken aan de Implicit Association Test (IAT) waarmee automatische attitudes worden gemeten (De Houwer, Teige-Mocigemba, Spruyt, & Moors, 2009; Greenwald, McGhee, Schwartz, & Others, 1998); echter dergelijke instrumenten worden tot noch toe zelden in de klinische praktijk toegepast omdat de betrouwbaarheid op individueel niveau onvoldoende is. Een andere benadering van indirecte methoden is het gebruik van projectieve tests, die cliënten op een meer onbewust niveau uitnodigen om iets van zichzelf te laten zien. Daarbij roept de ongestructureerdheid en vrijheid van de opdracht, spanning op, waarbij de reactie op die spanning geobserveerd wordt. Zo wordt bij een tekenopdracht 'U mag nu een boom tekenen' de volledige regie bij de cliënt gelegd. Wanneer de cliënt vraagt: 'Wat voor een boom?' antwoordt de onderzoeker dat de cliënt dit zelf mag weten, het is zijn boom.

In het gebruik van projectieve tests is het van belang om te realiseren dat normering van dergelijke tests juist vanwege de vrije structuur vaak onvoldoende is. Projectief materiaal genereert op een andere en eigen wijze hypothesen voor het psychodiagnostisch onderzoek, die kunnen leiden tot verder onderzoek. Een voorbeeld is een cliënt die op zelfrapportagevragenlijsten een heel gemiddeld (sociaal-wenselijk) beeld laat zien, maar op het projectieve materiaal een meer impulsieve en boze indruk geeft door het gebruik van slordige lijnen en scherpe punten bij de tekenopdracht.

### **Het structurele persoonlijkheidsinterview**

Behalve als checklist voor symptomen, kan een interview ook gebruikt worden om als indirecte methode inzicht te krijgen in de persoonlijkheidsstructuur, zoals in het structurele persoonlijkheidsinterview. Deze structurele diagnostiek is gebaseerd op de psychodynamische theorie van Kernberg (1967) waarbinnen drie persoonlijkheidsorganisaties worden onderscheiden: de neurotische, de borderline- en de psychotische organisatie. De kwetsbaarheid of draagkracht van de persoonlijkheid wordt daarbij bepaald door de mate van identiteitsdiffusie, primitieve afweer en realiteitstoetsing. Een persoon met een neurotische organisatie heeft de meest stevige structuur, bestaande uit een geïntegreerd beeld van zichzelf en van belangrijke anderen, ontwikkelde afweermechanismen en een intacte realiteitstoetsing. De psychotische organisatie vormt de meest kwetsbare structuur, bestaande uit identiteitsdiffusie, primitieve afweer en een verstoorde realiteitstoetsing. De borderlineorganisatie ligt qua kwetsbaarheid tussen de neurotische en psychotische organisatie in, met een uiteenlopende mate van identiteitsdiffusie, overheersende primitieve afweer, maar met een overwegend intacte realiteitstoetsing (zie ook hoofdstuk 5). Middels het structurele persoonlijkheidsinterview kan de psychodiagnosticus zich een beeld vormen van de persoonlijkheidsorganisatie (Derksen, 2004). Door bewust weinig structuur te bieden in het gesprek, wordt de cliënt gedwongen om zelf helderheid te scheppen bij belangrijke thema's als zelfbeeld, belangrijke ander, kernsymptomen en relatie tussen heden en verleden. Door de structuur los te laten en te confronteren bij tegenstrijdigheden in het verhaal wordt de spanning opgevoerd, waardoor de afweermechanismen bij de cliënt worden geactiveerd. Afname van het structurele interview vraagt gedegen scholing en supervisie, en wordt ingezet om vanuit de psychodynamische theorie de klinische indrukken te gebruiken om de interactie met de cliënt vorm te geven (Hörz-Sagstetter et al., 2017).

