5

Diagnostiek

Han Berghuis, Katinka Franken en Paul van der Heijden

Diagnostiek verwijst naar de klinische activiteit van de gz-psycholoog voorafgaande aan de behandeling, maar is tevens een voortgaande activiteit tijdens de behandeling. Immers, tijdens de behandeling kunnen nieuwe klinische symptomen naar voren komen die in de context van eerdere diagnostiek een verdieping of verbreding van die diagnostiek behoeven. Om een voorbeeld te geven: een cliënt die na intake is gediagnosticeerd met een depressieve stoornis wordt behandeld met een protocollaire CGT-behandeling. Als de behandeling vastloopt, verheldert (psycho)diagnostisch onderzoek dat het terugtrekken en vermijden van de cliënt niet alleen uit somberheid voortkomt, maar deel uitmaakt van een langer durend en breder patroon dat bij (vermijdende-)persoonlijkheidsproblematiek past.

Hoewel diagnostiek een eigenstandige activiteit is, vindt het meestal plaats in de context van indicatiestelling en behandeling. Kenmerkend is dat het een procesmatige activiteit betreft, al dan niet met behulp van psychologische meetinstrumenten, waarbij wordt gebruikgemaakt van kennis over psychopathologie en over normale ontwikkeling. Bij gebruik van psychologische meetinstrumenten bestaat er het klassieke onderscheid in klachtgericht onderzoek, intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek en neuropsychologisch onderzoek. De gz-psycholoog zal vooral bezig zijn met relatief enkelvoudige psychodiagnostiek (voor zover dit voorafgaand aan een onderzoek of behandeling te voorspellen is), de klinisch (neuro)psycholoog met multicomplexe diagnostiek, en de psychotherapeut met diagnostiek binnen de lijnen van zijn psychotherapeutische behandelmodel.

Dit hoofdstuk behandelt de diagnostiek van psychische stoornissen. Begrippen, definities en manieren van diagnostiek komen aan de orde en worden geplaatst in het kader van het klinisch oordeel, en van multiconceptuele en mul-

timethodische (psycho)diagnostiek. Vervolgens komen verschillende klassieke vormen van psychodiagnostiek aan bod. Paragraaf 5.7 geeft een beschrijving van de fasering van een psychodiagnostisch onderzoek.

5.1 Begrippen en definities

Clinici gebruiken de begrippen 'diagnostiek', 'psychodiagnostiek', 'assessment', 'classificatie', 'testen' en 'psychologisch onderzoek' nogal eens door elkaar, terwijl elk begrip iets anders betekent. Wij hanteren in dit hoofdstuk de voorgaande begrippen zoals hierna beschreven.

Diagnostiek verwijst in algemene zin naar de activiteiten of het proces waarin de gz-psycholoog de aard en de ernst van de problematiek van de cliënt exploreert en probeert te doorgronden. Na inventarisatie van symptomen en problemen, evalueert hij het ontstaan en het beloop ervan en plaatst die in een biopsychosociale context. Diagnostiek is de sleutel naar begrip van de persoon achter de gepresenteerde pathologie (Hopwood & Bornstein, 2014). Diagnostiek is daarmee een klinische activiteit in de spreekkamer, die leidt tot een beschrijvende diagnose en een behandelindicatie.

Psychodiagnostiek is een specificering van het begrip 'diagnostiek'. Ze betreft psychologisch onderzoek waarbij behalve van het klinisch oordeel wordt gebruikgemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Witteman, Van der Heijden en Claes (2014) definiëren dit proces van oordeelsvorming als 'de oordeelsvorming aangaande psychische disfuncties of gedragsmoeilijkheden en sterktes waarbij de benadering van het probleem op de wetenschappelijke psychologie gebaseerd is en waarbij het essentieel is de persoon (of het systeem) zodanig te begrijpen dat uit de structurering van diens probleem relevante aanwijzingen voor de therapie voortvloeien. Deze oordeelsvorming is een procesmatig gebeuren dat plaatsvindt en evolueert in de interactie tussen cliënt en clinicus.' 'Diagnostiek' is daarmee een bredere term, ook te gebruiken voor bijvoorbeeld somatische diagnostiek, terwijl 'psychodiagnostiek' specifiek de diagnostiek van psychische functies betreft. Om psychodiagnostisch onderzoek op verantwoorde wijze uit te voeren gaat de diagnosticus te werk als een *scientist-practitioner,* oftewel een praktijkwetenschapper. Hij houdt rekening met zowel theoretische disciplinering als methodische disciplinering. Hij hanteert een empirisch-analytische aanpak, verantwoordt zijn werkwijze, is transparant, betrekt de cliënt en maakt gebruik van wetenschappelijke kennis. In dit hoofdstuk staat deze betekenis van 'psychodiagnostiek' centraal.

In Angelsaksische landen kent men het begrip *psychological assessment* (Groth-Marnat & Wright, 2016), dat heel dicht bij de hierboven gebruikte be-

tekenis van 'psychodiagnostiek' komt. De hierboven gegeven definitie van psychodiagnostiek kan verder worden geconcretiseerd, en wel naar een activiteit waarbij de focus ligt op het bijeenbrengen – middels diverse meetmethoden – van informatie uit verschillende psychologische functiedomeinen, om vervolgens de uitkomsten te begrijpen in het licht van concepten en theorieën over normale ontwikkeling en psychopathologie, vanuit de verwijsinformatie, vanuit de biografie en vanuit gedragsobservaties gedurende het onderzoek. Psychodiagnostiek is daarmee meer dan tests afnemen en scoren, maar plaatst uitkomsten van het onderzoek in een breder perspectief, teneinde hypothesen te genereren.

Classificatie betreft het systematisch identificeren en rubriceren van gerapporteerde en geobserveerde klachten en symptomen binnen een gangbaar classificatiesysteem. De gz-psycholoog maakt veelal gebruik van het DSM-5-classificatiesysteem (American Psychiatric Association, 2014b), mede omdat de meestgebruikte protocollaire behandelingen hierop gebaseerd zijn. Classificatie van een psychische stoornis, gecombineerd met een beschrijvende diagnose, is meestal voldoende om een protocollaire behandeling te kunnen indiceren (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018). Classificeren heeft als voordeel dat men er snel en efficiënt onderling mee kan communiceren. Ook zijn veel zorgprogramma's van ggz-instellingen vaak ingedeeld volgens het DSM-5-classificatiesysteem. Een nadeel is dat hiermee mogelijk wordt voorbijgegaan aan de mens achter de stoornis en aan de complexiteit van de problematiek. Vanuit conceptueel oogpunt gaat classificeren voorbij aan de dimensionele aard van psychopathologie (Kotov et al., 2017).

