

# Psychodiagnostiek in de hulpverlening aan volwassenen en ouderen

*Laurence Claes*

*Tim Bastiaens*

*Cilia Witteman*

Acco Leuven / Den Haag

*Eerste uitgave:* 2020

*Gepubliceerd door*

Uitgeverij Acco, Blijde Inkomststraat 22, 3000 Leuven, België

E-mail: [uitgeverij@acco.be](mailto:uitgeverij@acco.be) – Website: [www.acco.be](http://www.acco.be)

*Voor Nederland:*

Acco Nederland, Westvlietweg 67 F, 2495 AA Den Haag, Nederland

E-mail: [info@uitgeverijacco.nl](mailto:info@uitgeverijacco.nl) – Website: [www.accouitgeverij.nl](http://www.accouitgeverij.nl)

*Omslagontwerp:* [www.frisco-ontwerpbureau.be](http://www.frisco-ontwerpbureau.be)

*Zetwerk:* Crius Group

© 2020 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. De uitgever heeft geprobeerd alle rechthebbenden voor het copyright op te sporen. Mogelijk is dat niet overal gelukt. Wie toch denkt rechten te kunnen doen gelden, kan contact opnemen met de uitgever.

D/2020/0543/199

NUR 848

ISBN 978-94-6379-852-5



# Inhoud

<b>Inleiding</b>	15
<i>Laurence Claes, Tim Bastiaens, Cilia Witteman</i>	
<b>Over de auteurs</b>	17
<b>1. Heuristieken in klinisch-diagnostisch redeneren</b>	21
<i>Cilia Witteman</i>	
1. Diagnostiek in de klinische praktijk	22
2. Heuristieken en biases in de klinische praktijk	22
2.1 Geheugenheuristieken	23
2.1.1 Beschikbaarheidsheuristiek	23
2.1.2 Simulatieheuristiek	24
2.1.3 Verankering en aanpassingsheuristiek	24
2.1.4 Positieve teststrategie en confirmation bias	25
2.2 Aandachtsheuristieken	27
2.2.1 Representativiteitsheuristiek	27
2.2.2 Prototypes	28
2.3 Klinische intuïtie	30
3. Beter oordelen en beslissen	31
3.1 Systematisch werken	32
3.2 Normatieve modellen uit de logica en kansrekening	33
3.2.1 Logica	33
3.2.2 Kansrekening	34
3.3 Wat kan de clinicus doen?	37
3.3.1 Voorlichting	37
3.3.2 Advocaat van de duivel spelen	38
3.3.3 Expliciteren en externe hulpmiddelen gebruiken	39
4. Samen sterker	41
4.1 Supervisie en intervisie	41
4.2 Teams	41
5. Conclusie	42

## 2. Het psychodiagnostisch proces 47

*Laurence Claes, Hans Vertommen, Cilia Witteman*

1.	Wat is psychodiagnostiek?	48
2.	De vijf basisvragen in de psychodiagnostiek	48
3.	De empirische en diagnostische cyclus	50
3.1	De empirische cyclus	50
3.2	De diagnostische cyclus	50
4.	De diagnostische cyclus in detail: van aanmelding tot verslag	52
4.1	Aanmelding	52
4.1.1	Analyse van de aanvraag	52
4.1.2	Analyse van de hulpvraag en eerste exploratie	54
4.2	Reflectie van de diagnosticus	55
4.3	Diagnostisch scenario	55
4.3.1	Ordenen van de vragen	55
4.3.2	Voorlopige probleemsamenhang ( <i>case formulation</i> )	55
4.4	Het eigenlijke diagnostisch onderzoek	57
4.4.1	Hypothesen	57
4.4.2	Keuze van instrumentarium	58
4.4.3	Formulering van toetsbare voorspellingen op basis van instrumentarium	59
4.4.4	Afname en verwerking van instrumenten	59
4.4.5	Argumentatie	60
4.5	Integratie	60
4.6	Verslagvoering	61
4.6.1	Schriftelijke verslagvoering	61
4.6.2	Mondelinge verslaggeving	66

