

Klinische psychologie

Diagnostiek en behandeling



Noordhoff

Viviane Thewissen,
Francine Dehue, Nicole Gunther,
Simone de la Rie, Susan van Hooren (red.)

4^e editie

Klinische psychologie

Diagnostiek en behandeling

Viviane Thewissen, Francine Dehue, Nicole Gunther, Simone de la Rie,
Susan van Hooren (red.)

Met medewerking van:

Nathan Bachrach, Nynke Boonstra, Odette Brand-de Wilde, Erik ten Broeke,
Stynke Castelein, Farid Chakhssi, Marieke Dewitte, Anton Hafkenscheid,
Colin van der Heiden, Paul van der Heijden, Cécile Henquet, Evelyn Heynen,
Eva de Hullu, Rafaële Huntjens, Nele Jacobs, Caroline Jakimowicz,
Anita Jansen, Bea Jogems-Kosterman, Ruud Jongedijk, Manja Koenders,
Sandra Kooij, Moniek ter Kuile, Lotte Lemmens, Maarten Merx,
Sandra Mulkens, Patricia van Oppen, Sanne Peeters, Marieke Pijnenborg,
Rudolf Ponds, Inez Ramakers, Ellen Reijmers, Jennifer Reijnders,
Jeffrey Roelofs, Corine de Ruiter, Hilde de Saeger, Grietje Schaap,
Agnes Scholing, Ellin Simon, Annelies Spek, Philip Spinhoven,
Ingrid Verbeek, Henny Visser, Sako Visser, Irene van Vliet,
Nic van der Wee, Reinout Wiers

Vierde editie
Noordhoff

Ontwerp omslag: Michiel Uilen

Omslagillustratie: Michiel Uilen en MaksTRV

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.

De informatie in deze uitgave is uitsluitend bedoeld als algemene informatie. Aan deze informatie kunt u geen rechten of aansprakelijkheid van de auteur(s), redactie of uitgever ontlelen.



Wij maken bij Noordhoff sinds 2009 bewust keuzes om onze impact op het klimaat te verkleinen. We volgen de klimaatdoelen van het Klimaatakkoord van Parijs. Scan de QR-code voor meer informatie over ons duurzaamheidsbeleid.

Zo is dit product gemaakt van FSC®-gecertificeerd papier en ander gecontroleerd materiaal. Wij gebruiken plantaardige inkt en onze lijmen zijn op waterbasis en afbreekbaar. Hierdoor is dit product goed te recycleren na gebruik.



0 / 26

© 2026 Noordhoff Uitgevers bv, Groningen/Utrecht, The Netherlands

Alle rechten voorbehouden. Tekst- en datamining niet toegestaan.

All rights reserved. Text and data mining not permitted.

ISBN(ebook) 978-90-01-03943-1

ISBN 978-90-01-03942-4

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 Het doel van psychodiagnostiek 17
- 1.2 De diagnostische cyclus 19
- 1.3 Psychodiagnostisch onderzoek in de praktijk 34
- 1.4 Tot besluit 35
- Samenvatting 36
- Literatuurlijst 38

2 Indicatiestelling 41

Viviane Thewissen, Simone de la Rie, Sako Visser en Agnes Scholing

- 2.1 Indiceren naar generalistische en specialistische teams 43
- 2.2 Modellen van indicatiestelling 45
- 2.3 Kwaliteiten en rol van de indicatiesteller 47
- 2.4 Indicatiestelling: een stapsgewijs besluitvormingsproces 48
- 2.5 Keuzen in indicatiestelling 50
- 2.6 Indicatie en contra-indicatie 56
- 2.7 Tot besluit 58
- Samenvatting 60
- Literatuurlijst 62

3 De classificatie voorbij 67

Paul van der Heijden en Hilde de Saeger

- 3.1 Stoornisspecifieke benadering 69
- 3.2 Transdiagnostische benaderingen 72
- 3.3 Therapeutisch Psychologisch Onderzoek 88
- 3.4 Tot besluit 91
- Samenvatting 92
- Literatuurlijst 94

DEEL 2 DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VANUIT VERSCHILLENDE THEORETISCHE BENADERINGEN 101

4 Psychodynamische benadering 103

Cécile Henquet en Simone de la Rie

- 4.1 Basisprincipes en werkingsmechanismen 105
- 4.2 Diagnostiek 111
- 4.3 Behandeling 115
- 4.4 Effectiviteit 125
- 4.5 Tot besluit 127
- Samenvatting 129
- Literatuurlijst 131

5 Persoonsgerichte experiëntiële benadering 137

Anton Hafkenscheid

- 5.1 Basisprincipes en werkingsmechanismen 139
- 5.2 Diagnostiek 142
- 5.3 Behandeling 144
- 5.4 Effectiviteit 154
- 5.5 Tot besluit 156
- Samenvatting 159
- Literatuurlijst 161

6 Cognitief gedragstherapeutische benadering 167

Lotte Lemmens en Jeffrey Roelofs

- 6.1 Basisprincipes en werkingsmechanismen 169
- 6.2 Diagnostiek 178
- 6.3 Behandeling 188
- 6.4 Effectiviteit 201
- 6.5 Tot besluit 202
- Samenvatting 204
- Literatuurlijst 206

7 Systemische benadering 213

Ellen Reijmers

- 7.1 Basisprincipes en werkingsmechanismen 215
- 7.2 Diagnostiek 222
- 7.3 Behandeling 226
- 7.4 Effectiviteit 236
- 7.5 Tot besluit 237
- Samenvatting 239
- Literatuurlijst 241

8	Positief-psychologische benadering	247
	<i>Jennifer Reijnders, Nele Jacobs en Sanne Peeters</i>	
8.1	Basisprincipes en werkingsmechanismen	249
8.2	Diagnostiek	253
8.3	Behandeling	258
8.4	Effectiviteit	271
8.5	Tot besluit	274
	Samenvatting	276
	Literatuurlijst	278
9	Behandeling vanuit een neurobiologische benadering	285
	<i>Irene van Vliet en Nic van der Wee</i>	
9.1	Basisprincipes en werkingsmechanismen	287
9.2	Behandeling	292
9.3	Tot besluit	313
	Samenvatting	315
	Literatuurlijst	317

DEEL 3 DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING BIJ VERSCHILLENDE VORMEN VAN PSYCHOPATHOLOGIE 321

10	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen	323
	<i>Sandra Kooij, Annelies Spek en Ellin Simon</i>	
10.1	Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis	325
10.2	Autismespectrumstoornissen	337
10.3	Tot besluit	345
	Samenvatting	347
	Literatuurlijst	349
11	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	357
	<i>Nynke Boonstra, Stynke Castelein en Marieke Pijnenborg</i>	
11.1	Klinisch beeld	359
11.2	Diagnostiek	359
11.3	Behandeling	367
11.4	Tot besluit	380
	Samenvatting	381
	Literatuurlijst	383

12 Depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen 393

Manja Koenders

- 12.1 Klinisch beeld 395
- 12.2 Diagnostiek 397
- 12.3 Behandeling 404
- 12.4 Tot besluit 413
- Samenvatting 414
- Literatuurlijst 416

13 Angststoornissen 423

Colin van der Heiden en Erik ten Broeke

- 13.1 Klinisch beeld 425
- 13.2 Diagnostiek 426
- 13.3 Behandeling 429
- 13.4 Tot besluit 444
- Samenvatting 446
- Literatuurlijst 448

14 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 455

Henny Visser en Patricia van Oppen

- 14.1 Klinisch beeld 457
- 14.2 Diagnostiek 458
- 14.3 Behandeling 466
- 14.4 Tot besluit 474
- Samenvatting 475
- Literatuurlijst 477

15 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen 483

Simone de la Rie en Ruud Jongedijk

- 15.1 Klinisch beeld 485
- 15.2 Diagnostiek 487
- 15.3 Behandeling 490
- 15.4 Tot besluit 498
- Samenvatting 499
- Literatuurlijst 501

16 Dissociatieve stoornissen 507

Nathan Bachrach en Rafaële Huntjens

- 16.1 Klinisch beeld 509
- 16.2 Diagnostiek 511
- 16.3 Behandeling 516
- 16.4 Tot besluit 530
- Samenvatting 532
- Literatuurlijst 534

17 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen 545

Moniek ter Kuile en Philip Spinhoven

17.1 Klinisch beeld 547

17.2 Diagnostiek 548

17.3 Behandeling 553

17.4 Tot besluit 567

Samenvatting 568

Literatuurlijst 570

18 Voedings- en eetstoornissen 579

Sandra Mulkens en Anita Jansen

18.1 Klinisch beeld 581

18.2 Diagnostiek 582

18.3 Behandeling 589

18.4 Tot besluit 597

Samenvatting 599

Literatuurlijst 601

19 Slaap- en waakstoornissen 609

Ingrid Verbeek en Caroline Jakimowicz

19.1 Insomniastoonis 611

19.2 Nachtmerriestoonis 623

19.3 Circadianeritme-slaap-waakstoornissen 626

19.4 Tot besluit 630

Samenvatting 632

Literatuurlijst 634

20 Seksuele stoornissen 641

Marieke Dewitte

20.1 Seksuele disfuncties 643

20.2 Genderdysforie 655

20.3 Parafiele stoornissen 660

20.4 Tot besluit 664

Samenvatting 667

Literatuurlijst 669

21 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen 677

Evelyn Heynen, Farid Chakhssi, Grietje Schaap en Corine de Ruiter

21.1 Klinisch beeld 679

21.2 Diagnostiek 682

21.3 Behandeling 687

21.4 Tot besluit 694

Samenvatting 696

Literatuurlijst 698

22 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen 705

Reinout Wiers en Maarten Merx

22.1 Klinisch beeld 707

22.2 Diagnostiek 708

22.3 Behandeling 712

22.4 Tot besluit 724

Samenvatting 726

Literatuurlijst 728

23 Neurocognitieve stoornissen 737

Inez Ramakers en Rudolf Ponds

23.1 Klinisch beeld 739

23.2 Diagnostiek 741

23.3 Behandeling 751

23.4 Tot besluit 756

Samenvatting 758

Literatuurlijst 760

24 Persoonlijkheidsstoornissen 767

Odette Brand-de Wilde

24.1 Klinisch beeld 769

24.2 Diagnostiek 769

24.3 Behandeling 774

24.4 Tot besluit 785

Samenvatting 787

Literatuurlijst 789

Over de auteurs 795

Illustratieverantwoording 804

Register 805

Inleiding

Doel van dit boek

Dit boek biedt een overzicht van het huidige werkveld van de klinische psychologie, met speciale aandacht voor de diagnostiek en behandeling van psychische problemen. Diagnostiek en behandeling worden besproken vanuit diverse therapeutische benaderingen en in de context van verschillende psychische aandoeningen. Het boek is vooral bedoeld voor studenten van wo- en hbo-instellingen 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, vaktherapie, sociaalpedagogische hulpverlening of maatschappelijk werk en dienstverlening. Verder is het boek een up-to-date naslagwerk voor degenen die momenteel de postdoctorale beroepsopleiding tot GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch (neuro)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 van der Molen, Francine Dehue, Viviane Thewissen, Nicole Gunther en Susan van Hooren (2023). Dat boek bespreekt de belangrijkste theoretische benaderingen, classificatiesystemen en methoden van diagnostiek in de klinische psychologie en geeft een uitgebreide beschrijving van diverse vormen van psychopathologie. Deze stof werd bij het opstellen van dit tweede boek als basiskennis verondersteld. Het kennen van het boek *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* is echter geen noodzakelijke voorwaarde om de inhoud van dit tweede boek te kunnen volgen.