**Structureel  
persoonlijkheids-  
interview**

In aanvulling op het structurele interview bieden Eurelings-Bontekoe en Snellen (2016; herziene versie na 2003, 2008 en 2010) met de dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek een theoriegestuurd raamwerk om hypothesen over de persoonlijkheidsorganisatie te toetsen door het combineren en integreren van de resultaten op semigestructureerde interviews, verschillende persoonlijkheidsvragenlijsten en projectieve tests. De dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek is onderwerp van controverse, waarbij critici vooral wijzen op het gebrek aan empirische onderbouwing, oneigenlijk gebruik van vragenlijsten, en zich zorgen maken over de grote conclusies die op basis van deze methode worden getrokken (e.g., Smid & Kamphuis, 2005). Inmiddels is er meer bewijs voor de wetenschappelijke en klinische waarde van de dynamische profielinterpretaties (e.g., Eurelings-Bontekoe, Luyten, Remijns, & Koelen, 2010; Koelen et al., 2012). De Nederlandse Klinische Persoonlijkheidsvragenlijst (NKPV, Barelds & Luteijn, 2015) is intussen ook beschikbaar voor de dynamische profielinterpretaties, als opvolger van de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM, Luteijn, Kok, & Ploeg, 1980) die ruim tien jaar geleden uit de handel werd genomen.

### 1.5.3 Uitvoering van het onderzoek

Bij de uitvoering van het psychodiagnostisch onderzoek is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de onderzoeksmiddelen goed worden toegepast. De afname van een intelligentietest bijvoorbeeld, moet volgens een vaste procedure verlopen. Als de cliënt zich niet kan concentreren door een externe of interne storingsfactor (de cliënt wordt bijvoorbeeld gestoord door bouwwerkzaamheden in de buurt, of raakt in paniek door de moeilijkheid van de vragen), dan levert dat onbetrouwbare uitkomsten op. Bij veel instrumenten is een goede beheersing van de Nederlandse taal een vereiste; bij cliënten met een verstandelijke beperking (Kraijer & Plas, 2007) of cliënten met een niet-Nederlandse achtergrond (Borra, Van Dijk, & Verboom, 2016) kan het nodig zijn om non-verbale materialen te kiezen of gebruik te maken van voor de doelgroep aangepaste instrumenten. Afname van psychodiagnostisch onderzoek zal zo veel mogelijk in een controleerbare omgeving plaatsvinden, zodat de onderzoeker kan beoordelen of de omstandigheden bij het onderzoek de resultaten niet heeft beïnvloed. Achteraf moet men ook controleren of vragenlijsten serieus zijn ingevuld: zijn er opvallende antwoordtendenties (bijvoorbeeld overal hetzelfde antwoord), is er sprake van sociale wenselijkheid (overal het 'goede' antwoord)?

### 1.5.4 Interpretatie van de resultaten

De antwoorden op vragenlijsten en prestaties op taken worden verwerkt volgens de handleiding van het instrument, waarbij in de meeste gevallen een normering wordt toegepast waardoor de individuele uitkomsten vergeleken kunnen worden met een grotere groep vergelijkbare mensen (de normgroep). Deze genormeerde scores worden vervolgens gerapporteerd en gebruikt om de hypothesen te toetsen. Per hypothese gaat de onderzoeker na of deze bevestigd dan wel verworpen moet worden op grond van de resultaten.

### 1.5.5 Integratie van de onderzoeksresultaten

Nu de hypothesen afzonderlijk zijn getoetst op grond van de resultaten, worden in de verslaglegging de resultaten geïntegreerd en de onderzoeksvragen beantwoord. Gegeven alle informatie die men weet over cliënt vanuit de voorgeschiedenis, intake, onderzoeksgesprekken en testonderzoek: wat is dan het antwoord op de onderzoeksvraag? Welke interne psychische