## 3. Wat is een goed meetinstrument? 69

*Dirk Smits*

1.	Inleiding	70
1.1	Meetinstrument	70
1.2	Niet-observeerbare kenmerken meten	70
2.	Kenmerken van een psychometrisch 'sterk' meetinstrument	71
2.1	Nauwkeurigheid	71
2.2	Betrouwbaarheid	73
2.2.1	Stabiliteit van een score: consistent over tijd en beoordelaars	73
2.2.2	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	74
2.2.3	Interne consistentie	75
2.3	Validiteit	76
2.3.1	Inhoudsvaliditeit en face-validiteit	77
2.3.2	Constructvaliditeit	77
2.3.3	Criteriumvaliditeit	78

2.4	Normgroepen en ijkpunten	78
2.4.1	Normgroep	79
2.4.2	Ijkpunten of gestandaardiseerde scores	81
2.5	Sensitiviteit en specificiteit	86
3.	Conclusie	88
<b>4.</b>	<b>Diagnostiek van autismespectrumstoornis in de volwassenheid</b>	<b>91</b>
	<i>Stefaan Vertommen, Esra Tiren, Birgit Sebreghs, Leen Gielen, Jona Lans</i>	
1.	Inleiding	92
2.	Terminologie	92
2.1	Autismespectrumstoornis bij volwassenen	92
2.2	Diagnostische criteria	93
3.	Prevalentie	97
4.	Comorbiditeit	98
5.	Onderkennen van het ASS-patroon	101
5.1	Ontwikkelingsanamnese	102
5.2	Autismevriendelijk interviewen	104
5.3	Feitelijk testonderzoek	106
6.	Verklaringsmodellen: cognitieve modellen	110
6.1	Theory of Mind	110
6.2	Centrale coherentie	112
6.3	Executieve functies	113
7.	Het ASS-patroon verklaren: dynamiek in de ontwikkeling	115
7.1	Multi-level etiologie	116
7.2	Sociale camouflage	117
7.3	Persoonlijkheids- en identiteitsontwikkeling	118
7.4	ASS en gender	120
7.5	ASS en ageing	121
8.	Conclusie	122
<b>5.</b>	<b>Diagnostiek van ADHD bij volwassenen</b>	<b>129</b>
	<i>Koen Vandepoel, Dominique Walschaerts</i>	
1.	Inleiding	130
2.	Terminologie	130
3.	ADHD tijdens de levensloop	132
3.1	Verloop van ADHD-symptomen in de tijd	132
3.2	Presentatie van ADHD-symptomen in verschillende levensfasen	133
4.	Prevalentie van ADHD tijdens de levensloop	134
5.	Verklaringsmodellen	135
5.1	Kadering	135
5.2	Erfelijkheid	135
5.3	Neuroanatomie	135

5.3.1	Structurele verschillen	135
5.3.2	Functionele verschillen	136
5.4	Neuropsychologische modellen	137
5.4.1	ADHD als gevolg van een statisch tekort?	137
5.4.2	Is ADHD een gevolg van een dynamisch tekort?	137
5.5	Psychologische modellen	140
5.5.1	Belastende ervaringen en ADHD	140
5.5.2	Psychodynamische verklaringen van ADHD	140
6.	Comorbiditeit	141
7.	Diagnostisch handelen op onderkenningsniveau	143
7.1	Gestandaardiseerde vragenlijsten	145
7.2	Anamnestic interview met de cliënt en personen uit zijn omgeving	145
7.2.1	Observaties	145
7.2.2	Bevraging van ADHD-klachten	148
7.2.3	Bevraging van comorbide klachten en stoornissen	150
7.3	Medisch-psychiatrische voorgeschiedenis	151
7.4	Dossierstudie	151
7.5	Somatisch onderzoek	152
7.6	Eventueel bijkomende/aanvullende onderzoeken	152
7.6.1	Neuropsychologisch onderzoek	152
7.6.2	Persoonlijkheidsonderzoek	153
8.	Diagnostisch handelen op verklaringsniveau	154
9.	Indicatiestelling	154
<b>6.</b>	<b>Diagnostiek bij psychose</b>	<b>161</b>
	<i>Astrid Geboes, Jef Lisaerde, Margaux Sageot, Julie Vandamme</i>	
1.	Kenmerken van psychose	162
1.1	Symptoombeschrijving	162
1.1.1	Wanen	162
1.1.2	Hallucinaties	162
1.1.3	Gedesorganiseerd spreken	163
1.1.4	Stoornissen in de psychomotoriek	163
1.1.5	Negatieve symptomen	163
1.1.6	Cognitieve achteruitgang	163
1.1.7	Manie	163
1.1.8	Depressie	164
1.2	Verloop van symptomen	164
2.	Klinische vignettes	165
3.	DSM-5-terminologie van psychotische stoornissen	166
3.1	Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen	166
3.1.1	Schizotypische (persoonlijkheids)stoornis	166
3.1.2	Waanstoornis	167
3.1.3	Kortdurende psychotische stoornis	167