Inhoud van dit boek

Dit boek bestaat uit drie delen. Het eerste deel 'Kadering van diagnostiek en behandeling' beschrijft de processen van diagnosticeren en indiceren van cliënten. Het tweede deel 'Diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen' beschrijft hoe diagnostiek en behandeling vorm krijgen binnen verschillende theoretische kaders. In het derde deel 'Diagnostiek en behandeling bij verschillende vormen van psychopathologie' staan de diagnostiek en behandeling bij een groot aantal verschillende psychische aandoeningen centraal.

Dit boek is tot stand gekomen op initiatief en onder redactie van de faculteit Psychologie van de Open Universiteit. De hoofdstukken in dit boek zijn geschreven door experts met diepgaande kennis van de thema's die zij beschrijven. Sommige auteurs zijn actief in de klinische praktijk, anderen zijn primair werkzaam binnen onderzoek en onderwijs. Allen brengen zij een wetenschappelijk onderbouwde visie op hun onderwerp in. Dit komt onder meer tot uiting in de onderbouwing van behandelingen met recent en relevant wetenschappelijk onderzoek, de beschrijving van de effectiviteit hiervan, en het gebruik van representatieve casuïstiek en concrete praktijkvoorbeelden.

Wijzigingen ten opzichte van de derde editie

Bij elke nieuwe editie streeft de redactie ernaar om aan te sluiten bij de actuele ontwikkelingen in zowel de wetenschap als de klinische praktijk. Dit komt tot uiting in de zorgvuldige selectie van auteurs die beschikken over up-to-date expertise en in de keuze van de thema's die in het boek aan bod komen. In deze editie wordt regelmatig verwezen naar de meest recente zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen, om zo een brug te slaan tussen wetenschappelijke inzichten en richtlijnen voor de praktijk. Daarnaast ligt in deze editie, sterker dan in voorgaande edities, de nadruk op de theoretische basisprincipes en de veronderstelde onderliggende werkingsmechanismen van behandelmethoden. Deze verdieping draagt bij aan een beter begrip van het waarom achter therapeutische interventies. Deze vierde editie is gebaseerd op het huidige classificatiesysteem voor psychische aandoeningen: de DSM-5-TR. Dit systeem biedt een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van psychische aandoeningen binnen de klinische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek. Tegelijkertijd groeit de kritiek op het strikt categoriale karakter van deze classificatie. Om recht te doen aan deze kritiek en aan recente inzichten, wordt in deel 1 uitgebreid aandacht besteed aan geïntegreerde, transdiagnostische benaderingen voor het beschrijven en begrijpen van psychische klachten en symptomen (zie hoofdstuk 3 'De classificatie voorbij'). Ook in deel 3 is deze ontwikkeling nu doorgevoerd: in de afzonderlijke hoofdstukken is er meer ruimte voor transdiagnostische processen en worden interventies en behandelprotocollen besproken die vanuit een transdiagnostisch perspectief zijn ontwikkeld.

Ten opzichte van de vorige editie zijn er twee nieuwe hoofdstukken toegevoegd. In deel 2 is een hoofdstuk opgenomen over de positief-psychologische benadering, waarin de focus ligt op het bevorderen van welbevinden en persoonlijke groei. In deel 3 is een hoofdstuk toegevoegd over neurobiologische ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen, waarin actuele kennis over diagnostiek en behandeling van de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en autismespectrumstoornissen centraal staat.

Ook vanuit didactisch oogpunt zijn er enkele aanpassingen doorgevoerd. Zo is er meer consistentie aangebracht tussen de hoofdstukken en in deel 2 en deel 3 zijn de hoofdstukken opgebouwd volgens een vaste structuur met terugkerende paragrafen en kopjes.

Daarnaast is er in deze editie bewust aandacht besteed aan inclusief taalgebruik, met als doel een bredere groep lezers te laten aansluiten bij de terminologie die in het boek wordt gehanteerd. De keuze voor het gebruik van termen als 'cliënt' of 'patiënt' om personen aan te duiden die psychologische hulp krijgen, hebben we overgelaten aan de individuele auteurs, in aansluiting op hun specifieke invalshoek en doelgroep.



Studiemeister

Bij deze editie van *Klinische psychologie: Diagnostiek en behandeling* hoort een website: www.studiemeister.noordhoff.nl. Deze website biedt uitgebreide digitale ondersteuning bij dit boek in de vorm van samenvattingen, slides, cases, opdrachten en interactieve toetsvragen.

Dankwoord

Wij zijn de auteurs zeer erkentelijk voor hun waardevolle bijdragen en de plezierige samenwerking bij de totstandkoming van deze editie. Daarnaast willen we graag onze dank uitspreken aan de oud-redactieleden: Ellin Simon, Eva de Hullu, Guus Smeets en wijlen Henk van der Molen, die hebben meegewerkt aan de derde editie; Arjan Bos en Peter Muris verantwoordelijk voor de tweede editie; en Arnoud Arntz en Susan Bögels die 25 jaar geleden aan de wieg stonden van de allereerste uitgave van dit boek. Ook Trijnnet Oomkens en Sharyn Moesman van Noordhoff willen we bedanken voor de prettige samenwerking. Een speciaal woord van dank spreken we uit aan Daan Schetselaar en Nicole Vogelzangs, die met grote zorg en deskundigheid de taalkundige redactie op zich hebben genomen. Tot slot bedanken we Doortje Linssen en Sarah Kochs voor hun nauwgezette controle en correctie van de APA-7-notatiestijl in alle hoofdstukken.

Heerlen, december 2025

Viviane Thewissen
Francine Dehue
Nicole Gunther
Simone de la Rie
Susan van Hooren

Waar komt de cliënt vandaan en waar kan de cliënt naartoe? Deze vraag heeft een psycholoog in gedachten bij elke nieuwe cliënt. Deel 1 schetst het kader voor de diagnostiek van cliënten en voor het besluitvormingsproces dat leidt tot een passende behandeling. Dit deel start met een hoofdstuk over psychodiagnostiek in de klinische praktijk volgens de diagnostische cyclus van De Bruyn et al. (hoofdstuk 1). Als de psycholoog met psychodiagnostisch onderzoek een goed beeld van de cliënt heeft verworven, ondersteunt deze de cliënt tijdens de indicatiestelling naar de behandelvorm die het beste aansluit bij diens problematiek (hoofdstuk 2). Deel 1 wordt afgesloten met een hoofdstuk over geïntegreerde, transdiagnostische benaderingen voor het beschrijven en begrijpen van psychische klachten en symptomen (hoofdstuk 3). Dit eerste deel biedt de lezer de nodige achtergrond om de hoofdstukken over diagnostiek en behandeling vanuit verschillende theoretische benaderingen (deel 2) en bij verschillende vormen van psychopathologie (deel 3) vanuit een overstijgend perspectief te bezien.

Deel

1

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | Psychodiagnostiek | 15 |
| 2 | Indicatiestelling | 41 |
| 3 | De classificatie voorbij | 67 |

Kadering van diagnostiek en behandeling



Psychodiagnostiek

Eva de Hullu, Bea Jogems-Kosterman en Ellin Simon

Als een psycholoog een cliënt voor het eerst ontmoet in het kader van psychodiagnostisch onderzoek komen er verschillende vragen op. Wie is deze cliënt? Waarom meldt deze zich juist nu aan? Wat speelt er op dit moment? Waar liggen de moeilijkheden en wat zijn de sterke punten? Wat heeft deze cliënt al geprobeerd en wat is nu de hulpvraag?

Psychodiagnostisch onderzoek betekent dat de psycholoog deze vragen zorgvuldig en systematisch beantwoordt. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de psycholoog vanuit de diagnostische cyclus van De Bruyn et al. (2003) het psychodiagnostisch onderzoek zo vormgeeft dat het aansluit bij de behoeften van de cliënt en aanvrager, gebruikmaakt van wetenschappelijke kennis en ingebed is in de klinische praktijk.

1

- 1.1 Het doel van psychodiagnostiek 17
- 1.2 De diagnostische cyclus 19
- 1.3 Psychodiagnostisch onderzoek in de praktijk 34
- 1.4 Tot besluit 35

OPENINGSCASUS FINN | Innerlijke onrust

‘Het is alsof mijn hoofd nooit stopt met malen’ zegt Finn (26), terwijl hij met zijn hand door zijn haar strijkt. ‘Ik ben al een jaar clean van het blowen, maar de rust die ik zocht, heb ik nog steeds niet gevonden.’ Finn is in behandeling bij een specialistische instelling voor verslavingspsychiatrie. Toen hij anderhalf jaar geleden werd aangemeld door de huisarts, kampte hij met een forse cannabisverslaving en was hij heel wantrouwend naar mensen in autoritaire posities, zoals docenten. Om die reden was hij ook gestopt met zijn opleiding. Hij was altijd al veel op zichzelf gericht, maar in die periode

verloor hij het contact met andere mensen helemaal. Een opname in de kliniek volgde. Het wantrouwen is door de opname gezakt en hij heeft al vier maanden geen cannabis gebruikt. Hij worstelt echter nog dagelijks met intense innerlijke onrust, vooral in sociale situaties.