processen en welke omgevingsinvloeden liggen er ten grondslag aan de klachten van deze cliënt? Hierin kan ook tegenstrijdige informatie uit verschillende bronnen een plaats krijgen. Bijvoorbeeld als er uit resultaten van de copingvragenlijst (UCL) blijkt dat cliënt gemiddeld scoort op 'actief aanpakken', maar in de onderzoeksgesprekken duidelijk wordt dat cliënt op dit moment alles uit handen laat vallen, dan kan dit betekenen dat cliënt normaalgesproken wel in staat is om dagelijkse problemen actief op te lossen, maar dat dit hem op dit moment niet meer lukt omdat er zo veel aan de hand is dat hij het overzicht kwijt is. Zo blijkt het belangrijk de testresultaten in samenhang met alle andere informatie te beschouwen. De integratie van de onderzoeksresultaten wordt gebruikt om de aanvrager van het onderzoek terug te koppelen wat er uit het onderzoek naar voren is gekomen, om de cliënt een overzicht te geven van de resultaten van het onderzoek en vormt de basis voor de indicatieanalyse.

### 1.5.6 Terugkoppelingsgesprek

De conclusies van het psychodiagnostisch onderzoek worden in een terugkoppelingsgesprek aan de cliënt gerapporteerd, waarin deze nog eens opnieuw getoetst kunnen worden op basis van de ervaringen van cliënt. Ook is raadzaam om de cliënt te stimuleren om een naaste mee te nemen naar dit gesprek, zoals een partner, ouder of goede vriend(in). Door expliciet de onderzoeksvragen en de antwoorden daarop te bespreken, hebben de cliënt en zijn naaste de kans deze te bevestigen of te ontcrachten op basis van eigen voorbeelden – dit kan het beeld, dat de onderzoeker heeft van de casus, nog eens verder nuanceren, aanvullen of tegenspreken. Vandaar dat een samenvatting van het terugkoppelingsgesprek ook onderdeel uitmaakt van de rapportage. Ondanks alle zorgvuldigheid hierin is het belangrijk om alert te zijn op het 'ja-knikken' van een cliënt. Mensen herkennen zich namelijk vaak in arbitraire persoonlijkheidstyperingen (Forer, 1949). Cliënten kunnen blindelings varen op de interpretaties van een clinicus (bijvoorbeeld Garb & Grove, 2005; zie ook Witteman et al., 2014). Het is verstandig om ook de aanvrager te betrekken in de teruggave van een psychodiagnostisch onderzoek, om daarmee een extra toetssteen en kritisch luisterend oor te hebben. Ook kan de aanvrager in een vervolgesprek opnieuw terugkomen op de onderzoeksresultaten en wederom nagaan in hoeverre een cliënt zich kan vinden in de conclusies en het advies. Binnen de klinische praktijk kan het voorkomen dat een cliënt nadien ageert tegen de onderzoeksresultaten en/of het advies. Onbedoeld kan dit juist de resultaten onderbouwen, bijvoorbeeld wanneer de veronderstelde onderliggende boosheid naar boven komt bij een aan de oppervlakte aangepaste vriendelijkheid. Het is aan de aanvrager of intaker en zijn team om samen met de cliënt tot verdere afstemming te komen over het vervolg.

## 1.6 Indicatieanalyse: wat is de beste aanpak?

In de laatste fase van de diagnostische cyclus wordt op basis van de verklaarde diagnose, een indicerende diagnose gesteld, waaruit een advies volgt voor de aanvrager van het onderzoek.

### 1.6.1 Predictie

In sommige gevallen zal de psychodiagnostisch onderzoeker een uitspraak moeten of willen doen over de veranderbaarheid van de klachten en het pro-

**Predictie**

bleemgedrag in de toekomst; in dat geval kan men spreken van predictie. In het geval van Nicole uit casus 1.2 was vanuit het onderzoek te voorspellen dat de depressieve klachten zouden blijven aanhouden zolang de focus van de behandeling niet zou komen te liggen op het onderliggende probleem, te weten: het zwakke zelfgevoel. Predictieve uitspraken zijn bijvoorbeeld gangbaar in de forensische setting, waarbij voorspeld wordt wat het risico is op recidive. Deze voorspelling kan zowel op empirische gronden gegeven worden door gebruik van gevalideerde risicotaxatie-instrumenten, als op basis van de klinische indruk.