3.1.4	Schizofreniforme stoornis	167
3.1.5	Schizofrenie	167
3.1.6	Schizoaffectieve stoornis	168
3.1.7	Psychotische stoornis door een middel/medicatie	168
3.1.8	Psychotische stoornis door een somatische aandoening	168
3.1.9	Katatonie	168
3.1.10	Andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornissen	169
3.2	At Risk Mental State	170
4.	Categoriaal of dimensioneel denken?	170
5.	Prevalentie	171
6.	Verklaringsmodellen	174
6.1	Biologische factoren	174
6.2	Sociale factoren	174
6.3	Psychologische factoren	174
6.4	Proneness-Persistence-Impairment-model	175
7.	Het psychodiagnostisch proces bij psychose	176
7.1	Het belang van vroegdetectie	176
7.2	Contact maken	177
7.3	Het psychodiagnostisch onderzoek bij psychose: multi-informant multi-method benadering	179
7.3.1	Intakegesprek	179
7.3.2	Anamnese met de cliënt	179
7.3.3	Hetero-anamnestiche informatie	180
7.3.4	Observatiegegevens	182
7.3.5	Testmateriaal	183
7.3.6	Itembevraging	183
7.3.7	Verwerking van de informatie in functie van de basisvragen van de diagnostiek	187
<b>7.</b>	<b>Diagnostiek bij stemmingsstoornissen</b>	<b>195</b>
	<i>Jasmien Obbels, Shauni Verspecht, Joachim Coosemans, Tineke Stuyven, Sarah De Schryver</i>	
1.	Inleiding	196
2.	Terminologie	196
2.1	Depressieve stemmingsstoornissen	196
2.1.1	Depressieve stoornis	196
2.1.2	Specifiers	197
2.2	Bipolaire stemmingsstoornissen	198
2.2.1	Bipolaire I-stoornis	199
2.2.2	Bipolaire II-stoornis	200
2.2.3	Specifiers	201

3.	Prevalentie	201
3.1	Depressieve stoornis	201
3.2	Bipolaire stoornis	202
4.	Verklaringsmodellen	203
4.1	Biologische factoren	203
4.1.1	Genetica	203
4.1.2	Neurochemie	204
4.1.3	Circadiaans ritme	204
4.1.4	Hersensystemen	204
4.1.5	Neuropsychologie	204
4.2	Psychologische factoren	204
4.2.1	Familiale belasting	204
4.2.2	Vroege traumatisering	205
4.2.3	Persoonlijkheidskenmerken en temperament	205
4.3	Omgevingsfactoren	206
4.3.1	Relaties met steunfiguren	206
4.3.2	Werkomstandigheden	207
4.3.3	Verstoring van de dagelijkse routine	207
4.3.4	Te veel of te weinig reactiviteit van het gedragsactivatie-systeem op positieve gebeurtenissen	207
5.	Meetinstrumenten	208
5.1	Vragenlijsten	208
5.2	Interviews	208
5.2.1	Anamnese en hetero-anamnese	208
5.2.2	Life chart method	209
5.3	Observatieschalen (psychomotoriek)	213
5.4	Neuropsychologische taken	213
5.4.1	Domeinen van neuropsychologisch functioneren	213
5.4.2	Verschillen in neuropsychologisch functioneren volgens type van stemmingsstoornis	215
5.4.3	Aandachtspunten bij het in kaart brengen van het neuropsychologisch functioneren	215
6.	Comorbiditeit	215
6.1	Persoonlijkheidsstoornissen	216
6.2	Angststoornissen	217
6.3	Aan een middel gebonden stoornis	217
6.4	ADHD versus bipolaire stoornis	218
7.	Valkuilen	218
7.1	Stemming kleurt het persoonlijkheidsfunctioneren	219
7.2	De invloed van stemming op neuropsychologische functies	219
7.3	Gebrek aan ziekte-inzicht	219
8.	Indicatiestelling	220
8.1	Depressieve stemmingsstoornis	220
8.2	Bipolaire stemmingsstoornis	221