Tijdens het gesprek valt op hoe bedachtzaam Finn antwoordt op vragen. Hij lijkt elk woord zorgvuldig te wegen voordat hij spreekt. Als de behandelaar dit benoemt, grijnst Finn verlegen. ‘Ja, dat doe ik altijd. Ik ben constant bang om iets verkeerd te zeggen.’

1.1 Het doel van psychodiagnostiek

Psychodiagnos-
tisch onderzoek

Psychodiagnos-
tisch onderzoeker

Zorgstandaard
Diagnostiek

Tijdens psychodiagnostisch onderzoek voert een psycholoog in de rol van psychodiagnostisch onderzoeker onderzoeksgesprekken, neemt psychologische interviews, vragenlijsten en tests af, en merkt op wat er in het gedrag van de cliënt opvalt. Vanuit deze informatie vormt de psycholoog een veelzijdig beeld van de cliënt waarin de klachten, sterke kanten en beperkingen in persoonlijkheid, intelligentie, neuropsychologische factoren en coping geïntegreerd worden. Vanuit dat beeld kijkt de psycholoog samen met de cliënt naar de mogelijkheden tot herstel. Goed psychodiagnostisch onderzoek sluit aan bij de kwaliteitsindicatoren uit de zorgstandaard Diagnostiek (Akwa GGZ, 2023) en omvat onder andere gezamenlijke besluitvorming, samenwerking met de cliënt, aandacht voor naasten, transparantie en evaluatie.

Indicaties voor uitgebreid onderzoek

Vaak zijn het onderzoeksgesprek en de (gedrags)observaties voldoende om over te kunnen gaan tot behandeling. Een uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek is dan ook niet voor elke cliënt in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig. Dit vindt vooral plaats als het vanuit de behoefte van de cliënt en/of behandelaar wenselijk is om de klachten en problemen van een cliënt zorgvuldig en in samenhang te onderzoeken. Het onderzoek kan leiden tot een beter begrip van de klachten, complexe comorbiditeit, de differentiaaldiagnostiek en transdiagnostische factoren, en daardoor helpen bij het indiceren van een gepaste behandeling of om een vastgelopen behandeling weer vlot te trekken.

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 zijn toe te schrijven aan het intelligentieniveau, ontwikkelingsproblematiek, persoonlijkheidskenmerken of cognitief (dis)functioneren.
- Wanneer een cliënt al meerdere (psychologische) behandelingen heeft doorlopen 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 behandelmogelijkheden beperken. 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 of ontwikkelingsproblematiek. Het psychologisch onderzoek kan dan bijdragen aan de onderbouwing van deze keuze en tevens adviezen genereren voor de verdere invulling van de behandeling.

Meer dan classificeren

Psychodiagnostiek overstijgt het beschrijven van de klachten en het stellen van een DSM-classificatie. Bij het psychodiagnostisch proces speelt namelijk het opstellen en toetsen van een verklarende hypothese een prominente rol. Een psychodiagnostisch onderzoeker wil het hele beeld compleet maken, als een puzzel die steeds duidelijker wordt naarmate er meer stukjes passen. Als duidelijk is welke factoren (bijvoorbeeld temperament, persoonlijkheid, intelligentie, aandacht, geheugen, coping) een rol spelen in de problematiek, kan via de indicatiestelling de interventie worden gekozen die past bij de (hypothetische) oorzakelijke of instandhoudende factoren.

Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van problematische interpersoonlijke patronen, zoals terugkerende problemen in relaties, zowel privé als op het werk, kan een traject worden ingezet om de mogelijkheid van een persoonlijkheidsstoornis te onderzoeken. Met een gestructureerd interview kunnen dan de DSM-5-TR-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen worden uitgevraagd, er kan een heteroanamnese met partner of familie plaatsvinden, en er kunnen aanvullend persoonlijkheidsvragenlijsten, gedragsobservaties en tests voor emotieregulatie worden afgenomen. Dit leidt tot een uitgebreide rapportage waarin zowel een beschrijving van het klachtenbeeld is opgenomen, als de ontwikkelingsgeschiedenis, persoonlijkheidsstructuur, interpersoonlijke patronen en copingstijlen. Deze verdiepende psychodiagnostiek geeft richting aan de behandeling en de omgang met de cliënt, bijvoorbeeld door te kiezen voor een specifieke vorm van psychotherapie die aansluit bij de geïdentificeerde persoonlijkheidsproblematiek (Vuijk & Eurelings-Bontekoe, 2016).

Psychodiagnostiek in verschillende settings

Dit hoofdstuk richt zich primair op de psychodiagnostiek bij volwassenen binnen de reguliere ggz, in lijn met de klinische focus van dit handboek. Psychodiagnostiek wordt echter ook in andere contexten toegepast. Zo kan het plaatsvinden in een forensische setting, waar onderzoek wordt verricht omdat de rechtbank wil bepalen of een verdachte verantwoordelijk kan worden gehouden voor een ten laste gelegd delict. Hierbij staan de vragen centraal of het gedrag van de verdachte tijdens het delict werd beïnvloed door een psychische aandoening of beperking, en welke maatregelen nodig zijn om herhaling te voorkomen.

Psychodiagnostiek wordt ook ingezet bij de selectie van personeel en studenten om de geschiktheid van kandidaten voor een bepaalde functie of opleiding te onderzoeken. De psychodiagnostisch 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.

Theoretische benaderingen van psychodiagnostiek

Zoals in de volgende hoofdstukken in dit boek naar voren komt, kan psychodiagnostiek binnen de klinische setting vanuit verschillende invalshoeken worden benaderd, afhankelijk van het theoretisch kader. Hoofdstuk 3 (De classificatie voorbij) gaat in op transdiagnostische benaderingen van psychopathologie (zoals HiToP en RDoC) en behandelt het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek (TPO) als alternatief voor traditionele psychodiagnostiek. Binnen de psychodynamische benaderingen (hoofdstuk 4) is het uitgangspunt van diagnostiek dat klachten en problemen ontstaan in de wisselwerking tussen de ervaring van de cliënt, diens aanleg en de context waarin die is opgegroeid. Om recht te doen aan deze wisselwerking wordt de psychodiagnostiek vanuit verschillende assen (persoonlijkheid, mentaal functioneren, klachten en symptomen) uitgewerkt. De persoonsgerichte experiëntiële benadering (hoofdstuk 5) kent in principe geen diagnostiek als losstaande fase, maar integreert diagnostiek in de behandeling. Binnen de cognitieve gedragstherapie (hoofdstuk 6) speelt de (DSM-)classificatie vaak een rol als het gaat om de keuze van een evidence-based behandelprotocol en kan een gestructureerde probleemanalyse de insteek van een behandeling ondersteunen. De systemische benadering (hoofdstuk 7) legt de nadruk op het proces en maakt onderscheid tussen eerste-orde-diagnostiek (de aanvankelijke diagnose) en tweede-ordediagnostiek (de betekenis van die diagnose voor het proces van de cliënt). In de positieve psychologie (hoofdstuk 8) ligt de nadruk op de krachtbronnen van de cliënt en ook het psychodiagnostisch onderzoek is gericht op het versterken van het welbevinden. Bij de neurobiologische benadering (hoofdstuk 9) staat het psychodiagnostisch proces in dienst van het vinden van de juiste medicatie of biologische interventie. Het theoretisch kader van een instelling of psychodiagnostisch onderzoeker heeft op deze manier veel invloed op de keuzen die in het psychodiagnostisch onderzoek worden gemaakt.

1.2 De diagnostische cyclus

Empirische cyclus Het psychodiagnostisch onderzoek volgt dezelfde empirische cyclus van observatie, inductie, deductie, toetsing en evaluatie, als die bij wetenschappelijk onderzoek wordt gebruikt om onderzoeksvragen te beantwoorden (De Groot, 1961). Op basis van vermoedens van hoe het probleem verklaard kan worden, ontwerpt de psychodiagnostisch onderzoeker hypothesen, toetst deze en bouwt kennis op over de casus door het aannemen of verwerpen van hypothesen. Deze empirische cyclus komt overeen met de diagnostische cyclus van De Bruyn et al. (2003; Ruijsenaars & De Bruyn, 2015). In het Nederlands taalgebied dient deze diagnostische cyclus als de basis voor wetenschappelijk verantwoord psychodiagnostisch onderzoek.

De 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.

Figuur 1.1
De diagnostische cyclus



Weten-
schappelijke
grondhouding

Falsificatie

Verificatie

Bij al deze stappen is een wetenschappelijke grondhouding van belang. De psychodiagnostisch onderzoeker formuleert een theorie op basis van wetenschappelijke literatuur, zoekt doelgericht en systematisch informatie om de eigen theorie te ontcrachten (falsificatie), dan wel te bevestigen (verificatie), en gebruikt hierbij betrouwbare en valide onderzoeksmiddelen. Dit gehele onderzoeksproces is transparant en repliceerbaar. In de volgende paragrafen wordt het psychodiagnostisch proces aan de hand van deze vier stappen van de diagnostische cyclus doorlopen. Meer gedetailleerde handvatten om bijvoorbeeld de keuze voor een bepaalde vragenlijst te onderbouwen of om vragenlijsten te interpreteren, zijn terug te vinden in psychodiagnostische handboeken (bijvoorbeeld Bastiaens et al., 2013; Berghuis et al., 2024; Bouma et al., 2012; Claes et al., 2020; Hengeveld, 2025; Hengeveld et al., 2023) en handleidingen voor specifieke psychodiagnostische instrumenten.