Testonderzoek is de activiteit van het systematisch verkrijgen van informatie ten behoeve van diagnostiek met behulp van meetinstrumenten, zoals interviews, vragenlijsten en *performance-based* tests. Testonderzoek duidt tamelijk rechttoe rechtaan op het gebruik van psychologische tests, waarmee bepaalde scores worden behaald, die vervolgens kunnen worden vergeleken met vastgestelde normen. Bij interviews gaat het meestal om een klinische normering (het oordeel van de gz-psycholoog), terwijl bij vragenlijsten en andere psychologische tests een statistische normering wordt gebruikt.

De term *psychologisch onderzoek* ten slotte wordt vaak op twee manieren gebruikt: als onderzoeksactiviteit of als synoniem voor het begrip 'psychodiagnostiek' zoals eerder beschreven.

5.2 Meetinstrumenten

In het kader van psychodiagnostiek kan de gz-psycholoog gebruikmaken van verschillende meetinstrumenten. Tabel 5.1 geeft daarvan een (op afkorting) alfabetisch gerangschikte opsomming.

5.3 Hoe betrouwbaar is het klinisch oordeel?

Bij alle vormen van psychodiagnostiek speelt het klinisch oordeel een belangrijke rol. In het algemeen geldt dat het klinisch oordeel nogal te wensen overlaat bij het inschatten en voorspellen van menselijk gedrag. Al in 1954 toonde Paul Meehl overtuigend aan dat formules, testresultaten en algoritmes het gedrag van cliënten of de prognose van hun problematiek vrijwel altijd beter voorspellen dan het oordeel van een clinicus die gebruikmaakt van gespreksgegevens, observaties en zijn klinische indruk. De resultaten van Meehl zijn nadien diverse keren in empirisch onderzoek bevestigd (zie bijvoorbeeld: Ægisdóttir et al., 2006). In de wetenschappelijke literatuur zien we dit terug in het debat tussen klinische en statistische besluitvorming. Het feit dat formules en testuitslagen vaak betere voorspellers zijn van menselijk gedrag roept bij veel clinici ongemak en weerstand op. De resultaten gaan in tegen de overtuiging van clinici dat zij op basis van theoretische inzichten en hun unieke kennis van de cliënt en diens context de beste inschatting kunnen maken van wat er aan de hand is en hoe het verder zal gaan met de cliënt (Dawes, 2002).

Het klinisch oordeel wordt vaak gelijkgesteld aan intuïtieve, ongestructureerde oordeelsvorming en interpretatie op basis van gesprekken, observaties en klinische intuïtie. Maar het klinisch oordeel is omvattender. Ook de interpretatie van testgegevens en de integratie van gegevens in een psychodiagnostisch onderzoek kan gebeuren op basis van het klinisch oordeel en zogeheten klinisch redeneren. Westen en Weinberger (2004) pleiten voor een onderscheid tussen de bron van de observatie (de gz-psycholoog of een leek), de wijze waarop informatie vergaard wordt (systematisch of ongestructureerd), en de wijze waarop die informatie wordt bewerkt.

De onbetrouwbaarheid van het klinisch oordeel heeft gedeeltelijk te maken met de onzekere context waarin clinici diagnostische beslissingen nemen en het ontbreken van een gouden standaard (Witteman, Van der Heijden, & Claes, 2018). We hebben in de psychologische praktijk vaak niet de beschikking over betrouwbare informatie: cliënten hebben soms weinig zelfinzicht (Westen, 1997), kunnen of willen niet alles laten zien of vertellen, of hebben bewust of onbewust belang bij het aggraveren of ontkennen van klachten (Dandachi-

FitzGerald, Ponds, & Merten, 2013). Verder ontbreekt het aan een duidelijke definitie van wat als normaal gedrag moet worden beschouwd en hebben we geen heldere definitie van een psychische stoornis (Kinghorn, 2013). Bovendien is het klinisch oordeel vatbaar voor allerlei onzorgvuldigheden en fouten. Zo laten clinici zich gemakkelijk leiden door eerste indrukken, vooroordelen en stereotypen op het vlak van geslacht en culturele achtergrond. Verder gaan ze vaak slordig om met criteria die staan vermeld in classificatiesystemen voor psychische stoornissen. Ook zijn ze sterk geneigd om te zoeken naar bevestiging van hun eerste indrukken en zijn ze zich niet of nauwelijks bewust van informatie die zij (mogelijk) missen. Daarnaast hebben clinici doorgaans weinig aandacht voor de prevalentie van psychische stoornissen en denken ze ongenuanceerd over mogelijke oorzaken ervan (Witteman et al., 2018). Ten slotte hebben clinici vaak te veel vertrouwen in hun eigen oordelen, omdat ze te weinig zicht hebben op gemaakte fouten (Croskerry & Norman, 2008).

5.3.1 Verbeteren van het klinisch oordeel

Het klinisch oordeel kan worden verbeterd door in de eerste plaats het proces van diagnostiek te *systematiseren*. Witteman en collega's (2018) geven adviezen voor het inrichten van het diagnostisch proces op basis van beschreven richtlijnen (De Bruyn, Ruijssenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2001). Deze richtlijnen schrijven voor dat de clinicus (1) duidelijke hypothesen opstelt, (2) op basis van deze hypothesen toetsbare voorspellingen formuleert, (3) instrumenten kiest en (4) toetsingscriteria formuleert aan de hand waarvan deze voorspellingen worden getoetst. Ten slotte kan na (5) afname en verwerking van de gebruikte instrumenten op basis van de resultaten (6) een evaluatie plaatsvinden, gevolgd door bevestiging of weerlegging van de hypothesen. Deze richtlijnen gelden zowel voor onderkennende vragen ('Wat is er aan de hand?') als voor verklarende vragen ('Hoe is het zo gekomen?').

In de tweede plaats wordt de *validiteit* van het klinisch oordeel verbeterd door gebruik te maken van diagnostische instrumenten. Het systematisch navragen van symptomen en problemen met behulp van semigestructureerde interviews helpt om oordeelsfouten tegen te gaan. Het vermindert de kans op *confirmation bias* (de neiging om uitsluitend te zoeken naar bevestiging van de eerste indrukken) en vertekening door bijvoorbeeld seksespecifieke stereotypen. Meyer en collega's (2001) concludeerden na een meta-analyse naar de validiteit van psychologische tests dat deze sterk en overtuigend, en gelijk aan de validiteit van veelgebruikte medische tests is. Tevens vonden ze dat diverse psychologische onderzoeksmethoden unieke informatie bieden en dat clinici die zich uitslui-

tend baseren op hun klinisch oordeel onvolledig inzicht krijgen in psychische problematiek.