**8. Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen** 229

*Michiel Panis, Joachim Coosemans*

1.	Inleiding	230
2.	Modellen van verslaving in de tijd	230
3.	Terminologie	231
	3.1 Stoornis in het gebruik van een middel	231
	3.2 Stoornis door het gebruik van een middel	232
	3.2.1 Kortetermijneffecten	232
	3.2.2 Langetermijneffecten	233
4.	Prevalentie	234
5.	Beloop	234
6.	Verklaringsmodellen	235
	6.1 Neurobiologische theorieën	235
	6.2 Psychosociale theorieën	236
	6.3 Sociologische theorieën	236
7.	Comorbiditeit	237
8.	Psychodiagnostisch proces	238
	8.1 Onderkenning	238
	8.1.1 Aandachtspunten in het contact	238
	8.1.2 Aandachtspunten bij het inschatten van het gebruik	239
	8.2 Verklaring	241
	8.2.1 Neurobiologische verklaringsfactoren	241
	8.2.2 Psychosociale verklaringsfactoren	241
	8.2.3 Sociale verklaringsfactoren	242
	8.2.4 Rol van comorbide psychopathologie bij verslaving	242
	8.3 Predictie	246
	8.4 Indicatie	246

**9. Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen** 251

*Tim Bastiaens, Heleen De Brucker, Bart Vandeneede*

1.	Inleiding	252
2.	Terminologie	252
	2.2 Diagnostische criteria volgens DSM-5 Sectie II	252
	2.2.1 Cluster A: de bizarre/excentrieke cluster	253
	2.2.2 Cluster B: de impulsieve/flamboyante cluster	255
	2.2.3 Cluster C: de angstige cluster	257
	2.3 Het DSM-5 Sectie III Alternatief Model voor Persoonlijkheidsstoornissen	258
	2.3.1 Criterium A	259
	2.3.2 Criterium B	260
	2.3.3 Persoonlijkheidsstoornisdiagnose	260

3.	Prevalentie	266
4.	Verklaringsmodellen	267
4.1	Psychodynamische modellen	267
4.2	Cognitief-gedragstherapeutische modellen	268
4.3	Biologische modellen	275
5.	Meetinstrumenten	278
6.	Comorbiditeit en differentiaaldiagnostische overwegingen	278
6.1	Comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen	278
6.2	Comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en symptoomstoornissen	279
7.	Indicatiestelling	280
<b>10.</b>	<b>Neurodegeneratieve aandoeningen</b>	<b>285</b>
	<i>Saffira Rijdsdijk, Katrien Fannes</i>	
1.	Inleiding	286
2.	Dementie	286
2.1	Prevalentie	287
2.2	Psychiatrische aspecten van dementie	287
2.3	Neuropathologie	288
2.4	Normale veroudering	288
2.5	Milde neurocognitieve stoornis	289
3.	Ziekte van Alzheimer	290
3.1	Criteria	290
3.2	Verloop	290
3.3	Prevalentie	292
3.4	Medische diagnostiek	292
3.5	Psychodiagnostiek	293
3.5.1	Geheugen	293
3.5.2	Oriëntatie	294
3.5.3	Aandacht	294
3.5.4	Taal	295
3.5.5	Visuospatiële vermogens en praxis	295
3.6	Samenvatting	295
4.	Vasculaire dementie	296
4.1	Criteria	296
4.2	Verloop	296
4.3	Prevalentie	298
4.4	Risicofactoren	298
4.5	Medische diagnostiek	298
4.6	Psychodiagnostiek	298
4.7	Samenvatting	299
5.	Frontotemporale dementie	300
5.1	Criteria	300