1.2.1 Klachtanalyse: wat zijn de kaders voor het onderzoek?

Psychodiagnostisch onderzoek begint meestal vanuit een aanmelding door een andere hulpverlener, een collega die een aanvraag doet voor onderzoek bij een cliënt. Als eerste stap in het proces van de klachtanalyse

Aanvraag	gaat de psychodiagnostisch onderzoeker na wat de achtergrond is van de aanvraag. Wat is de aanleiding? Wat zijn de motieven van de aanvrager, wat verwacht deze van het onderzoek? De tweede stap is de analyse van de hulpvraag van de cliënt. Waarom zoekt de cliënt juist nu hulp voor deze klachten? Wat is volgens de cliënt het doel van het onderzoek? Wat wil de cliënt weten? Wat ziet de cliënt als het probleem? De klachtanalyse sluit aan op het perspectief van de aanvrager én dat van de cliënt.
Hulpvraag	Bij de klachtanalyse raadpleegt de psychodiagnostisch onderzoeker ook het dossier om te zien wat er al bekend is over de klachten en of er bijvoorbeeld eerder onderzoek heeft plaatsgevonden. De klachtanalyse verheldert de kaders waarbinnen het psychodiagnostisch onderzoek kan plaatsvinden.

CASUS FINN (VERVOLG) | Klachtanalyse

De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige die Finn begeleidt heeft een psychodiagnostisch onderzoek aangevraagd om beter te begrijpen waarom Finn zo veel innerlijke onrust ervaart en welke behandeling passend zou zijn. Hij wil graag weten hoe hij Finn het beste kan begeleiden: moet Finn juist meer gestimuleerd worden in sociale activiteiten of heeft hij vooral behoefte aan meer structuur en voorspelbaarheid in zijn leven om zijn angst te verminderen?

Tijdens een kennismakingsgesprek met de psychodiagnostisch onderzoeker vertelt Finn: 'Ik dacht dat als ik zou stoppen met blowen, alles beter zou worden. Maar ik voel me nog steeds onrustig, vooral als ik met anderen moet omgaan. Ik wil weten waarom dat zo is en hoe ik er vanaf kan komen.' Finn

deelt dat een vriend van hem, die autisme heeft, suggereerde dat Finn misschien ook op het autismespectrum zit. Finn herkent zichzelf hierin: hij is gevoelig voor fel licht en geluid, en voelt zich vaak ongemakkelijk in sociale situaties. Finn vraagt zich af of autisme een verklaring kan zijn voor zijn onrust en prikkelgevoeligheid.

De onderzoeker bespreekt met Finn hoe het psychodiagnostisch onderzoek verloopt en ze besluiten om eerst de klachten en de factoren die hierin meespelen beter in kaart te brengen. Om een compleet beeld te krijgen, wordt besloten om ook de ouders van Finn bij het onderzoek te betrekken. De onderzoeker legt uit dat het onderzoek flexibel is en dat nieuwe vragen tijdens het proces kunnen leiden tot aanpassingen.

1.2.2 Probleemanalyse: wat is er aan de hand?

In de probleemanalyse bekijkt de psychodiagnostisch onderzoeker de gegevens die al bekend zijn over de cliënt en integreert deze met de breder beschikbare (wetenschappelijke) kennis over psychische problemen.

Op basis van het geheel aan beschikbare informatie kan de onderzoeker dan goede onderzoeksvragen opstellen. Deze onderzoeksopzet, ook wel het diagnostisch scenario genoemd, wordt in verder psychodiagnostisch onderzoek uitgewerkt om te begrijpen wat er nu precies aan de hand is.

Onderzoeks-
vragen

Diagnostisch
scenario

Screenings-
instrumentenSymptoom-
vragenlijstenRoutine outcome
monitoring

Vragenlijsten

Als startpunt voor de probleemanalyse zijn er vaak al gegevens vanuit vragenlijstonderzoek beschikbaar. Denk hierbij aan gestandaardiseerde vragenlijsten die breed screenen op psychische klachten (screeningsinstrumenten) of specifieke symptoomvragenlijsten die de ernst van symptomen uitvragen (bijvoorbeeld een depressievragenlijst zoals de BDI-II (Van der Does, 2002)). Op ggzdataportaal.nl/bibliotheek zijn verschillende vragenlijsten voor verschillende doelen te raadplegen. Vragenlijsten worden vaak standaard in het kader van een intake afgenomen of ze maken onderdeel uit van de routine outcome monitoring (ROM)-procedure (het routinematig vaststellen van de toestand van de cliënt). De ROM-procedure is primair bedoeld voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg in het algemeen, maar ROM-instrumenten zijn ook geschikt voor het monitoren van de behandelresultaten in de klinische praktijk.

Psychiatrische
anamnese

Anamnese

Bij een zorgvuldige probleemanalyse krijgt de psychodiagnostisch onderzoeker een duidelijk beeld van de situatie en de belevingswereld van de cliënt, door middel van probleemverhelderende gesprekken en de informatie uit de intakeprocedure. Een groot deel van deze informatie wordt verzameld in de zogenoemde psychiatrische anamnese. Een psychiatrische anamnese kan meerdere onderdelen omvatten: de speciële anamnese, tractus-mentalisanamnese, middelengebruik, psychiatrische voorgeschiedenis en familieanamnese, somatische anamnese inclusief medicijngebruik, sociale anamnese, biografische anamnese, ontwikkelingsanamnese en de heteroanamnese. Hengeveld et al. (2023) geven in hun *Handboek psychiatrisch onderzoek* een uitgebreide beschrijving van de verschillende onderdelen, die we hieronder nader uitwerken. Of deze verschillende onderdelen aan bod komen, is afhankelijk van de noodzaak om in het onderzoek specifieke factoren uit te vragen die duidelijk maken hoe en waarom de psychische problemen zijn ontstaan of voortduren.

Speciële anamnese

Intakegesprek

De speciële anamnese inventariseert de huidige klachten en symptomen van de cliënt: het ontstaan, beloop, ernst, frequentie en de impact op het dagelijks functioneren. De speciële anamnese vindt meestal plaats tijdens een intakegesprek. De psychodiagnostisch onderzoeker gaat dieper in op de specifieke symptomen, klachten of problemen van de cliënt. De onderzoeker vraagt de cliënt om diens klachten in eigen woorden te beschrijven, vraagt om voorbeelden en vraagt door op het ontstaan en het beloop van de klachten in de context van de tijd of verschillende omstandigheden. Dit geeft een concreet beeld van de aard en de ernst van de psychische klachten. Ook vraagt de onderzoeker hoe de cliënt tot nu toe met deze klachten is omgegaan, naar een eventuele behandelgeschiedenis en welke verklaring de cliënt zelf heeft voor het ontstaan van de klachten. Tot slot gaat de

onderzoeker na wat de aanleiding is om op dit moment hulp te zoeken en wat de cliënt zelf beschouwt als het belangrijkste probleem.

Tractus-mentalisanamnese

Cognitieve klachten

Affectieve klachten

Conatieve klachten

Persoonlijkheidstrekken

Tijdens de psychiatrische anamnese krijgt de psychodiagnostisch onderzoeker met alles wat er verteld wordt en hoe de cliënt dit vertelt een indruk van het psychisch functioneren van de cliënt. Om het psychisch functioneren systematisch in kaart te brengen, screent de onderzoeker in een zogenoemde tractus-mentalisanamnese op kernsymptomen van veelvoorkomende psychische aandoeningen. Dit kan met behulp van een screeningsinstrument of door in het gesprek informatie te verzamelen over de verschillende domeinen waarop psychische klachten kunnen spelen. Cognitieve klachten kunnen bijvoorbeeld bestaan uit bewustzijnsstoornissen, stoornissen in de aandacht en concentratie, in het geheugen, in de waarneming of in het denken. Affectieve klachten kunnen bestaan uit stoornissen in de stemming, angst of vrees, zoals somberheid of angstaanvallen. Conatieve klachten omvatten stoornissen in de executieve functies (lukt het de cliënt bijvoorbeeld om boodschappen te doen of eten te koken), stoornissen in de psychomotoriek (is de cliënt voortdurend onrustig?) en stoornissen in de motivatie, wil en het gedrag, zoals nergens zin in hebben, dwanggedachten of dwanghandelingen. De onderzoeker probeert ook een inschatting te maken van de persoonlijkheidstrekken van de cliënt, zoals impulsiviteit, introversie of perfectionisme.

Middelengebruik, psychiatrische achtergrond en somatische anamnese

Familieanamnese

In de psychiatrische anamnese vraagt de psychodiagnostisch onderzoeker ook naar het gebruik van middelen, eventuele verslavingsproblematiek en de psychiatrische voorgeschiedenis. Verder gaat de onderzoeker in een psychiatrische familieanamnese na of er in de familie(geschiedenis) psychiatrische aandoeningen of verslavingsproblemen voorkomen. Daarnaast is het belangrijk dat de psychodiagnostisch onderzoeker zich bewust is dat organische (medische) factoren of (bij)werkingen van medicatie vaak een rol spelen bij psychische problemen. De onderzoeker kan een somatische anamnese afnemen waarin de lichamelijke symptomen (waaronder slaapklachten en seksuele klachten) en actuele medicatie uitgebreid aan bod komen, of de onderzoeker kan aan de cliënt voorstellen om een lichamelijk onderzoek door een arts of verpleegkundig specialist te laten uitvoeren om de huidige somatische toestand in beeld te brengen.

Sociale anamnese

De sociale anamnese gaat in op de sociale oorzaken en gevolgen van de psychische problemen en op het sociale netwerk van de cliënt. De relatie tussen de psychische klachten en de sociale omgeving (thuis, werk/opleiding, vrije tijd) wordt in kaart gebracht en de psychodiagnostisch

Levensloop

onderzoeker krijgt een beeld van de veerkracht en de sociale steun van de cliënt (bijvoorbeeld of deze een aantal goede vrienden heeft).