Naast het gebruik van (bij voorkeur verschillende) psychologische tests is het raadzaam om *meerdere bronnen van informatie* te betrekken in het diagnostisch oordeel. Het is bekend dat mensen over het algemeen weinig zelfinzicht hebben (Wilson, 2002), dus ook cliënten die lijden aan bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen (Mosterman & Hendriks, 2011) of alcoholmisbruik (Walvoort, Van der Heijden, Kessels, & Egger, 2016). Het raadplegen van een informant, zoals een partner, ouder of andere naaste, helpt om het beeld vollediger te krijgen en het oordeel meer valide.

Ten slotte is bekend dat diagnostische oordelen meer valide zijn naarmate zij meer zijn gebaseerd op *theoretische inzichten* en *empirische gegevens* (Witteman et al., 2018). Clinici dienen zo veel mogelijk kennis te nemen van theoretische en empirische kennis over de cliëntengroep (of het probleem) dat zij onderzoeken, teneinde oordeelsfouten te beperken. Hierop aansluitend is het belangrijk om rekening te houden met de prevalentie van stoornissen, de zogenaamde *base rates* (Tiemens, Wagenvoorde, & Witteman, 2018). Zo is volgens de DSM-5 (APA, 2014b) de prevalentie van autismespectrumstoornissen (ASS) in de algemene bevolking ongeveer 1%, terwijl die van de dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis varieert van 2 tot 8%. Wanneer een zeer detailgerichte cliënt wordt gezien, die gepreoccupeerd is met regels, ordening en schema's, en die vriendschappen en ontspanning niet belangrijk vindt, zullen veel clinici als eerste hypothese aan ASS denken, terwijl de kans dat er sprake is van een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (of trekken daarvan) veel groter is.

5.4 Multimethodische en multiconceptuele psychodiagnostiek

De gz-psycholoog beperkt klinische oordeelsfouten zo veel mogelijk door (1) het diagnostisch proces duidelijk te structureren, door (2) zo veel mogelijk gebruik te maken van systematisch verworven informatie met behulp van verschillende typen diagnostische instrumenten (multimethodisch) en door (3) gebruik te maken van meerdere bronnen (multi-informant). Verder maakt hij (4) zo veel mogelijk gebruik van relevante theoretische inzichten, heldere concepten (multiconceptueel) en empirische data in relatie tot de diagnostische vraagstelling.

Snellen en Eurelings-Bontekoe (2006) pleiten bij gebruik van multipele instrumenten voor een hypothese-genererend heuristisch model, waarbij het diagnostisch proces wordt gezien als een stapsgewijze procedure, waarin bottom-up

wordt gewerkt. In dit model laat de gz-psycholoog het materiaal spreken. Hij beschouwt alle gegevens en gepresenteerde problemen in hun gezamenlijke context. Zo komt hij tot hypothesen over wat er mogelijk aan de hand is, hoe ernstig de problemen zijn en hoe die met elkaar samenhangen. Dit proces leidt tot een individuele casusconceptualisatie. De hypothesen worden pas in een tweede fase getoetst. Deze werkwijze kan leiden tot een resultaat waar aanvankelijk niet naar werd gezocht. Ze vraagt om het loslaten van classificerend denken en richt zich op denken in spectra en dimensies van psychopathologie.

In deze context heeft de gz-psycholoog de beschikking over een veelheid aan instrumenten en onderzoeksmethoden. Multimethodische psychodiagnostiek (Hopwood & Bornstein, 2014) komt tevens voort uit het gegeven dat er niet één gouden standaard of één overkoepelend theoretisch model bestaat, waarmee alle psychopathologie gevat kan worden. Dit laatste geldt in het bijzonder voor persoonlijkheidspathologie. Immers, naast het classificerende DSM-5-model bestaan er ook trekpsychologische, psychodynamische, cognitieve en interpersoonlijke modellen die etiologie en aard van de persoonlijkheidspathologie beschrijven, en die ingezet kunnen worden ten behoeve van persoonlijkheidsdiagnostiek. Dit betekent dat verschillende theoretische en conceptuele perspectieven een geïntegreerde en verklarende (casus)conceptualisatie genereren over de te onderzoeken psychopathologie van de cliënt. De diversiteit aan diagnostische domeinen en conceptuele modellen heeft een groot arsenaal aan diagnostische instrumenten gegenereerd: vragenlijsten, semigestructureerde interviews, projectietests/performance-based tests, neuropsychologische tests, enzovoort. Voor afzonderlijke psychische stoornissen bestaan richtlijnen over het gebruik van onderzoeksinstrumenten en methoden.

Berghuis (2018) beschrijft vanuit het multimethodische en multiconceptuele perspectief drie aspecten die als richtlijn kunnen dienen voor het samenstellen van een onderzoeksprotocol:

1. Werk vanuit een geïndividualiseerde vraagstelling, in samenwerking met cliënt en aanvrager.
2. Kies welke functiedomeinen en theoretische modellen relevant zijn voor de beantwoording van de geformuleerde vraagstelling.
   Tabel 1 geeft een (niet-uitputtend) overzicht van psychologische meetinstrumenten gerubriceerd naar functiedomeinen en kan vanuit het perspectief van deze drie aspecten gelezen worden. Voor voorbeelden van specifiekere diagnostische instrumenten voor kinderen en jeugdigen wordt verwezen naar de website van het Nederlands Jeugdinstituut (NJi; www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Instrumenten-voor-verschillende-doeleinden) en naar de appendix aan het einde van dit hoofdstuk.

3. Minimaliseer de negatieve impact van tekorten in betrouwbaarheid en validiteit van meetinstrumenten door te variëren in aard van instrumenten en onderzoeksmethoden.

Tabel 5.1: Voorbeelden van domeinen van diagnostiek, met bijbehorende veelgebruikte meetinstrumenten en meetmethoden voor diagnostiek van de persoonlijkheid en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen en symptoomstoornissen.