5.2	Verloop	301
5.3	Prevalentie	301
5.4	Medische diagnostiek	302
5.5	Psychodiagnostiek	302
	5.5.1 Gedragsvariant	302
	5.5.2 Taalvariant	305
5.6	Samenvatting	306
6.	Lewy-bodydementie	307
6.1	Criteria	307
6.2	Verloop	308
6.3	Prevalentie	309
6.4	Medische diagnostiek	309
6.5	Psychodiagnostiek	310
6.6	Samenvatting	312
7.	Klinische richtlijnen psychodiagnostiek	312
7.1	Diagnostische cyclus	312
7.2	Vraagstelling en hypothesevorming	312
	7.2.1 Past de cognitieve achteruitgang binnen de normale veroudering?	313
	7.2.2 Is er sprake van een delier?	313
	7.2.3 Is er sprake van een psychiatrisch beeld?	313
	7.2.4 Is er sprake van een milde of majeure neurocognitieve stoornis?	314
	7.2.5 Welke neurodegeneratieve aandoening?	314
7.3	Neuropsychologisch onderzoek	314
	7.3.1 Anamnese	314
	7.3.2 Heteroanamnese	315
	7.3.3 Neuropsychologisch testonderzoek	316
	7.3.4 Nabespreking en indicatiestelling	318
7.4	Besluit	319



# Inleiding

Laurence Claes  
Tim Bastiaens  
Cilia Witteman

De klinische psychodiagnostiek stelt zich ten doel te begrijpen waarom deze cliënt zich op dit moment aan de hulpverlener presenteert met deze klachten, hoe deze klachten zullen ontwikkelen als we wel of niet ingrijpen, en hoe we deze cliënt verder kunnen helpen. Dat is een complex oordeelsproces dat kennis vereist van verschillende psychologische disciplines, zoals (experimentele) psychopathologie, functieleer, psychometrie, evidence-based behandelingen, enzovoort. De complexiteit van dit vak maakt dat studenten en hulpverleners niet altijd staan te springen om dat oordeelsproces grondig te doorlopen. Toch zijn we als auteurs van dit boek ervan overtuigd dat gedegen diagnostiek nodig is alvorens een behandeling te kunnen selecteren. Denk grondig na over elke stap in het psychodiagnostische proces. Ons motto luidt: 'Bezin eer je begint.' Ondanks haar complexiteit is de klinische psychodiagnostiek een boeiende discipline die diagnostici blijft uitdagen om hun kennis up-to-date te houden en het gedrag van de cliënt te begrijpen, tot de 'puzzel past' of het 'mysterie is opgelost'.

De auteurs van dit handboek zijn allen erg geboeid door de klinische psychodiagnostiek, enerzijds als academici die studenten inleiden in de wondere wereld van dit vak, anderzijds vanuit klinisch standpunt als diagnostici en opleiders van studenten in het UPC KU Leuven.

Dit handboek is ontworpen voor studenten en hulpverleners die werkzaam zijn in het domein van de klinische psychologie. De lezers worden ingeleid in het psychodiagnostisch denken en de oordeelsfouten die hiermee gepaard kunnen gaan, en zij verwerven inzicht in de diagnostische cyclus die kan helpen de oordeelsfouten te vermijden. Alle stappen van deze diagnostische cyclus worden verder uitgewerkt en geïllustreerd aan de hand van verschillende psychiatrische ziektebeelden, beschreven door experts in hun vak.

Het handboek bestaat uit tien hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt aangetoond dat de diagnosticus vanaf de aanmelding van de cliënt tot en met het afronden van het psychodiagnostisch onderzoek klinisch aan het redeneren of oordelen is. Tijdens dat oordeelsproces kunnen fouten optreden, die in dit hoofdstuk geïllustreerd worden. Daarbij krijgt de lezer handvatten aangeboden om die oordeelsfouten te onderkennen en op te lossen.