**1.6.2 Indicatie****Indicatieanalyse**

In de indicatieanalyse formuleert de onderzoeker aan de hand van de resultaten van het diagnostisch proces, alsmede de wensen en de mogelijkheden van de cliënt, een voorstel voor behandeling. Doorgaans doet de intaker of onderzoeker dit niet alleen, maar bespreekt de aanvrager van het onderzoek de cliënt in een multidisciplinair team, waarbij vanuit verschillende invalshoeken de behandelopties kunnen worden besproken. Dan wordt er in samentpraak met cliënt een behandelplan opgesteld (of aangepast) waarin wordt aangegeven op welk probleem de behandeling is gericht, op welke wijze, hoe lang, waar en door wie de behandeling plaatsvindt. In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op het proces van indicatiestelling en de overwegingen die hierbij een rol spelen. De verschillende therapeutische benaderingen zoals in het tweede deel van dit boek beschreven, hangen samen met verschillende perspectieven in de indicatie. Vanuit een transdiagnostische benadering wordt bijvoorbeeld bij Nicole vooral ingezet op de verbetering van het zelfbeeld, terwijl een farmacotherapeutische benadering zou inzetten op betere afstemming van de medicatie.

**1.6.3 Gebruik van het psychodiagnostisch onderzoek in de behandeling**

In de psychodiagnostische cyclus worden vragen gesteld en voor een deel beantwoord door het toetsen van de hypothesen. Dit levert een indicatie op voor de behandeling. Bij deze indicatie zijn, expliciet of impliciet, opnieuw hypothesen geformuleerd die in de behandeling getoetst worden. Bij Nicole, bijvoorbeeld, is de uitkomst van het onderzoek dat haar instabiele zelfbeeld steeds opnieuw leidt tot somberheid. Daarbij werd voor de behandeling een hypothese geformuleerd, namelijk dat het verstevigen van het zelfbeeld ervoor zorgt dat de somberheid afneemt en de stemming stabiliseert. Dat is een causale hypothese die onderzocht kan worden in een experiment. Hoewel een behandeling niet aan alle voorwaarden voor een goed experiment voldoet, kan men het wel op die manier beschouwen. In de behandeling toetst men namelijk de theorie, zoals dat ook bij  $n = 1$ -studies in de gedragstherapie gebruikelijk is. Ook tijdens de behandeling wordt de diagnostische cyclus doorlopen, door de effecten van de behandeling te meten en te evalueren en opnieuw hypothesen te formuleren.

**1.7 Van wetenschap naar praktijk**

De hierboven uitgewerkte diagnostische cyclus wordt in opleidingen psychologie veel gebruikt. In de praktijk van de ggz is de uitwerking in intakeverslagen en verslagen van psychologisch onderzoek soms anders van opzet en worden hypothesen zelden expliciet getoetst of beschreven. Dit heeft

deels te maken met de vaak beperkte tijd en capaciteit die beschikbaar is voor psychodiagnostisch onderzoek.

Binnen de praktijk van de specialistische ggz is de ervaring dat bij veel psychologen gaandeweg hun loopbaan de focus sterker komt te liggen op hun behandelambities. Om te voorkomen dat psychologenuren langzaam wegvloeien naar behandeltaken, kunnen teams afspraken maken over de beschikbare tijd voor intake en psychodiagnostiek. Zo zijn er ggz-instellingen die werken met een systeem waarbij psychologen voor een vastgesteld aantal uren onderzoek doen, en voor hetzelfde aantal uren psychodiagnostisch onderzoek kunnen aanvragen voor hun cliënten. Met een dergelijk systeem kan de wachttijd voor (test)psychodiagnostisch kort worden gehouden, waardoor de resultaten snel beschikbaar zijn en meegenomen kunnen worden voor de bepaling van het verdere behandelbeleid. Een andere manier om de (test)psychodiagnostiek een vaste plaats binnen de instelling te geven, is het inrichten van een expertisecentrum rondom een bepaalde onderzoeksfocus, zoals een geheugenpoli of autismekenniscentrum.