	Meetinstrumenten en meetmethoden			
Domeinen (modellen)	**Vragenlijst**	**Interview**	**Projectietest/ performan-ce-based test**	**Overige meetmethoden**
Klinische symptomen	AQ, BPRS, BSI, BDI-II-NL-R, DIS-Q, KKL, SCL-90, TSQ, 4DKL, SRS-A, CBCL, SDQ, CDI-2 en tal van andere klachtenlijsten	DIVA, DSM-5 Interview ASS, MINI, NIDA, SCID-D, SCID-5-S		Dossieronderzoek (klinische classificatie)
Persoonlijkheidsstoornis (categoriaal DSM-5-model)	ADP-IV, PDQ-4+, SCID-5-P-Vragenlijst, VKP-5	BPDSI, IPDE, SCID-5-P		Dossieronderzoek (klinische classificatie)
Persoonlijkheids-functioneren (alternatief DSM-5-model)	GAPD, LPFS-BF, LPFS-SR-NL, SIPP	STiP 5.1		
Persoonlijkheidsstructuur (psychodynamisch model)	IPO, NKPV, OPV	OP, SI, STIPO	Rorschach, TAT	
Persoonlijkheidstrekken (vijffactorenmodel)	DAPP-BQ/SF/A, MMPI-2/RF/A, NEO-PI-3, NKPV, NPV-2-R, PID-5, PPI-R, TCI, NPVJ2			Informantenvragenlijst: PID-5-IBF-NL
Cognitieve schema's (cognitief model)	SMI, YSQ			Klinische casus-conceptualisatie
Overige domeinen: coping (interpersoonlijk model)	CISS, UCL, ICL-R		ZALC, ZAT, FEEL-E	Rorschach (performance-based)

Zie de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk voor de betekenis van de afkortingen, de Nederlandse benamingen en bijpassende literatuur.

5.5 Vormen van psychodiagnostisch onderzoek

Binnen de psychodiagnostiek onderscheiden we van oudsher klachtgericht onderzoek, persoonlijkheidsonderzoek, intelligentieonderzoek en neuropsychologisch onderzoek. We bespreken hieronder enkele klinisch relevante aspecten bij elk van deze vormen van onderzoek.

Klachtgericht onderzoek focust op specifieke intern gerichte klachten en problemen, zoals depressieve, angst- en dissociatieve symptomen, maar daarnaast op interpersoonlijke gerelateerde klachten, zoals een gebrek aan sociale vaardigheden, woede, impulsiviteit en relatieproblemen. Voor elk symptoom of elke klacht bestaat er wel een vragenlijst. Bij intake of klinische diagnostiek dienen vragenlijsten of semigestructureerde interviews als structurerende onderbouwing van het klinische oordeel. Vragenlijsten kunnen worden ingezet als sensitieve screeners, gevolgd door specificerende klinische diagnostiek (al dan niet met een semigestructureerd interview). In een psychodiagnostisch onderzoek worden klachtgerichte vragenlijsten gebruikt om aard en ernst van het comorbide psychisch functioneren te onderzoeken. Dit kan in algemene zin (bijvoorbeeld bij gebruik van een SCL-90 in de context van een persoonlijkheidsonderzoek) of meer syndroom- of symptoomspecifiek (bijvoorbeeld wanneer men bij een persoonlijkheidsonderzoek onderzoekt of PTSS aanwezig is als comorbide stoornis).

Persoonlijkheidsonderzoek richt zich met behulp van interviews en vragenlijsten op de aard en ernst van het persoonlijkheidsfunctioneren, op de onderliggende structuur van de persoonlijkheid en op het palet van persoonlijkheidseigenschappen die het functioneren van de persoon kleuren. Projectieve tests of performance-based tests worden vaak in de context van een persoonlijkheidsonderzoek ingezet. Een psychodiagnostisch onderzoek naar de persoonlijkheid gaat voorbij de tekorten die beschreven zijn met betrekking tot categoriale DSM-5-diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen (Clark, 2007), zoals excessieve comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen, ontbreken van een intrinsieke ernstmaat en geringe klinische bruikbaarheid. Een verdiepend persoonlijkheidsonderzoek (zie verderop in dit hoofdstuk) is geïndiceerd wanneer classificatie van persoonlijkheidsstoornissen en een beschrijvende diagnose na intake onvoldoende zijn om richting te geven aan de behandeling, of wanneer deze gaande de behandeling onvoldoende verklarend zijn voor de actuele pathologie (Ingenhoven et al., 2018).

Intelligentieonderzoek richt zich primair op de bepaling van het niveau van de algemene intellectuele vaardigheden van de cliënt. In de klinische praktijk wordt dit vooral relevant gevonden aan beide uitersten van het spectrum van begaafdheid: is er wellicht sprake van zwakbegaafdheid, respectievelijk hoogbegaafdheid? Bij behandelprogramma's in de reguliere ggz is er vaak een on-

dergrens voor het kunnen behandelen van cliënten. Onder deze grens wordt de cliënt aangemeld voor beter passende (lvb-)zorg, waar expliciet rekening kan worden gehouden met het niveau van de cliënt. Er worden dan aangepaste methoden en behandelvormen toegepast. Indicatie voor een intelligentieonderzoek is er wanneer de schoolopleiding niet overeenkomt met de klinische indruk van begaafdheid, of wanneer er sprake is van een grillig verloop van de schoolopleiding, zonder dat hier een duidelijke verklaring voor is. Ten tweede worden intelligentietests gebruikt om te bepalen of een intelligentieprofiel al dan niet 'harmonisch' is. Een disharmonisch opgebouwd intelligentieprofiel kan bijvoorbeeld blijken uit achterblijvende scores op taken die fluïde intelligentie meten ten opzichte van hogere scores op taken die gekristalliseerde intelligentie meten. Bij neurobiologische klinische beelden, zoals in geval van ADHD of ASS, kan een intelligentieprofiel bijdragen aan het begrip van cognitieve sterke en zwakke punten. Uitslag op de intelligentietest kan nooit de classificatie van deze stoornissen bepalen, maar biedt wel ondersteuning bij het verstrekken van praktische behandeladviezen. Hoewel intelligentieonderzoek vaak ten dienste van niveaubepaling wordt ingezet, is het vanuit conceptueel perspectief onderdeel van het neuropsychologisch onderzoek, waarin op basis van een vraagstelling verschillende cognitieve domeinen worden onderzocht.

In een *neuropsychologisch onderzoek* worden cognitieve functies en vaardigheden onderzocht, teneinde cognitief disfunctioneren of cognitieve stoornissen vast te stellen. Cliënten met psychische stoornissen, hersenletsel of cognitieve klachten komen voor dit onderzoek in aanmerking. Net zoals in de context van multidimensionale psychodiagnostiek bij psychische stoornissen functiedomeinen worden onderscheiden (denk aan motivatie, stemming en persoonlijkheidsfactoren), gebeurt dat ook in de neuropsychologie. Het gaat om de volgende cognitieve domeinen: (1) geheugen en leren, (2) executief functioneren, (3) aandacht en snelheid van informatieverwerking, (4) praxis en motorisch functioneren, (5) taal, (6) perceptie en (7) algeheel cognitief functioneren. Tabel 5.2 geeft een niet-uitputtend overzicht van de betreffende meetinstrumenten.