In hoofdstuk 2 wordt het klinisch psychodiagnostische proces beschreven van de aanmelding tot en met de mondelinge/schriftelijke verslagvoering. Er wordt aandacht besteed aan de vijf grondvragen van de klinische psychodiagnostiek: ‘Wat is er aan de hand?’ (onderkenning), ‘Hoe komt dat?’ (verklaring), ‘Hoe gaat het probleem verder verlopen?’ (predictie), ‘Wat kan eraan gedaan worden?’ (indicatie) en ‘Heeft de behandeling het doel bereikt?’ (evaluatie). Vervolgens wordt beschreven hoe elk van die grondvragen beantwoord kan worden gebruikmakend van de empirische cyclus. Het beantwoorden van de diagnostische grondvragen vergt vaak ook het inzetten van een gedegen instrumentarium (observatie, interviews met cliënt en significante anderen, zelfrapportagevragenlijsten, gedragstaken, ...).

Hoofdstuk 3 beschrijft wat een goed instrument is. Concepten als nauwkeurigheid van meting, betrouwbaarheid, validiteit, en de keuze van normgroepen worden helder uitgelegd en geïllustreerd.

In de volgende zeven hoofdstukken worden de stappen van de diagnostische cyclus toegepast op verschillende ziektebeelden: de ontwikkelingsstoornissen (autismespectrumstoornis en ADHD), psychotische stoornissen, depressieve en bipolaire stemmingsstoornissen, stoornissen in middelengebruik, persoonlijkheidsstoornissen en neurodegeneratieve stoornissen. Per hoofdstuk staan de experts in hun vak stil bij de categoriale en dimensionele (transdiagnostische) benadering van de ziektebeelden, de prevalentie, de comorbiditeit en aandachtspunten bij de onderkende en verklaarnde diagnostiek vanuit een bio-psycho sociale benadering. In elk hoofdstuk wordt specifiek ingezoomd op het proces dat zich afspeelt in het overleg tussen diagnosticus en cliënt en op de tools die belangrijk zijn voor de diagnostiek van die stoornissen, wat dit handboek uniek maakt. Tot slot behandelt elk hoofdstuk het verloop van de stoornis in de tijd en worden suggesties geformuleerd voor een evidence-based behandeling van de specifieke stoornis.

Op die wijze leveren de auteurs een bijdrage aan het inzichtelijk maken van het psychodiagnostische denkproces en aan een kwaliteitsvolle diagnostiek in de klinische praktijk die ten grondslag ligt aan de keuze van een individu-specifieke behandeling, op maat van de cliënt (en diens context).

# Over de auteurs

**Tim Bastiaens** is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Hij is hoofd van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en psychodiagnostisch werkzaam op de opname-unit voor differentiaaldiagnostiek en persoonlijkheidsstoornissen (afdeling Lodewijk). Hij is verbonden aan de PEV Klinische Psychodiagnostiek (KU Leuven, VUB en UGent) en aan de postgraduaatsopleidingen Psychodiagnostiek en Forensische Psychodiagnostiek & Counseling aan de Thomas More Hogeschool Antwerpen. Hij doceerde aan de KU Leuven over het DSM-5 Sectie III persoonlijkheidsmodel en is lid van de VVKP-divisie Psychodiagnostiek.

**Laurence Claes**, klinisch psychologe en gedragstherapeute, is als hoogleraar verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven en de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen. Zij doceert psychopathologie, klinische psychodiagnostiek en klinische interventies. Ze is eindverantwoordelijke van de interuniversitaire permanente vormingen Klinische Psychodiagnostiek, Kind & Adolescent en Volwassenen vanuit KU Leuven en supervisor gedragstherapie.

**Joachim Coosemans** is klinisch psycholoog, lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en werkzaam in het dagcentrum bipolaire stoornissen en het dagcentrum voor verslaving. Hij volgt momenteel de permanente vorming Klinische Psychodiagnostiek aan de KU Leuven.

**Heleen De Brucker** is klinisch psychologe en lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven, waar ze mee de opleiding van de laatstejaarsstudenten klinische psychologie coördineert. Ze is diagnostisch verbonden aan de opname-unit voor differentiaaldiagnostiek en persoonlijkheidsstoornissen (afdeling Lodewijk).