Biografische en ontwikkelingsanamnese

De biografische anamnese brengt de levensloop, met name de belangrijkste (ontregelende) levensgebeurtenissen, relaties, opleiding en werk in kaart. De psychodiagnostisch onderzoeker vraagt naar factoren uit de levensgeschiedenis van de cliënt die beschermen of juist kwetsbaar maken (predisponeren) voor het ontwikkelen van psychopathologie. Door de levensloop na te gaan van geboorte, vroege jeugd, kindertijd, adolescentie en de volwassenheid tot op heden, krijgt de onderzoeker een beeld van de factoren die kunnen hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van de psychopathologie. Het kan bijvoorbeeld gaan om complicaties tijdens de zwangerschap en geboorte, of vroege signalen die kunnen wijzen op een ontwikkelingsstoornis. De onderzoeker vraagt naar het gezin van oorsprong, broers en zussen, de positie van de cliënt in diens gezin, en de sfeer binnen het gezin en de opvoeding. In de persoonlijke levensgeschiedenis vanaf de adolescentie wordt nagegaan wat de ervaringen waren op school, hoe de lichamelijke en seksuele ontwikkeling verliep en hoe relaties zich ontwikkelden. Opleiding en loopbaan worden in kaart gebracht, evenals betekenisvolle of ingrijpende ervaringen zoals geweld, mishandeling, ziekte of overlijden.

Een ontwikkelingsanamnese kan deel uitmaken van de biografische anamnese en richt zich specifiek op de ontwikkeling van psychische functies in de kindertijd.

Heteroanamnese

Tot slot kan er een heteroanamnese plaatsvinden, waarin de psychodiagnostisch onderzoeker informatie over de cliënt uitvraagt bij een belangrijke informant, zoals een partner, ouder/opvoeder of een andere naaste. Een heteroanamnese kan alle eerdergenoemde onderdelen bevatten. Zeker bij vragen over de ontwikkeling in de kindertijd is het van belang om een heteroanamnese af te nemen.

Observaties tijdens de onderzoeksgesprekken

Tijdens het contact met de cliënt krijgt de psychodiagnostisch onderzoeker behalve de feitelijke informatie ook veel informatie ‘tussen de regels door’ mee, zoals hoe veerkrachtig of kwetsbaar de cliënt overkomt en hoe deze omgaat met gevoelens. Zo observeert de onderzoeker bijvoorbeeld wat er gebeurt als de spanning in het gesprek oploopt bij een moeilijke vraag. De onderzoeker is dus zelf ook een instrument in het onderzoek en gebruikt diens eigen ervaringen in het contact als informatie. Dit benadrukt het belang van het iken van de eigen waarneming in supervisie en intervisie. Op basis van de eigen ervaringen in het contact maakt de onderzoeker een inschatting van de intelligentie van de cliënt en beschouwt de

wederkerigheid in het contact, het reflectievermogen en het mentalisatieniveau (het vermogen om eigen en andermans gevoelens en gedachten te herkennen en te begrijpen).

Afhankelijk van de theoretische oriëntatie kan de psychodiagnostisch onderzoeker deze minder tastbare aspecten duiden. Bijvoorbeeld, bij een psychodynamische achtergrond (zie hoofdstuk 4) kan de onderzoeker afweermechanismen herkennen, zoals ongewenste gevoelens laten afvloeien in sociaal geaccepteerd gedrag (bijvoorbeeld door harder te gaan werken of fanatiek te gaan sporten; sublimatie), of gevoelens ontkennen (loochening) of toeschrijven aan een andere persoon of externe oorzaak (projectie). De gespreksindrukken kunnen onderdeel zijn van de psychiatrische anamnese of een rol spelen in het verdere onderzoek, door bijvoorbeeld bij te dragen aan het formuleren van hypothesen, zowel over de aard van de problematiek in de probleemanalyse als over de verklarende mechanismen in de latere verklaringsanalyse.

Onderkende diagnostiek

Wanneer uiteindelijk helder is wat het probleem is, wordt de probleemanalyse afgesloten met onderkende diagnostiek. Op basis van de vragenlijsten, de gegevens uit de (hetero)anamnese en de observaties beschrijft de psychodiagnostisch onderzoeker wat de belangrijkste klachten zijn, hoe ernstig deze zijn, wat de aanleiding is van de klachten en hoe deze klachten begrepen kunnen worden op basis van de huidige wetenschappelijke kennis. Kenmerkend voor onderkende diagnostiek is dat de informatie van de cliënt vergeleken wordt met een normgroep of getoetst aan criteria. De onderzoeker kan zo onderkennen of er bijvoorbeeld sprake is van faalangst – vergeleken met de normgroep heeft de cliënt een hoge score op een faalangstvragenlijst – of van een depressieve stoornis – cliënt voldoet aan de criteria volgens de DSM-5-TR.

DSM-classificatie

Een mogelijk onderdeel van de onderkende diagnostiek is de ordening of classificatie van de problematiek. Het meest gebruikte systeem hiervoor is de DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), waarin individuele psychische klachten en gedragingen worden toegewezen aan een categorie of cluster van symptomen uit het classificatiesysteem. Door de klachten en gedragingen van de cliënt te vertalen naar een of meerdere DSM-classificaties, worden deze als het ware geordend en gerelateerd aan wetenschappelijke kennis.

In het Nederlandse ggz-stelsel heeft de DSM-classificatie een functie in de toegang voor vergoede geestelijke gezondheidszorg. Daarom wordt vaak op basis van de intake al een (tijdelijke) DSM-classificatie toegekend. Er zijn de nodige kritische geluiden over deze praktijk (Van Os, 2017). De vraag is of het stellen van een DSM-classificatie wel noodzakelijk is om de volgende stappen in de behandeling te kunnen nemen en of dit geen

DSM-5-TR

ongewenste gevolgen heeft voor de cliënt, zoals (zelf)stigma. Een gevaar van een dergelijke werkwijze is ook 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 een cliënt met zeer complexe problematiek niet in een specifieke classificatiegroep valt onder te brengen.

Beschrijvende
diagnose

Het is daarom van belang om naast de DSM-classificatie een beschrijvende diagnose op te stellen die de klachten, kwetsbaarheden en sterke kanten van de cliënt plaatst in de context van samenhangende factoren, zoals de invloed van de huidige omgeving, persoonlijke aanleg en voorgeschiedenis. De beschrijvende diagnose kan in principe worden opgesteld in de fase van de probleemanalyse, maar heeft dan nog weinig diepgang. Door verder psychodiagnostisch onderzoek te doen naar de specifieke problemen en kwetsbaarheden van de cliënt binnen diens context, zoals in de verklaringsanalyse plaatsvindt, wordt de beschrijvende diagnose betekenisvoller.

Dimensionele classificatie

Hierarchical
Taxonomy of
Psychopathology

Een alternatief model voor het classificeren van psychopathologie is de *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP; Kotov et al., 2017; zie ook hoofdstuk 3). HiTOP legt de nadruk op meer stabiele en robuuste transdiagnostische factoren, zoals de kwetsbaarheid van een persoon voor het ontwikkelen van internaliserende of externaliserende problematiek of denkstoornissen, en benadert psychische problemen als dimensioneel in plaats van categorisch.

Categorische
benadering

Bij een categorische benadering, zoals de traditionele DSM-classificatie, worden psychische problemen ingedeeld in afzonderlijke, discrete stoornissen waarbij iemand de aandoening wel of niet heeft. Een dimensionele benadering daarentegen ziet psychopathologie als een continuüm, waarbij symptomen en kenmerken in verschillende gradaties van ernst kunnen voorkomen. In de categorische benadering heeft iemand bijvoorbeeld wel of niet een borderline persoonlijkheidsstoornis (wanneer wel of niet aan vijf van de negen criteria wordt voldaan). In een dimensionele benadering daarentegen worden de onderliggende kenmerken zoals emotionele instabiliteit, impulsiviteit en identiteitsproblemen elk als een continuüm gezien, waarop iemand in meerdere of mindere mate kan scoren. Deze dimensionele visie sluit beter aan bij de klinische realiteit, waarin persoonlijkheidskenmerken zelden in 'alles of niets'-patronen voorkomen, maar eerder in gradaties van ernst die ook kunnen overlappen tussen de verschillende aandoeningen.

Dimensionele
benadering

Een voorbeeld van een vragenlijst die uitgaat van een dimensionele benadering van persoonlijkheid is de Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ; De Beurs et al., 2009), die verschillende persoonlijkheidskenmerken zoals emotionele disregulatie

of impulsiviteit dimensioneel in beeld brengt en aansluit bij het alternatief model voor persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-5-TR. Voor verdieping verwijzen we naar het *Praktijkboek persoonlijkheidsdiagnostiek* van Berghuis et al. (2024).

CASUS FINN (VERVOLG) | Probleemanalyse

Op basis van het intakeverslag van anderhalf jaar terug, het recent gevoerde onderzoeksgesprek en een heteroanamnese met de ouders stelt de psychodiagnostisch onderzoeker de onderzoekszopzet – oftewel het diagnostisch scenario – op voor het psychodiagnostisch onderzoek.

Uit de anamnese blijkt dat Finn al zijn hele leven last heeft van innerlijke onrust. Tijdens de periode van cannabisgebruik was het minder, maar sinds hij gestopt is, zijn de drukke gedachten weer terug. De gedachten gaan vooral over sociale situaties, over wat hij anders had moeten doen of moeten zeggen in gesprekken. Zijn ouders vertellen dat Finn altijd al anders was dan leeftijdsgenoten. Finn had een moeilijke tijd op de basisschool, een kleine school in het dorp waar ze toen woonden. Hij vond weinig aansluiting met de andere kinderen: doordat hij zich sociaal vaak onhandig opstelde, lieten andere kinderen hem links liggen. Als Finn daarover vertelt, raakt het hem zichtbaar. Hij voelde zich vaak alleen en trok zich terug

in fantasiewerelden. Ook nu gaat hij sociale interactie uit de weg. In de gesprekken is Finn op een rustige manier betrokken. Hij geeft bedachtzaam antwoord en corrigeert zijn ouders als zij een feitelijke fout maken. Op basis van de heteroanamnese blijft het vermoeden bestaan voor een autisme-spectrumstoornis (ASS), al zijn er ook aanwijzingen voor sociale angst. In het verdere onderzoek worden beide hypothesen getoetst: de mogelijkheid van ASS en die van een sociale-angststoornis. De psychodiagnostisch onderzoeker stelt aan Finn voor om met intelligentie- en neuropsychologisch onderzoek verder inzicht te krijgen in zijn cognitief profiel, inclusief informatieverwerking, sociale cognitie, executieve functies en centrale coherentie. Naast informatie voor het ASS-onderzoek biedt dit ook inzicht in zijn cognitieve sterktes en zwaktes. Daarnaast kan een persoonlijkheidsonderzoek en een evaluatie van zijn klachtenpatroon en copingvaardigheden het beeld verder aanvullen.