Interpretatie van uitslagen op neuropsychologische tests vereist kennis van cognitieve theorieën en van (cognitieve) pathologie. Vanuit een multidimensionaal perspectief worden uitslagen geïnterpreteerd door gebruik te maken van meerdere informatiebronnen (zoals auto- en heteroanamnese, observatie, voorgeschiedenis en testdiagnostiek). Voor veel gz-psychologen is neuropsychologie een wezenlijk onderdeel van hun dagelijkse werk in bijvoorbeeld ziekenhuizen, revalidatiecentra, jeugd- of ouderenzorg. Het domein van de neuropsychologie krijgt vooral aandacht binnen de specialistische opleiding tot klinisch neuropsycholoog: naast de klinisch psycholoog een apart specialisme van de gz-psycholoog. We verwijzen voor verdere verdieping naar hand- en leerboeken

neuropsy
Hendriks
jeugd: Sw

Tabel 5.2: Voorbeelde
diagnostiek (gebasee

Cognitief domein	Be
Geheugen en leren	De ve vo sla
Executief functioneren	Up m ge –
Aandacht en snelheid van informatie-verwerking	Se ta al m
Praxis en motorisch functioneren	C li c
Taal	C p
Perceptie	L v
Algeheel cognitief functioneren	S S

5.6 Prakt

met d
diagno

neuropsychologie (onder meer: Bouma, Mulder, Lindeboom, & Schmand, 2012; Hendriks, Kessels, Gorissen, Schmand, & Duits, 2014; en specifiek voor kind & jeugd: Swaab, Bouma, Hendriksen & Konig, 2016).

Tabel 5.2: Voorbeelden van cognitieve domeinen en bijbehorende domeinen in de neuropsychologische diagnostiek (gebaseerd op: Bouma et al., 2012; Hendriks et al., 2014).

Cognitief domein	Beschrijving	Voorbeelden van tests
Geheugen en leren	De vaardigheid om nieuwe informatie te verwerven, deze informatie op te slaan voor langere termijn en om eerder opgeslagen informatie terug te halen	Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT); 15 woordentest; Wechsler Memory Scale (WMS-IV-NL); Location Learning Test (LLT)
Executief functioneren	Updaten (werkgeheugen), plannen, monitoren, wisselen en inhibitie van gedrag	Trail Making Test (TMT); Tower of London Test; Wisconsin Card Sorting Test (WCST); Stroop Test; Behavioural Assessment Dysexecutive Syndrome (BADS); Delis-Kaplan Executive Function Test (D-Kefs)
Aandacht en snelheid van informatie-verwerking	Selecteren van relevante informatie, *dual tasking*, het behouden van een bepaalde alertheid en de mentale snelheid waarmee informatie wordt verwerkt	Reactietijdtest, D2, vigilantietaken; Symbool zoeken en Symbool Substitutie uit de WAIS-IV; Bourdon-Wiersma Test
Praxis en motorisch functioneren	Cognitieve functies die ten grondslag liggen aan basale bewegingsfuncties en complexe acties	Pegboard test; Complex Figure Test of Rey; tekentaken
Taal	Communicatievaardigheden, het begrijpen van anderen en verbale expressie	Boston Naming Test; Akense Afasie Test; Woordvloeiendheid Test
Perceptie	Lagere- en hogere-ordeverwerking van visuele, auditieve en tactiele stimuli	Benton Test; Kloklezen; Facial Recognition Test (BFRT); Emotion Recognition Test
Algeheel cognitief functioneren	Screenen op cognitieve achteruitgang, los van een specifiek domein. Intelligentie	Mini Mental State Examination (MMSE); Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG-R); Montreal Cognitive Assessment (MoCA); Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV). Voor kind & jeugd: WPPSI, IDS2, Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentietest (RAKIT2), Raven's Progressive Matrices; Snijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest 2 ½ -7 (SON-R 2,5-7); Snijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest 6-40 (SON-R 6-40)

5.6 Praktijk van het psychodiagnostisch onderzoek

Het psychodiagnostisch proces kent enkele fasen. We onderscheiden de aanmeldingsfase, de uitvoeringsfase, de integratiefase en de adviesfase. De wijze waarop het psychodiagnostisch onderzoek in samenwerking met de cliënt (en aanvrager) vorm krijgt noemen we 'collaboratieve psychodiagnostiek'.

5.6.1 Collaboratieve psychodiagnostiek

Uit de meta-analyse van Poston en Hanson (2010) blijkt dat een expliciet model van samenwerking tussen gz-psycholoog en cliënt leidt tot een significante afname van psychische symptomen en een verbetering van de behandelrelatie. Verder heeft het een positief effect op het beloop van de behandeling. In de beschrijving van de praktijk van psychodiagnostiek hieronder sluiten wij ons aan bij deze wijze van werken. In deze samenwerking wordt overigens ook de aanvrager van een psychodiagnostisch onderzoek, indien aanwezig, nadrukkelijk betrokken.

Deze zeer geïndividualiseerde werkwijze, ontwikkeld door Conny Fischer, wordt 'collaboratieve psychodiagnostiek' genoemd (Fischer, 2000). De diagnostiek richt zich op de vragen en doelen van de cliënt. De oriëntatie is meer gericht op de cliënt en minder op de tests, meer op de cliënt in zijn context dan op zijn diagnose. De inbreng van de cliënt heeft direct effect op de resultaten. De diagnosticus is daarmee in plaats van een louter objectieve onderzoeker een participerende observator geworden. Sterk beïnvloed door Fischer heeft Finn de methodiek *therapeutic assessment* oftewel het therapeutisch psychologisch onderzoek (TPO; De Saeger & Kamphuis, 2011) geïntroduceerd. TPO betreft een collaboratieve, semigestructureerde wijze van geïndividualiseerde klinische psychodiagnostiek (Finn, Fischer, & Handler, 2012). Het TPO-model geeft de gz-psycholoog handvatten om vanuit een therapeutische, empathische grondhouding de cliënt bruikbare informatie te verschaffen, waarmee die vervolgens verandering in zijn leven kan aanbrengen.

5.6.2 Aanmeldingsfase

De eerste fase van het psychodiagnostisch proces is de aanmeldingsfase, die bestaat uit een analyse van de samenwerking en de aanvraag, een analyse van de hulpvraag en een vooruitblik naar het onderzoeksplan.