**Sarah De Schryver** is klinisch psychologe en systeemtherapeute. Ze is lange tijd psychotherapeutisch werkzaam geweest in het dagcentrum voor mensen met stemmings- en bipolaire stoornissen (afdeling Rita) en is momenteel verbonden aan het dagcentrum voor mensen met een verslavingsproblematiek (afdeling Franciscus) van het UPC KU Leuven. In haar privépraktijk heeft ze als psychotherapeute veel ervaring opgebouwd met gezinnen, koppels en individuen.

**Katrien Fannes** is klinisch neuropsychologe en gedragscounselor. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en gespecialiseerd

in neurodegeneratieve aandoeningen en niet-aangeboren hersenletsels. Ze is diagnostisch werkzaam zowel op de dienst Ouderen als binnen het ambulante neuropsychologische aanbod voor volwassenen verbonden aan het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek. Daarnaast werkt ze psychotherapeutisch met mensen met cognitieve problemen.

**Leen Gielen** is bachelor in de toegepaste psychologie en lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven, waar ze mee de opleiding van de laatstejaarsstudenten klinische psychologie coördineert. Ze is diagnostisch verbonden aan het ambulante team voor volwassenen met een autismespectrumstoornis (Atmosfeer) van het UPC KU Leuven.

**Astrid Geboes** is klinisch psychologe en psychodynamisch psychotherapeute. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en zowel diagnostisch als psychotherapeutisch werkzaam op de High Intensive Care Unit van UPC KU Leuven. Daarnaast heeft ze een zelfstandige praktijk.

**Jona Lans** is klinisch psychologe, lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek UPC KU Leuven, en diagnostisch verbonden aan het ambulante team voor volwassenen met een autismespectrumstoornis (Atmosfeer). Daarnaast is ze ook psychotherapeutisch verbonden aan de unit voor mensen met een langdurige psychotische problematiek (UPC KU Leuven afdeling Monica).

**Jef Lisaerde** is klinisch psycholoog en systeemtherapeut. Hij is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en coördinator in het Vroeg Interventie Team voor mensen met een beginnende psychotische problematiek (VRINT).

**Jasmien Obbels** is klinisch psychologe en psychodynamisch psychotherapeute. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en werkzaam op de opname-unit voor depressie en bipolaire stoornis (afdeling Anna). Ze specialiseerde zich in dynamische interpersoonlijke therapie en is daarnaast als doctoranda verbonden aan het Academisch Centrum voor ECT en Neuromodulatie (AcCENT) van UPC KU Leuven.

**Michiel Panis** is klinisch psycholoog en cliëntgericht-experientiële psychotherapeut. Hij is werkzaam in het dagcentrum voor verslaving van het UPC KU Leuven, waar hij voornamelijk instaat voor het groepsprogramma. Hij is ook projectcoördinator van KOTlab Leuven, een intersectoraal netwerk- en woonproject voor jongvolwassenen in de transitieleeftijd. Daarnaast is hij verbonden aan de PEV Psychodiagnostiek (KU Leuven, VUB en UGent) en heeft hij een zelfstandige praktijk.

**Saffira Rijdsdijk** is klinisch neuropsychologe en diagnostisch werkzaam op de dienst Ouderen van het UPC KU Leuven. Ze is gespecialiseerd in neurodegeneratieve aandoeningen en als psychologe ook verantwoordelijke voor familiegesprekken en individuele begeleidingen op dezelfde dienst.

**Margaux Sageot** is klinisch psychologe en gedragstherapeute i.o. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en diagnostisch



werkzaam in het Vroeg Interventie Team voor mensen met een beginnende psychotische problematiek (VRINT). Daarnaast werkt ze als psychotherapeute op de opname-unit voor depressie en bipolaire stoornis (UPC KU Leuven afdeling Anna).

**Birgit Sebreghs** is klinisch psychologe en psychodynamisch psychotherapeute. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en diagnostisch werkzaam in het ambulante team voor volwassenen met een autismespectrumstoornis (Atmosfeer). Daarnaast is ze psychotherapeutisch verbonden aan de psychodynamische afdeling voor mensen met persoonlijkheidsmoeilijkheden (UPC KU Leuven afdeling KLIPP). Ze is verbonden aan het postgraduaat Psychoanalytische Psychotherapie (KU Leuven) en lector aan LUCA School of Arts campus Leuven (Lemmensinstituut).