Er kunnen ook beperkingen zijn in de onderzoekbaarheid of motivatie van cliënten. Vanwege ernstige psychische klachten kan het zijn dat een cliënt zeer beperkt belastbaar is. Onderzoeks- en vooral testresultaten kunnen negatief worden beïnvloed door symptomen van depressie, angst of psychose. Dit geldt ook voor de invloed van middelengebruik. Daarom is het van belang om voorafgaand aan het onderzoek na te gaan of er symptomen zijn die de onderzoeksresultaten minder betrouwbaar zullen maken. Soms is een cliënt zelf niet zeer gemotiveerd voor het onderzoek of ziet hij daar het belang niet van in. Dit geldt bijvoorbeeld bij (oudere) cliënten waarbij het vermoeden van een beginnende dementie bestaat, maar die echter zelf geen 'probleem' ervaren. Dit vraagt veel souplesse van de onderzoeker die moet afstemmen op de cliënt. Tot slot kan een cliënt vooral extern gemotiveerd zijn voor een onderzoek, zoals wanneer deze daarmee impliciet wil aantonen niet in staat te zijn tot betaalde arbeid. Dit kan ervoor zorgen dat een cliënt klachten voorwendt of aanzet.

Een wetenschappelijke grondhouding is en blijft van groot belang in de diagnostische cyclus, ook al vraagt de klinische praktijk vaak om concessies. Er is meerdere malen aangetoond dat een systematische, hypothesetoetsende aanpak de betrouwbaarheid van de diagnostiek vergroot ten opzichte van het klinische oordeel (Grove & Meehl, 1996). Dit verklaart vermoedelijk ook waarom ervaren (psycho)diagnostici cliënten vooral op hoger (conceptueel) niveau onthouden, terwijl de minder ervaren collega's meer details onthouden hetgeen de diagnostiek ten goede komt (Witteman & Tollenaar, 2012). Een ervaren psycholoog zal eerder op zijn intuïtie varen en een cliënt afzetten tegen de voor hem meest karakteristieke kenmerken van een bepaalde stoornis. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het eerste sterke vermoeden van een 'typische borderliner' of een 'echte ADHD-er'. Ingeval van crisisachtige situaties heeft dit tot voordeel dat er snel tot interventies overgegaan kan worden. Wanneer de eerste werkhypothese uiteindelijk niet expliciet getoetst wordt, is er een risico dat een cliënt op de langere termijn geen juiste behandeling krijgt aangeboden.

Om de praktijk nog meer te compliceren bestaan er verschillende gevaren in de klinische oordeelsvorming. Zo bestaat er de neiging om informatie te

zoeken en als zodanig te interpreteren die de eerste klinische indruk bevestigt (confirmation bias; Croskerry, 2002). Bij diagnostiek naar autisme is bijvoorbeeld het risico dat een psycholoog bepaalde gedragingen in de kindertijd eerder als 'autistisch' labelt wanneer tijdens het onderzoek veel kenmerken van autisme worden waargenomen.

Gezien de complexiteit van psychodiagnostiek zijn supervisie, intervisie en (bij)scholing van groot belang. Dit biedt een kader voor intercollegiale toetsing en 'elkaar scherp houden' naast de uitwisseling van ervaring, (wetenschappelijke) kennis en literatuur. Om tunnelvisie (confirmation bias) en overmoedigheid, een te groot vertrouwen op de eigen kennis, te voorkomen, is het raadzaam dat een intervisiegroep bestaat uit psychologen met uiteenlopende kennis, expertise en ervaring.