Analyse van de samenwerking en aanvraag

Door de opkomst van inzichten uit de positieve psychologie en de empowermentbeweging van het herstelgericht denken is de aandacht binnen de diagnostiek verruimd naar het betrekken van de context van de cliënt en naar het belang van samenwerking tussen cliënt en diagnosticus (Franken, Lamers, Ten Kloster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2018; Franken & De Vos, 2018). In het kennismakingsgesprek tussen de gz-psycholoog en de cliënt wordt vanaf het begin nauw samengewerkt en een werkrelatie aangegaan. De cliënt is immers de deskundige

over zichzelf en de gz-psycholoog draagt bij met zijn state-of-the-artkennis van psychodiagnostiek, psychopathologie, therapeutische theorieën en interventies. In deze fase is er ook aandacht voor ethische aspecten, zoals de grenzen van de kennis en expertise van de gz-psycholoog. Is hij bekwaam om de onderzoeksvraag te beantwoorden? Ook aan de orde komt of het gevraagde onderzoek geschikt is om de geformuleerde onderzoeksvragen te beantwoorden. Wanneer er sprake is van een 'aanvrager' van het psychologisch onderzoek, wordt deze direct betrokken. Een aanvraagformulier is daarbij onvoldoende. Belangrijk is om kennis te nemen van de context van de vraagstelling, en te achterhalen in hoeverre cliënt en aanvrager/behandelaar hierover gesproken hebben. Is er sprake van een vraag naar een diagnostisch label, naar een juridische beoordeling, of naar geschiktheid voor een bepaalde baan of een andere maatschappelijke rol? De vraag van de behandelaar komt niet altijd overeen met de vraag van de cliënt. De cliënt heeft een fundamentele behoefte zich erkend en serieus genomen te voelen. Om teleurstellingen (of weerstand) te voorkomen is het belangrijk om zich van al deze zaken bewust te zijn, voordat het psychodiagnostiektraject wordt gestart. Aanvullende dossieranalyse, kennisnemen van het levensverhaal, en zicht krijgen op de huidige situatie en het klachtenbeeld van de cliënt kunnen helpen bij het analyseren van de aanvraag en het definitief vaststellen van de onderzoeksvragen.

In deze eerste fase wordt ook vastgesteld of de indicatie voor diagnostiek een eerste contact met de hulpverlening betreft of dat het gaat om een lopende behandeling met uitblijvend behandelresultaat. Bij nieuwe cliënten zonder enige voorinformatie kan worden volstaan met het stellen van specifieke vragen, terwijl bij anderen uitgebreid onderzoek nodig is. Wanneer na een tot drie maanden na de start van een behandeling gebaseerd op de gepresenteerde klachten deze niet blijkt te werken, wordt aangeraden nader onderzoek te doen (Durham et al., 2005). Psychodiagnostiek kan daarbij leiden tot hernieuwd inzicht in aard en ernst van de psychopathologie, en in eventueel beschermende factoren, en daarmee (langdurige) cognitieve of emotionele over- of ondervraging voorkomen.

Analyse van de hulpvraag

Om te komen tot een onderzoeksplan moet zowel de vraag van de verwijzer als de hulpvraag van de cliënt in het licht van de visie van de gz-psycholoog – op basis van dossieranalyse – worden omgezet in een diagnostische vraag. Daaruit wordt immers duidelijk aan welk soort informatie behoefte is. Volgens het principe van *shared decision making* wordt met de cliënt overlegd welke onderzoeksvragen richting geven aan het onderzoeksplan. Aandacht voor de waarden en

voorkeuren van de cliënt is voor het verdere verloop van het proces noodzakelijk. De vraagstelling kan verschillende doelen hebben:

- Verheldering: 'Hoe moet ik mijn klachten verwoorden?'
- Onderkenning: 'Wat is er met mij aan de hand?'
- Verklaring: 'Waarom is dit met mij aan de hand?'
- Indicatie: 'Hoe kan ik het best geholpen worden?'
- Predictie: 'Hoe gaan mijn problemen zich in de toekomst ontwikkelen?'
- Evaluatie: 'Zijn mijn problemen na interventie voldoende verholpen?'

De gz-psycholoog helpt de cliënt om vragen te herformuleren, zodat ze niet te beperkt zijn (specifiek gericht op een bepaalde stoornis), noch te breed (vaag en gericht op allerlei mogelijke uitkomsten). De gz-psycholoog zorgt ervoor dat de geformuleerde vraagstellingen aansluiten bij de woordkeuze van de cliënt. De uitkomst van de hulpvraaganalyse is een diagnostische vraag, bestaande uit een hoofdvraag en deelvragen, maar kan ook leiden tot het besluit geen verder onderzoek te doen, omdat de vraag niet beantwoord kan worden.

Van aanmelding naar onderzoeksplan

Er wordt gestart met het verzamelen van subjectieve klachten en achtergrondinformatie (onder meer levensverhaal, belangrijke gebeurtenissen en huidige situatie) om hypothesen te kunnen opstellen die helpen om de onderzoeksvragen te beantwoorden. De gz-psycholoog legt uit welke middelen (keuzes voor vragenlijsten, tests of interviews) hij wil inzetten, maar ook wie hij erbij wil betrekken (ouders, partner, andere naasten, enzovoort). Hij legt de aard van de instrumenten uit en motiveert zijn keuzes. In deze fase kan er ook voor worden gekozen om niet alleen functionele diagnostiek, maar ook procesdiagnostiek toe te passen. Hierbij kan bijvoorbeeld een behandelsessie worden nagebootst.

5.6.3 Uitvoeringsfase

Bij het uitvoeren van het onderzoeksplan worden symptomen, klachten en gedragingen in kaart gebracht, maar wordt er ook gekeken naar persoonlijkheidskenmerken, kwetsbaarheden en sterktes, oftewel draaglast en draagkracht. Beseft moet worden dat tekorten kunnen worden toegeschreven aan aanleg, ontwikkelingsaspecten of een toestandsbeeld, en dat deze zaken dynamisch met elkaar interacteren. Om onderzoeksvragen goed te kunnen beantwoorden kijkt de gz-psycholoog niet alleen naar het individu, maar betrekt ook de context erbij. Ouders van de cliënt kunnen worden betrokken voor een ontwikkelingsanamnese, bijvoorbeeld in een onderzoek naar ontwikkelingsstoornissen.

In de uitvoeringsfase neemt de gz-psycholoog tests, vragenlijsten en klinische interviews af, en gebruikt hij klinische (on)gestructureerde observaties (zie tabel 5.2). De gz-psycholoog beschrijft klinische observaties in concrete bewoordingen. Hij vraagt eventueel ook de cliënt observaties over zichzelf gedurende de test, over het materiaal en over de relatie met de therapeut te beschrijven. De tests worden gescoord met gebruik van bij de cliënt passende normen of normgroepen, en geïnterpreteerd op basis van landelijke of internationale richtlijnen, gebruikmakend van wetenschappelijk gefundeerde methoden en technieken.