**Dirk Smits** is doctor in de psychologie en klinisch psycholoog. Hij is directeur onderzoek aan de Odisee Hogeschool en als onderzoeker ook verbonden aan de eenheid klinische psychologie van de KU Leuven. Daarnaast was hij de voorbije jaren actief als lesgever aan de PEV Psychodiagnostiek van de KU Leuven, VUB en UGent in de module over de diagnostische cyclus.

**Tineke Stuyven** is klinisch psychologe en psychodynamisch psychotherapeute. Ze is werkzaam in het dagcentrum bipolaire stoornissen van het UPC KU Leuven en in het psychotherapeutisch centrum Praxis-P van de KU Leuven. Ze specialiseerde zich in dynamische interpersoonlijke therapie en is als staflid verbonden aan het postgraduaat Psychodynamische Psychotherapie aan de KU Leuven.

**Esra Tiren** is klinisch psychologe en cliëntgericht-experientieel psychotherapeute i.o. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en diagnostisch verbonden aan het ambulante team voor volwassenen met een autismespectrumstoornis (Atmosfeer). Daarnaast heeft ze een zelfstandige praktijk.

**Julie Vandamme** is klinisch psychologe en psychodynamisch psychotherapeute. Ze is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en zowel diagnostisch als psychotherapeutisch werkzaam op de High Intensive Care Unit van het UPC KU Leuven. Daarnaast heeft ze een zelfstandige praktijk.

**Bart Vandeneede** is klinisch psycholoog en psychodynamisch psychotherapeut. Hij is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven, psychodiagnostisch werkzaam op de opname-unit voor differentiaaldiagnostiek en persoonlijkheidsstoornissen (afdeling Lodewijk), en psychotherapeutisch op de unit voor mensen met persoonlijkheidsmoeilijkheden (afdeling KLIPP) van het UPC KU Leuven. Daarnaast is hij coördinator van de postgraduaatsopleiding Psychoanalytische Psychotherapie aan de KU Leuven.

**Koen Vandepoel** is klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut. Hij is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en diagnostisch verbonden aan de polikliniek ADHD. Daarnaast werkt hij als psychotherapeut op een psychodynamische afdeling voor mensen met persoonlijkheidsmoeilijkheden (UPC KU Leuven afdeling KLIPP). Ook is hij als supervisor verbonden aan

de postgraduaatsopleiding Psychodynamische Psychotherapie (KU Leuven) en aan de PEV Klinische Psychodiagnostiek (KU Leuven, VUB, UGent).

**Shauni Verspecht** is klinisch psychologe en lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven. Ze is zowel diagnostisch als psychotherapeutisch werkzaam op de opname-unit voor depressie en bipolaire stoornis (afdeling Anna).

**Stefaan Vertommen** is klinisch psycholoog, EMDR practitioner en gedragstherapeut. Hij is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven en diagnostisch verbonden aan het ambulante team voor volwassenen met een autismespectrumstoornis (Atmosfeer). Daarnaast is hij voorzitter van Esper vzw (Netwerk Psychotrauma) en is hij verbonden aan de PEV Psychotraumattherapie (KU Leuven) en de PEV Klinische Psychodiagnostiek (KU Leuven, VUB en UGent). Hij heeft een zelfstandige praktijk en is supervisor voor EMDR Belgium vzw en het pedagogische team van Integrativa.

**Dominique Walschaerts** is klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut i.o. Hij is lid van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC KU Leuven, is diagnostisch werkzaam op de polikliniek ADHD en daarnaast ook actief als lector in de richting Toegepaste Psychologie aan de Thomas More Hogeschool Antwerpen.

**Cilia Witteman** is hoogleraar Psychodiagnostiek, in het bijzonder de diagnostische besluitvorming aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Ze leidt de onderzoeksgroep Diagnostic Decision Making aan het Behavioural Science Institute van die universiteit.