### SAMENVATTING

Het doel van dit hoofdstuk was om een inleiding te geven op de psychodiagnostiek in brede zin: hoe verloopt het proces van psychologisch onderzoek naar een cliënt die zich aanmeldt met psychische klachten? Aan de hand van de diagnostische cyclus worden de belangrijkste vragen in dit psychodiagnostisch proces geïntroduceerd. In de klachtanalyse wordt de vraag van de cliënt en/of aanvrager van het onderzoek ontleedt, om goed in beeld te krijgen wat het doel is van het onderzoek. In de probleemanalyse wordt duidelijk wat het probleem is: wat zijn de belangrijkste klachten, welke factoren in de persoon en omgeving zijn daarbij betrokken? In de beschrijvende diagnostiek die hieruit voortkomt, is de DSM-5-classificatie één onderdeel. Psychodiagnostiek gaat verder dan die beschrijving, omdat ze tot doel heeft onderliggende verklaringen te genereren voor de psychische klachten. Dit gebeurt in de verklaringsanalyse, waarin de vraag is: waar komen de klachten vandaan? Welke processen in de cliënt zelf, bijvoorbeeld intelligentie, persoonlijkheid, copingvaardigheden, kunnen de klachten verklaren? Hiertoe worden verschillende instrumenten ingezet, van (semi)gestructureerde interviews, persoonlijkheidsvragenlijsten tot indirecte methoden zoals projectieve tests. Een aantal van deze methoden, zoals klachtgerichte vragenlijsten en (semi)gestructureerde interviews die gericht zijn op de classificatie van psychische stoornissen, kunnen ook deel uitmaken van de probleemanalyse en bieden geen verklaring, enkel onderkenning van de klachten. De empirische cyclus zien we terug in de uitwerking van de verklaringsanalyse, waarbij op basis van onderzoeksvragen bepaalde verklaringen worden onderzocht en de conclusies worden gepresenteerd op basis van de getoetste hypothesen. De conclusies van de verklaringsanalyse dragen bij aan de indicatieanalyse, waarbij op basis van het geheel aan informatie wordt nagegaan wat nu de beste aanpak is. Daarbij is ook bredere wetenschappelijke kennis nodig over indicatie (welke behandeling past bij welke klachten?) en predictie (wat kan men voorspellen op basis van het onderzoek?). De psychodiagnostische cyclus kent vele kleine iteraties, omdat elke stap voortbouwt en ook terugvoert naar voorgaande stappen. De conclusies van het onderzoek kunnen zelf ook weer als hypothesen worden beschouwd, die worden getoetst in het terugkoppelingsgesprek met cliënt en overleg met de aanvrager of een multidisciplinair team in het kader van de indicatiestelling. Ook biedt een behandeling een evaluatie van de in het onderzoek gestelde conclusies. Als de behandeling is ingericht om op bepaalde aspecten (bijvoorbeeld zelfvertrouwen) in te

grijpen, dan biedt het succes van deze behandeling een toetsing van de conclusies van het onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een reflectie op het spanningsveld tussen wetenschap en praktijk: hoe wordt deze empirische cyclus nu in de praktijk toegepast?

Rode lijn in dit hoofdstuk is dat de psychodiagnosticus blijft vragen, en zich steeds bewust is van de waarde van de uitkomsten van het onderzoek, namelijk dat elke conclusie ook weer een nieuwe hypothese is, die kritisch getoetst mag worden in verder onderzoek of in de behandeling. De psychodiagnosticus stelt zich daarbij in de eerste plaats op als onderzoeker, die met een open blik uitzoekt hoe de cliënt denkt, voelt en zich gedraagt. De onderzoeker wil verklaren hoe het komt dat deze cliënt deze klachten heeft ontwikkeld, heeft daar ideeën over en toetst deze met verschillende methoden, daarbij nooit uit het oog verliezend dat het ook zo kan zijn dat wat de onderzoeker denkt, niet waar is.