5.6.4 Integratiefase

Het psychodiagnostisch traject zoals hier beschreven werkt niet zozeer toe naar een classificatie van een of meerdere psychische stoornissen, maar naar een dynamische integratie van de onderzoeksuitkomsten, in relatie tot de persoon van de onderzochte, en naar een gericht behandel- of bejegeningsadvies. De gz-psycholoog streeft naar een empathisch geformuleerde geïndividualiseerde casusformulering. In het integratief beeld worden alle onderzoeksuitkomsten samengevat, gerelateerd aan de hulpvraag en aan de gepresenteerde klachten en problemen. In geval van een onderkennende vraagstelling wordt een stoornis geduid in termen van in aard en ernst geïdentificeerde clusters van gedragingen. In geval van een verklarende vraagstelling worden verklaringen gegeven voor de onderkende problemen, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen problemen die door een bepaalde conditie zijn uitgelokt en problemen die erdoor in stand worden gehouden. Denk daarbij aan individugebonden condities en omgevingscondities. De mate van zekerheid bepaalt hoe stellig er geformuleerd zal worden.

Het gehele psychodiagnostische proces en de uitkomsten ervan worden weergegeven in het onderzoeksverslag. In het verslag beschrijft de gz-psycholoog zowel cliënt- als omgevingsfactoren. Hij geeft zo mogelijk aandacht aan positieve beschermende factoren. Afhankelijk van de aard en hoeveelheid van de vragen wordt ernaar gestreefd om het verslag in maximaal vijf pagina's weer te geven, waarbij tabellen van testuitslagen in de bijlagen kunnen worden opgenomen. De Algemene Standaard Testgebruik van het NIP (NIP, 2017) bevat richtlijnen en informatie over verantwoorde testkeuze en de wijze waarop over een psychologisch onderzoek wordt gerapporteerd.

5.6.5 Adviesfase

In het teruggave- of adviesgesprek bespreekt de gz-psycholoog de uitkomsten van het onderzoek met de cliënt. Hij beschrijft het functioneren van de cliënt ten opzichte van anderen, wat het effect is van bepaalde persoonlijkheidseigenschappen of neuropsychologische vaardigheden op het functioneren, wat de functie van het onderzochte gedrag is, wat geaccepteerd dient te worden en waar mogelijkheden liggen voor realistische verandering. Door de cliënt in het teruggavegesprek naar eigen voorbeelden te vragen bij de gevonden bevindingen, krijgt het gesprek direct een vertaalslag naar de eigen dagelijkse praktijk van functioneren. Het is daarbij belangrijk om qua stijl en woordgebruik aan te sluiten bij de cliënt en om de bevindingen te relateren aan de gemeenschappelijk opgestelde onderzoeksvragen en ze te ankeren in gezamenlijk geobserveerde (test)ervaringen die zijn verzameld tijdens het onderzoek. Het verdient de voorkeur het teruggavegesprek goed voor te bereiden en bij de terugrapportage eerst aan te sluiten bij ideeën en concepten van de cliënt over zichzelf, om daarna meer complexe of divergerende uitkomsten te bespreken. Maak van het adviesgesprek geen monoloog van de kant van de gz-psycholoog, maar ga in gesprek over de uitkomsten. Wanneer een aanvrager of behandelaar betrokken is, verdient het de voorkeur deze actief bij het adviesgesprek te betrekken.

De kans dat de cliënt zich niet (direct) herkent in de bevindingen blijft aanwezig. Hij heeft zich immers lang vastgehouden aan een eigen verklaringsmodel. Een nieuw, alternatief verklaringsmodel heeft tijd nodig om geïntegreerd te kunnen worden. Het adviseren behelst daarom soms meer dan één gesprek. Op die manier kan expliciet ruimte worden gemaakt om te reflecteren op wat er is besproken. Ook kan dan de tijd genomen worden om een verstrekt psychodiagnostisch onderzoeksverslag te corrigeren op feitelijke onjuistheden. Ook het recht op het blokkeren van het versturen van de rapportage aan de verwijzer dient in deze fase besproken te worden.

5.7 Psychodiagnostiek aan de hand van een casus

Ter illustratie van hoe een psychodiagnostisch proces kan verlopen, wat de verschillende fasen en aspecten erin zijn, en welke rol de gz-psycholoog speelt, volgt in deze paragraaf een casusbeschrijving. De casus is beschreven in highlights, en belicht de keuzes en stappen die de betreffende gz-psycholoog heeft gemaakt tijdens zijn psychodiagnostiek.

Casus: Karel

Karel is een 22-jarige man. Hij woont op kamers in een studentenstad en is ingeschreven bij een hbo-opleiding. Karel is na intake bij een reguliere specialistische ggz-instelling in behandeling gekomen bij het programma 'depressie'. Bij intake werd de MINI gebruikt om ernst en aard van zijn psychische stoornissen in kaart te brengen, waarbij volgens de CASE-methodiek (Shea, 1998) suïcidaliteit werd uitgevraagd. Karels klachten werden geclassificeerd als een depressieve stoornis, recidiverende episode, matig ernstig. Enkele jaren geleden was met behulp van de DIVA 2.0 en een ontwikkelingsanamnese aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) vastgesteld. Zijn recente behandeling bestond uit een combinatie van cognitieve gedragstherapie en een antidepressivum. Hoewel de meest ernstige depressieve symptomen verminderd zijn, blijft er sprake van interpersoonlijke problemen (vermijden van contacten, terugtrekken op zijn kamer) en komt hij er niet toe zijn studie op te pakken.

Karel komt uit een gezin met vader en moeder, en heeft één jongere broer en één jongere zus. Op de middelbare school werd hij gepest en uitgesloten. Hij is enkele malen van school gewisseld, waarbij hij ook van schoolniveau wisselde (van vwo naar havo).

Vraagstelling

De behandelaar van Karel vraagt in overleg met hem een psychologisch onderzoek aan. Zij zouden graag een advies willen voor een passende indicatie voor vervolgbehandeling. Naast de genoemde interpersoonlijke problemen is er sprake van rigiditeit in het denken en vermijdt Karel oogcontact met de behandelaar. De behandelaar vraagt zich af of er sprake is van een autismespectrumstoornis (ASS), dan wel van een verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid. Hij laat Karel de Autisme Questionnaire (AQ) invullen, een screeningsvragenlijst voor autismespectrumstoornissen. Hieruit komt naar voren dat de scores van Karel boven de *cutoff* vallen.

Bij aanvang van het psychologisch onderzoek vertelt Karel dat hij nieuwsgierig is naar de resultaten van het onderzoek. Hij geeft desgevraagd aan dat hij wil weten waarom hij steeds vastloopt in zijn leven, en waarom contacten met studiegenoten en vrienden niet soepel verlopen. Na het uitspreken van een vermoeden van ASS door zijn behandelaar, heeft Karel op internet informatie over autisme opgezocht. Hij herkent zich in de kenmerken die horen bij ASS. Hij zou graag willen dat hier onderzoek naar wordt gedaan.