1.2.3 Verklaringsanalyse: hoe komt het dat deze problemen er zijn?

Na de probleemanalyse is er meestal nog onvoldoende duidelijk 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 hebben bijgedragen aan het ontstaan en in stand houden van deze klachten, maar de psychodiagnostisch onderzoeker weet nog weinig over de persoon zelf of over diens gedrag. In de verklaringsanalyse wordt bijvoorbeeld nagegaan hoe de problemen van de cliënt verklaard kunnen worden door persoonlijkheid. Welke kenmerken van de persoon zorgen ervoor dat de klachten

Hypothese

versterkt worden? Is er bij de cliënt meer aan de hand dan de al beschreven classificatie, dat de klachten of stagnerende behandeling kan verklaren? De belangrijkste vraag is in feite: waar komen de klachten vandaan en hoe kunnen ze worden verklaard?

De onderzoeksvragen en hypothesen in de verklaringsanalyse verdiepen de eventueel eerder, in de probleemanalyse, opgestelde onderzoeksvragen en hypothesen. Net als bij wetenschappelijk onderzoek is een hypothese een falsifieerbare veronderstelling die empirisch getoetst kan worden. De onderzoeker toetst diens idee aan de hand van waarnemingen. In de verklaringsanalyse zie je dus duidelijk de empirische cyclus terug. Een wetenschappelijke houding en een zorgvuldige toetsing van de hypothese is hierbij van belang.

Toetsen

Nadat de hypothesen zijn opgesteld, worden deze verder geoperationaaliseerd door passende methoden en meetinstrumenten te kiezen om de hypothesen te toetsen. Hiervoor kunnen bijvoorbeeld tests (prestatietaken), (zelfrapportage)vragenlijsten, (semi)gestructureerde interviews en observatieschema's worden gebruikt, die soms ook al als onderdeel van de probleemanalyse zijn ingezet. De keuze van het meetinstrument is afhankelijk van in hoeverre het instrument aansluit bij de onderzoeksvragen en hypothesen. Bij elke hypothese bepaalt de psychodiagnostisch onderzoeker vooraf het criterium, bijvoorbeeld bij welke score op een bepaalde vragenlijst de hypothese wordt verworpen. Daarnaast is de kwaliteit van het instrument belangrijk: voor betrouwbare resultaten moeten betrouwbare instrumenten worden gebruikt. De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP; Evers et al., 2009) beoordeelt de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten.

Bij de uitvoering van het psychodiagnostisch onderzoek is het belangrijk dat de onderzoeksmiddelen op de juiste wijze worden toegepast. De afname van een intelligentietest bijvoorbeeld, moet volgens een vaste procedure verlopen. Als de cliënt zich door externe of interne factoren niet goed kan concentreren, zoals door geluidsoverlast van bouwwerkzaamheden in de buurt of door paniek vanwege de moeilijkheid van de vragen, kan dit interessante observaties opleveren, maar tegelijkertijd tot onbetrouwbare resultaten leiden. Bij veel instrumenten is een goede beheersing van de Nederlandse taal een vereiste. Bij cliënten met een verstandelijke beperking (Kraijer & Plas, 2014) of cliënten met een niet-Nederlandse achtergrond (Borra et al., 2016) kan het nodig zijn om voor non-verbale materialen te kiezen of tests in te zetten die zijn aangepast voor de betreffende doelgroep. Het psychodiagnostisch onderzoek vindt zo veel mogelijk plaats in een controleerbare omgeving, zodat de omstandigheden tijdens het onderzoek de resultaten zo min mogelijk hebben beïnvloed. Achteraf vindt er controle plaats of vragenlijsten serieus zijn ingevuld: zijn er opvallende antwoordtendenties (bijvoorbeeld overal hetzelfde antwoord) of is er sprake van sociale wenselijkheid (overal het 'goede' antwoord)?

Prestatietaken

Neuropsychologische diagnostiek

Intelligentieonderzoek

Het afnemen van prestatietaken vraagt om een grondige voorbereiding en vaardigheid van de psychodiagnostisch onderzoeker. Verschillende handboeken voor neuropsychologische diagnostiek (bijvoorbeeld Bouma et al., 2012) geven een overzicht van welke tests er voor welke onderzoeksvragen beschikbaar zijn in het Nederlandse taalgebied. Prestatietaken worden bijvoorbeeld gebruikt om te screenen op de aanwezigheid van licht intellectuele beperkingen, of voor een uitgebreid intelligentieonderzoek, waarbij ook sterke en zwakke punten in bijvoorbeeld verbaal begrip, perceptueel redeneren, werkgeheugen en verwerkingssnelheid worden gemeten. Een aandachtspunt bij dergelijke capaciteitentests is dat de test moet zijn afgestemd op de cultuur en taal van de cliënt, maar er bestaan ook non-verbale intelligentietests. Ook buiten het domein van de intelligentie worden neuropsychologische tests ingezet in de diagnostiek, bijvoorbeeld in het geval van traumatisch hersenletsel, beginnende dementie of epilepsie. Hiervoor wordt vaak gebruikgemaakt van specifieke capaciteitentests op het gebied van geheugen, aandacht, executieve functies, taal en visuoconstructie.

Vragenlijsten

Zelfrapportagevragenlijst

Normgroep

Een veelgebruikt instrument in psychodiagnostisch onderzoek is een zelfrapportagevragenlijst, waarmee de cliënt zonder tijdsdruk diens beleving kan delen. De ruwe scores op deze vragenlijsten worden vergeleken met een normgroep (bijvoorbeeld leeftijdgenoten, mannen of vrouwen in de algemene populatie, of mensen in behandeling voor een psychische aandoening), waardoor de symptomen of karaktertrekken een kwalitatieve betekenis krijgen.

Copingvaardigheden

Met zelfrapportagevragenlijsten kun je een beeld krijgen van de klachten van een cliënt, zowel in algemene zin (welke klachten meldt de cliënt?) als op specifieke gebieden (hoe ernstig zijn de depressieve symptomen?). Daarnaast kunnen vragenlijsten inzicht geven in persoonlijkheid (is de cliënt bijvoorbeeld sterk introvert?) en in copingvaardigheden (hoe gaat de cliënt om met stress?). Er bestaan ook vragenlijsten die aansluiten bij de benadering die centraal staat in de behandeling (bijvoorbeeld een schemavragenlijst voor schematherapie) of om een specifieke aandoening of klachtendomein uit te vragen (bijvoorbeeld verslavingsgedrag). Naast de zelfrapportage van de cliënt is het waardevol om systematisch, met behulp van vragenlijsten, informatie te verzamelen van informanten, zoals familieleden of vrienden. Dit geeft een completer beeld van het functioneren van de cliënt en maakt het mogelijk om te zien of de zelfbeleving van de cliënt overeenkomt met de observaties van iemand die de cliënt goed kent.

(Semi)gestructureerde interviews

In psychodiagnostisch onderzoek is het interview een veelgebruikt instrument om op systematische wijze informatie te verzamelen. Vaak wordt er gebruikgemaakt van (semi)gestructureerde interviews, waarin de vragen en

antwoordmogelijkheden voor een groot deel zijn vastgelegd. Voor het classificeren van symptomen zijn er verschillende gestructureerde klinische interviews beschikbaar, waarbij er bijvoorbeeld een brede, systematische checklist wordt gebruikt om op symptomen te screenen en er wordt doorgevraagd op een specifieke aandoening wanneer de cliënt een bepaalde grenswaarde passeert. Ook zijn er symptoomspecifieke interviews voorhanden die een enkel domein (bijvoorbeeld dwangstoornis) uitvragen. Bij een gestructureerd interview wijkt de interviewer in principe niet af van de vooraf geschreven vragen en instructies, terwijl er bij een semigestructureerd interview meer ruimte is voor aanvullende vragen of opmerkingen van de interviewer naast de vooraf beschreven vragen en instructies. Door (semi)gestructureerde interviews te gebruiken, wordt er informatie uitgevraagd die de hypothesen zowel kan falsificeren als confirmeren, terwijl vanuit de klinische blik vaak vooral gevraagd wordt naar informatie die de eigen ideeën bevestigt (Scholing & Visser, 2013).

Observatie en interpretatie

Prestatietaken en vragenlijsten geven informatie over de cliënt op basis van een voorgestructureerde opzet. In het contact met de cliënt en door gebruik van observatie en interviews, krijgt de psychodiagnostisch onderzoeker ook rijkere informatie mee die dichterbij de beleving van de cliënt zelf ligt. Gedurende het hele onderzoek is de onderzoeker alert op uitspraken of gedrag die het onderzoek aanvullen.

Daarnaast bestaan er specifieke instrumenten, zoals een observatieschema om een bepaald type gedrag systematisch te observeren, en zogenoemde indirecte methoden, die cliënten op een meer onbewust niveau uitnodigen om iets van zichzelf te laten zien, bijvoorbeeld door de cliënt verhalen te laten vertellen bij ambigue afbeeldingen van situaties. Belangrijk om hierbij in gedachten te houden is dat dergelijke projectieve tests over het algemeen beperkt gevalideerd en genormeerd zijn.

Verslaglegging resultaten

De psychodiagnostisch onderzoeker verwerkt de antwoorden op vragenlijsten en prestaties op taken volgens de handleiding van het betreffende instrument. In de meeste gevallen wordt daarbij een normering toegepast, zodat de individuele resultaten vergeleken kunnen worden met die van een grotere, vergelijkbare groep (de normgroep). Voor de verwerking van de testresultaten is het aan te raden om een uniforme kwalitatieve beschrijvingsvorm te hanteren, zoals ontwikkeld voor het beschrijven van intelligentieniveaus (Resing, 2021) en neuropsychologische tests in het algemeen (Bouma et al., 2012; Hendriks et al., 2020). De score van een cliënt is dan bijvoorbeeld zeer hoog, hoog, gemiddeld, laag of zeer laag. Deze werkwijze bevordert de kwalitatieve interpretatie van psychodiagnostische resultaten en draagt bij aan een heldere communicatie tussen psychologen. Zowel de kwalitatieve beschrijvingen als de genormeerde gegevens

(vaak weergegeven in een tabel in de bijlage) worden opgenomen in het psychodiagnostisch rapport en gebruikt om de hypothesen te toetsen. Per hypothese stelt de onderzoeker vast of deze bevestigd dan wel verworpen moet worden op grond van de resultaten.