Opzet onderzoek

De diagnosticus besluit naar aanleiding van de vragen de volgende domeinen (zie tabel 5.2) te onderzoeken:

- *Onderkennend*: het domein van klinische symptomen. Meetinstrument: dossieronderzoek (waaronder het intakeverslag en eerder onderzoek naar ADHD), algemene autoanamnese, specifiek semigestructureerd interview voor een ASS (NIDA of DSM-5-interview voor ASS), ontwikkelingsanamnese met ouders (conform: *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek bij ASS*; Kan et al., 2013).

- *Verklarend*: het cognitieve domein door middel van een intelligentieonderzoek, vanwege de wisselingen in schoolniveau en de genoemde studieproblemen. Meetinstrument: WAIS-IV.
- *Verklarend*: de domeinen van aard van persoonlijkheidstrekken en ernst van persoonlijkheidsfunctioneren. Meetinstrumenten: STiP5.1-interview (ernst) en een vragenlijst uit het domein van de persoonlijkheidstrekken (DAPP-BQ).

Uitkomsten

Uit de autoanamnese komen klachten en symptomen naar voren zoals eerder beschreven. De depressieve stoornis is op het moment van onderzoek in remissie.

Uit het interview om de symptomen van een ASS te beoordelen blijkt dat Karel veel moeite heeft in de sociale interactie. Zijn problemen betreffen echter niet zozeer een gebrek aan vaardigheid, als wel interpersoonlijke angst en onzekerheid. Dat hij wegkijkt in plaats van oogcontact te maken, blijkt gebaseerd op onzekerheid en schaamtegevoelens. Hij heeft weinig vrienden over, terwijl die er op de basis- en middelbare school altijd wel waren. Hij heeft een intrinsieke behoefte aan sociale contacten. Hij heeft vrienden verloren, omdat hij zich gaandeweg is gaan terugtrekken op zijn kamer. Er worden geen stereotiepe of herhalende bewegingen of interesses gerapporteerd. Karel heeft veel moeite met verandering, maar dit blijkt vooral de laatste jaren het geval. Als klein jongetje was hij een impulsieve en nieuwsgierige spring-in-'t-veld. Er zijn lichte gevoeligheden voor licht en geluid, die zijn verminderd sinds het opklaren van de sombere stemming. Samengevat geven autoanamnese en de afgenomen ontwikkelingsanamnese met ouders geen aanleiding om een verstoorde ontwikkeling binnen het autismespectrum te veronderstellen. De genoemde problemen in Karels ontwikkeling zijn te begrijpen vanuit de eerder geclassificeerde ADHD.

Uit het intelligentieonderzoek komt een disharmonisch profiel naar voren. Verbaal Begrip Index en Perceptueel Redeneren Index zijn gemiddeld tot bovengemiddeld, conform verwachting gegeven zijn hbo-opleiding, maar de subtest Informatie blijft achter. Op de indexen Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid van de WAIS-IV scoort Karel significant lager, bovendien is de Werkgeheugen Index intern inconsistent.

Het onderzoek naar Karels persoonlijkheidsfunctioneren met de STiP5.1 toont een matig ernstig tot ernstig disfunctioneren binnen de domeinen Identiteit en Zelfsturing. Het zelfbeeld is laag: hij is erg zelfkritisch; gevoelens van schaamte spelen snel op bij (vermeende) negatieve beoordeling. Hij heeft doel en richting in zijn leven verloren. Op het domein Empathie geeft hij blijk van een overmatige afstemming op de ander. Zijn disfunctioneren binnen nabije relaties (domein Intimiteit) is matig ernstig. Scores zijn zodanig dat een matig ernstige persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd kan worden. Het profiel van persoonlijkheidstrekken gemeten met de DAPP-BQ is als volgt: verhoogde scores op de dimensies Zorgelijkheid (basale angst en spanning, en piekeren), Sociale Vermijding (gereserveerdheid, gebrek aan initiatief in sociale contacten) en Intimiteitsproblemen (vermijden van hechte of romantische relaties), hetgeen past bij een internaliserende persoonlijkheidsdynamiek. Daarbij scoort Karel verhoogd op enkele andere

5.8 Tot slo

dimensies: Identiteit (instabiel zelfbeeld, gevoelens van leegte), Behoefte aan prikkels (impulsief handelen, problemen met plannen) en Passieve agressiviteit (koppigheid, passief verzet tegen verwachtingen en het uitvoeren van alledaagse levenstaken).

Samenvatting en indicatie
Uit het psychologisch onderzoek komen de volgende bevindingen naar voren. De depressieve stoornis is in remissie. Er is mentale ruimte voor het aangaan van een vervolgbehandeling. Ontwikkelingsproblematiek is te classificeren als ADHD, zoals eerder vastgesteld, en niet vanuit een autismespectrumstoornis. Zijn intellectuele profiel toont een niveau passend bij zijn opleiding. Er zijn aanwijzingen voor problemen in de aandacht, die zouden kunnen samenhangen met zijn depressieve klachten of ADHD. Symptomen die in het klinische contact een ASS deden vermoeden (vermijden van oogcontact, problematische interacties) blijken begrijpelijk te zijn vanuit een verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid, mogelijk op basis van pestervaringen, waardoor Karel moeite had om zich te verbinden met leeftijdgenoten. Ook de wisselingen in scholen droegen daar niet in positieve zin aan bij. De aard van de persoonlijkheidsdynamiek is internaliserend (angstig, schaamtevol, contacten vermijdend), en wordt gecompliceerd door impulsief gedrag en indirect verzet.

Karel krijgt het advies om een vervolgbehandeling aan te gaan die meer persoonsgericht is. Daarnaast wordt geadviseerd om bij zijn opleiding studiebegeleiding aan te vragen ten aanzien van zijn aandachts- en planningsproblemen.

5.8 Tot slot

Psychodiagnostiek behoort tot de kerncompetenties van de gz-psycholoog en kent een rijke traditie in ons vak. Een psychologisch onderzoek geeft op soms cruciale momenten in iemands behandeling zinnige antwoorden op diagnostische vragen. Het kan iets toevoegen aan indicatiestellingen, behandelingen weer vlot trekken of de behandelfocus verleggen (ook naar het beëindigen van specifieke behandelingen). In dit hoofdstuk kwam naar voren dat de gz-psycholoog zijn klinisch oordeel ondersteunt met een multimethodische, systematische aanpak van onderzoek en een multiconceptuele interpretatie van onderzoeksgegevens. Psychodiagnostisch onderzoek komt het best uit de verf door een collaboratieve aanpak, waarbij gz-psycholoog en cliënt effectief samenwerken.