Integratie

Nu alle hypothesen afzonderlijk zijn getoetst kunnen de resultaten van de verklaringsanalyse geïntegreerd worden en de onderzoeksvragen beantwoord. Gegeven alle informatie over de cliënt vanuit de intake, anamnese, observaties, onderzoeksgesprekken, testonderzoek, vragenlijsten en interviews: wat is dan het antwoord op de onderzoeksvragen? Welke interne psychische processen en welke omgevingsinvloeden liggen er ten grondslag aan de klachten van deze cliënt? Hierin kan tegenstrijdige informatie uit verschillende bronnen een plaats krijgen. Alle resultaten worden immers in samenhang beschouwd. Bijvoorbeeld, als er uit de resultaten van de copingvragenlijst blijkt dat cliënt gemiddeld scoort op 'actief aanpakken', maar in de onderzoeksgesprekken duidelijk wordt dat de cliënt op dit moment alles uit handen laat vallen, dan kan dit betekenen dat de cliënt normaalgesproken wel in staat is om dagelijkse problemen actief op te lossen, maar dat dit op dit moment niet meer lukt omdat er zo veel aan de hand is en de cliënt het overzicht kwijt is. De integratie van de onderzoeksresultaten vormt de basis voor de indicatieanalyse en voor de terugkoppeling naar de aanvrager en cliënt.

CASUS FINN (VERVOLG) | Verklaringsanalyse

Uit de analyse blijkt dat Finn voldoet aan de criteria voor ASS, waarbij met name zijn beperkingen in sociale communicatie en interactie vanaf jonge leeftijd voorop staan. Dit wordt bevestigd door zowel een gestructureerd klinisch interview met Finn en ouders als vanuit een systematisch autisme-observatieschema (Lord et al., 1999). Naast de ASS is er sprake van sociale angst, wat Finn verder beperkt in zijn contacten. Hij piekert veel over sociale relaties en voelt zich hierin voortdurend tekortschieten. Door de combinatie van ASS en sociale angst kan hij hier helemaal in vastlopen. Het intelligentieonderzoek toont een disharmonisch profiel. Finn beschikt over sterke redeneervaardigheden, maar laat een vertraagde informatieverwerking zien. Dit

sluit aan bij de indruk die Finn maakt in de onderzoeksgesprekken, waarbij hij vooral in sociaal complexe situaties veel tijd nodig heeft om informatie te verwerken en zijn reacties te formuleren.

Uit het neuropsychologisch onderzoek blijkt dat Finn vooral moeite heeft met taken die flexibiliteit vragen en waarbij hij zelf structuur moet creëren. Daarnaast heeft hij moeite met het begrijpen van de gedachten en intenties van anderen, wat zijn sociale interacties verder bemoeilijkt.

Finn ervaart veel algehele gevoelens van onbehagen, angst en spanning, evenals obsessieve gedachten. Bij sociale interacties trekt hij zich snel terug en voelt hij zich sociaal vervreemd en wantrouwend naar anderen. Psychosomatische klachten zijn

niet aanwezig. Zijn persoonlijkheidsprofiel geeft aan dat hij gevoelig is, snel angstig, sociaal terughoudend en bedachtzaam. Finn heeft een sterk vermijgend copingpatroon, wat past bij iemand die worstelt met sociale angst en ASS. Hij vermijdt sociale

interacties, zoekt op een solistische manier afleiding, maar is in staat zichzelf gerust te stellen. Echter, wanneer stress te lang aanhoudt, lukt het hem niet om sociale steun te zoeken of zijn problemen actief aan te pakken.

1.2.4 Indicatieanalyse: wat betekent dit voor het vervolg?

In de laatste fase van de diagnostische cyclus maakt de psychodiagnostisch onderzoeker op basis van de klachtanalyse, de probleemanalyse en de verklaringsanalyse een indicatieanalyse, waaruit een advies volgt voor de cliënt en voor de aanvrager van het onderzoek. In de indicatieanalyse formuleert de onderzoeker, op basis van de resultaten uit het diagnostisch proces en rekening houdend met de wensen en mogelijkheden van de cliënt, een voorstel voor behandeling. Dit doet de onderzoeker meestal niet alleen; vaak bespreekt de onderzoeker de cliënt samen met de aanvrager van het onderzoek in een multidisciplinair team. Vanuit verschillende perspectieven worden dan de mogelijke behandelopties overwogen. In sommige gevallen zal er een uitspraak gedaan worden over de veranderbaarheid van de klachten en het probleemgedrag in de toekomst. De indicatieanalyse geeft richting aan de invulling van het behandelplan.

Terugkoppelingsgesprek

De psychodiagnostisch onderzoeker bespreekt de bevindingen en adviezen van het onderzoek met de cliënt, eventueel in aanwezigheid van de aanvrager van het onderzoek. De onderzoeker legt de resultaten aan de cliënt voor en gaat na of de cliënt zich hierin herkent. Het kan voor de cliënt fijn zijn om een naaste, zoals de partner, ouder of vriend(in) mee te nemen naar het terugkoppelingsgesprek. Door expliciet de onderzoeksvragen en de antwoorden daarop te bespreken, hebben de cliënt en diens naaste de kans om de resultaten te bevestigen of te ontkrachten op basis van eigen voorbeelden. Dit kan het beeld dat gezamenlijk is opgebouwd in het onderzoek nog eens verder nuanceren, aanvullen of juist tegenspreken. Een samenvatting van het terugkoppelingsgesprek maakt daarom ook onderdeel uit van de uiteindelijke rapportage. In het gesprek is het belangrijk dat de cliënt de ruimte krijgt om te reageren en actief mee te denken over de betekenis van de bevindingen en de adviezen die hieruit volgen. Ook de aanvrager is een partij in de afronding van het onderzoek en kan een verbindende bijdrage leveren in het terugkoppelingsgesprek. Dit geeft de aanvrager ook de kans om in vervolgcontact met de cliënt terug te komen op de onderzoeksresultaten en adviezen.

CASUS FINN (VERVOLG) | **Indicatieanalyse**

Bij Finn blijkt de diagnose ASS een belangrijke verklaring te bieden voor zijn ervaringen. Hij geeft aan opluchting te ervaren nu hij beter begrijpt waarom sociale situaties voor hem vaak uitdagend zijn. De verdiepende diagnostiek heeft niet alleen zijn uitdagingen in kaart gebracht, maar ook zijn sterke kanten, wat richting geeft aan zijn verdere behandeling en ondersteuning. Het behandeltraject zal zich in eerste instantie richten op psycho-educatie over ASS, waarbij Finn meer inzicht krijgt in de kenmerken van ASS en hoe deze bij hem tot uiting komen. Dit kan bijdragen aan een meer accepterend en positief zelfbeeld, waarbij hij leert zijn uitdagingen te plaatsen naast zijn talenten. De aanvragende sociaalpsychiatrisch verpleegkundige kan Finn ondersteunen bij het afstemmen van zijn dagelijks leven op zijn ASS-profiel, om

overprikkeling in sociale situaties te voorkomen.

Aanvullend wordt geadviseerd om cognitieve gedragstherapie te starten, specifiek gericht op het ontwikkelen van meer realistische en helpende gedachten in relatie tot zijn sociale angst en laag zelfvertrouwen. Hoewel exposuretechnieken kunnen worden ingezet, is het hierbij essentieel om rekening te houden met zijn ASS-profiel en overprikkeling te voorkomen.

De reeds gestarte systeemgesprekken in het kader van de verslavingszorg kunnen worden voortgezet, met extra aandacht voor het vergroten van begrip bij de ouders voor de ASS-gerelateerde uitdagingen. Bij het terugkoppelingsgesprek, waar ook vader aanwezig was, toonde Finn zich gemotiveerd om 'meer in het leven te staan' en open te staan voor de voorgestelde ondersteuning.

1.2.5 De diagnostische cyclus heeft geen einde

Zoals te zien in figuur 1.1 van de diagnostische cyclus loopt er vanuit het einde van de cyclus (indicatieanalyse) weer een pijl terug naar het begin van de cyclus (klachtanalyse). Elke stap in de cyclus roept vragen op die onderzocht en meegenomen kunnen worden in het verdere proces. Bij een kritische analyse van het onderzoek merkt de psychodiagnostisch onderzoeker op wat die mogelijk over het hoofd heeft gezien, wat aandacht nodig heeft in het vervolgtraject en welk psychodiagnostisch onderzoek er mogelijk nog meer gedaan moet worden.

Vaak gebeurt uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek voorafgaand aan een behandeltraject, naar aanleiding van vragen die in de intake naar voren komen, maar het onderzoek kan evengoed ingezet worden tijdens een behandeltraject, bijvoorbeeld wanneer de behandeling stagneert of als de cliënt en behandelaar specifieke vragen hebben die ze willen uitzoeken. De behandeling zelf is daardoor ook te beschouwen als een deel van de diagnostische cyclus. De indicatiestelling beschrijft namelijk ook weer hypothesen die getoetst kunnen worden, bijvoorbeeld dat exposurebehandeling het vermijdingsgedrag zal laten afnemen, of dat het afnemen van het vermijdingsgedrag op termijn leidt tot het ervaren van minder sociale angst.

In die zin is een behandeling een experiment waarmee een causale relatie onderzocht kan worden (behandeling x leidt tot afname in y) door de effecten van de behandeling te meten (bijvoorbeeld met ROM-vragenlijsten) en te evalueren, waarna er opnieuw hypothesen geformuleerd kunnen worden.

1.3 Psychodiagnostisch onderzoek in de praktijk

In de opleiding tot psycholoog wordt de diagnostische cyclus heel expliciet toegepast. De student stelt heel specifieke onderzoeksvragen en hypothesen op, toetst die zorgvuldig, stap voor stap, en evalueert daarbij kritisch het eigen onderzoek. De diagnostische cyclus wordt daarbij dus vooral didactisch ingezet om de student bewust te maken van alle stappen in het proces. In de praktijk van de ggz is de uitwerking in intakeverslagen en verslagen van psychologisch onderzoek soms anders van opzet en worden hypothesen vaak minder expliciet getoetst of beschreven. Dit heeft deels te maken met de vaak beperkte tijd en capaciteit die beschikbaar is voor psychodiagnostisch onderzoek. Vanuit de klinische ervaring gaat dat vaak goed, maar wanneer er te weinig aandacht is voor informatie die de hypothese kan ontkrachten en alternatieve hypothesen niet worden getoetst, kan dat leiden tot het overslaan van stappen, *confirmation bias*, voorbarige conclusies of tunnelvisie (Merckelbach & Dandachi-Fitzgerald, 2020). Zo wordt er bijvoorbeeld regelmatig gedacht aan een persoonlijkheidsstoornis zonder dat er voldoende aandacht is voor de intellectuele vermogens van de cliënt. Psychische en emotionele instabiliteit, evenals interpersoonlijke problemen, kunnen namelijk primair het gevolg zijn van intellectuele overbelasting in het sociaal-maatschappelijk functioneren van de cliënt. Hoe kan de psychodiagnostisch onderzoeker ervoor zorgen dat ook in de praktijk het onderzoek zo goed mogelijk is ingericht? In essentie is het van belang om altijd oog te hebben voor de cliënt. Is de cliënt gemotiveerd en is de toestand van de cliënt zodanig dat het onderzoek niet beperkt wordt (denk aan acute symptomen van psychose of middelengebruik)? Als de cliënt niet gemotiveerd is voor het onderzoek, dan is het zaak eerst in gesprek te gaan om te bespreken wat de cliënt belangrijk vindt. Als er bijvoorbeeld sprake is van vermoedens van dementie en de cliënt zelf ervaart geen probleem, dan is het van belang om het onderzoek af te stemmen op aspecten waar de cliënt wel nieuwsgierig naar is. Ten slotte moet de onderzoeker ook bewust zijn van motieven in het onderzoek waarbij de cliënt belang heeft bij een bepaalde uitkomst, bijvoorbeeld om recht te hebben op een voorziening zoals een uitkering. Het kan zelfs voorkomen dat de cliënt bepaalde klachten voorwendt of aanzet. Het is belangrijk dat de psychodiagnostisch onderzoeker twijfels serieus neemt en in gesprek gaat met de cliënt en collega's.

1.4 Tot besluit

De psychodiagnostische praktijk vraagt om een zorgvuldige balans tussen wetenschappelijke grondigheid (een kritische, onderzoekende houding) en praktische haalbaarheid. De diagnostische cyclus biedt een systematisch kader waarbinnen de onderzoeksvragen, hypothesen en toetsing in de verschillende fasen van het onderzoek (klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse) kunnen worden vormgegeven. Elke conclusie wordt gezien als een nieuwe hypothese die verder getoetst kan worden. De psychodiagnostisch onderzoeker verzamelt, ordent en toetst informatie op een systematische manier en staat daarbij open voor alle bronnen van informatie. De onderzoeker betreft hierbij zowel het perspectief van de aanvrager als dat van de cliënt en diens naasten, zodat het onderzoek aansluit op de vragen die zowel aan het begin als gedurende het proces naar voren zijn gekomen. Het cyclische karakter benadrukt dat diagnostiek een doorlopend proces is dat zich niet beperkt tot de intakefase, maar doorloopt, zelfs tot tijdens de behandeling.

Succesvolle diagnostiek vereist niet alleen technische expertise in het toepassen van de diagnostische cyclus, maar ook afstemming met de cliënt en diens omgeving, kritische zelfreflectie, en bereidheid tot bijstelling van eerste indrukken. Gezien de complexiteit van psychodiagnostiek zijn supervisie, intervisie en (bij)scholing van groot belang. Door met diverse collega's in een open sfeer kennis te delen en de vragen die je tegenkomt te onderzoeken, houd je jezelf en elkaar scherp.

Samenvatting

- Het doel van psychodiagnostisch onderzoek is het vormen van een veelzijdig, geïntegreerd beeld van de cliënt, waarin de psychische klachten worden gezien in samenhang met de sterke kanten en beperkingen in persoonlijkheid, intelligentie, neuropsychologisch functioneren en coping.
- De diagnostische cyclus is gebaseerd op de empirische cyclus van wetenschappelijk onderzoek en bestaat uit vier elkaar opvolgende, iteratieve stappen: klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse.
- De klachtanalyse schept de kaders voor het psychodiagnostisch onderzoek. Deze fase draait om het helder krijgen van de (hulp)vraag en verwachtingen van de cliënt en aanvrager.
- Tijdens de probleemanalyse wordt aan de hand van onder andere de anamnese en observaties verduidelijkt welke klachten er zijn en welke persoonlijke en omgevingsfactoren hierbij een rol spelen.
- De classificerende diagnostiek ordent klachten volgens bijvoorbeeld de DSM-5-TR, terwijl de beschrijvende diagnostiek de klachten plaatst in de context van persoonlijke factoren en voorgeschiedenis.
- De verklaringsanalyse onderzoekt de herkomst van de problemen. Wat zijn de onderliggende verklaringen voor de klachten? Wat zijn de kwetsbaarheden in de cliënt die bijdragen aan het ontstaan van de huidige toestand? Wat zijn de krachten in de cliënt die kunnen bijdragen aan herstel?
- Op basis van deze onderzoeksvragen worden hypothesen opgesteld en getoetst aan de hand van diverse instrumenten, zoals prestatietaken, zelfrapportagevragenlijsten en (semi)gestructureerde interviews. De resultaten worden verwerkt volgens gestandaardiseerde methoden.
- De indicatieanalyse leidt op basis van alle verzamelde informatie tot een voorstel voor de behandeling of het vervolgtraject voor de cliënt. Dit wordt met de cliënt en aanvrager besproken in een terugkoppelingsgesprek.

- De diagnostische cyclus eindigt niet: tijdens de behandeling wordt de cyclus regelmatig opnieuw doorlopen om effecten te meten en evalueren.
- De psychodiagnostische praktijk vraagt om een zorgvuldige balans tussen een kritische onderzoekende houding en praktische haalbaarheid. Succesvolle diagnostiek vereist afstemming met de cliënt en diens omgeving, kritische zelfreflectie en bereidheid tot bijstelling van eerste indrukken.

Literatuurlijst

- Akwa GGZ. (2023). *Zorgstandaard Diagnostiek*. GGZ Standaarden. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diagnostiek>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition, text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bastiaens, T., Sebreghs, B., Gielen, L., Van Broekhoven, M., & De Hert, M. (2013). Introductie van WAIS-IV-NL in de klinisch-wetenschappelijke psychodiagnostische praktijk. *Neuron*, 18(1), 1-6.
- Berghuis, J. G., Ingenhoven, T. J. M., & Van der Heijden, P. T. (2024). *Praktijkboek persoonlijkheidsdiagnostiek*. BSL Media & Learning.
- Borra, R., Van Dijk, R., & Verboom, R. (Eds.). (2016). *Cultuur en psychodiagnostiek: Professioneel werken met psychodiagnostische instrumenten*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1069-2>
- Bouma, A., Mulder, J., Lindeboom, J., & Schmand, B. (Eds.). (2012). *Handboek neuropsychologische diagnostiek*. Pearson Assessment and Information BV.
- Claes, L., Bastiaens, T., & Witteman, C. (2020). *Psychodiagnostiek in de hulpverlening aan volwassenen en ouderen*. Uitgeverij Acco.
- De Beurs, E., Rinne, T., Van Kampen, D., Verheul, R., & Andrea, H. (2009). Reliability and validity of the Dutch Dimensional Assessment of Personality Pathology-Short Form (DAPP-SF): A shortened version of the DAPP-Basic Questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 308-326. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.308>
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Van Pameijer, N., & Van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Uitgeverij Acco.
- De Groot, A. D. (1961). *Methodologie: Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783110875621>
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijsma, K. (2009). *COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests (geheel herziene versie)*. Nederlands Instituut van Psychologen. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van <https://hdl.handle.net/11245/1.312828>

- Hendriks, M. P. H., Mol, B. A. W., & Kessels, R. P. C. (2020). *Opinie: Uniformiteit in de kwalitatieve beschrijving van scores op prestatietaken*. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 15(3). Geraadpleegd op 2 juli 2025, van https://www.tvnp.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/NP-15-3-2/Opinie-Uniformiteit-in-de-kwalitatieve-beschrijving-van-scores-op-prestatietaken
- Hengeveld, M. (2025). *Persoonlijkheidsdiagnostiek: Een praktische gids*. Boom.
- Hengeveld, M., Oosterbaan, D., & Tijdink, J. (2023). *Handboek psychiatrisch onderzoek*. Boom.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., & Clark, L. A. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kraijer, D., & Plas, J. (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid* (5^e druk). Pearson.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Western Psychological Services.
- Merckelbach, H., & Dandachi-Fitzgerald, B. (2020). Psychodiagnostiek anno 2020. *De Psycholoog*, 55(1), 34-44. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van <https://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/psychodiagnostiek-anno-2020>
- Resing, W. C. M. (2021). *Handboek intelligentietheorie en testgebruik* (2^e druk). Pearson.
- Ruijsenaars, A., & De Bruyn, E. (2015). *De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context*. Uitgeverij Acco.
- Scholing, A., & Visser, S. (2013). Het gesprek. In F. Luteijn, & D. Barelds (Reds.), *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg* (pp. 67-98). Boom Lemma.
- Van der Does, W. (2002). *BDI-II-NL handleiding: De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition*. Pearson.
- Van Os, J. (2017). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Vuijk, R., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2016). Psychodiagnostiek van een autismespectrumstoornis bij volwassenen: DSM-5-classificatie en diagnose in context. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 2, 80-86. Geraadpleegd op 2 juli 2025, van <https://www.autismekennisbank.nl/p/dsm-5-classificatie-en-diagnose-in-context/4796>