

# **Diagnostiek in de praktijk**

Een psychodynamische handleiding  
voor beginnende hulpverleners

**Frans Schalkwijk**

Boom  
Amsterdam

# Inhoud

Voorwoord	9
I De intakesetting	13
1. Het intakegesprek	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Gevalsbeschrijving	17
1.3 De doelstellingen van het intakegesprek	21
1.4 De techniek van de intakezitting	29
1.5 De inhoudelijke rubrieken van het intakegesprek	33
1.6 Samenvatting en literatuursuggesties	39
II Het verzamelen van informatie	41
2. Diagnostiek vanuit het klassieke driftmodel	43
2.1 Inleiding	43
2.2 Gevalsbeschrijving	50
2.3 De behoeften uit de oceanische fase	51
2.4 De behoeften uit de orale fase	54
2.5 De behoeften uit de anale fase	59
2.6 De behoeften uit de fallisch-oedipale fase	66
2.7 Samenvatting en literatuursuggesties	71
3. Diagnostiek vanuit het objectrelationele model	74
3.1 Inleiding	74
3.2 Gevalsbeschrijving	78

3.3	Het model van de psychologische geboorte	81
3.3.1	De symbiotische fase	82
3.3.2	De separatie-individuatiefase	84
3.4	De ontwikkeling van het zelf	90
3.5	Samenvatting en literatuursuggesties	99
4.	Diagnostiek van gehechtheid en mentaliserend vermogen	102
4.1	Inleiding	102
4.2	Gevalsbeschrijving	106
4.3	Diagnostiek van gehechtheidstijlen	109
4.4	Theorie en diagnostiek van mentaliseren	115
4.4.1	De theorie van het mentaliseren	115
4.4.2	De diagnostiek van het mentaliseren	119
4.5	Samenvatting en literatuursuggesties	123
5.	Diagnostiek van de afweermechanismen	126
5.1	Inleiding	126
5.2	Gevalsbeschrijving	132
5.3	Onrijpe afweermechanismen	137
5.4	Afweermechanismen uit de anale fase	143
5.5	Rijpe afweermechanismen	149
5.6	Samenvatting en literatuursuggesties	153
6.	Het gebruik van diagnostische instrumenten	155
6.1	Inleiding	155
6.2	Gevalsbeschrijving	157
6.3	Het Ontwikkelingsprofiel van Abraham	160
6.4	Het Structurele Interview	167
6.5	Andere instrumenten	172
6.6	Samenvatting en literatuursuggesties	176
III	Het ordenen van informatie	179
7.	Het formuleren van een diagnose	181
7.1	Inleiding	181
7.2	Gevalsbeschrijving	184
7.3	Beschrijvende diagnostiek	189
7.4	Beschrijvende diagnostiek en de DSM-classificatie	197
7.5	Diagnoses van neurotische problematiek	202
7.6	Samenvatting en literatuursuggesties	204

8. Het stellen van een indicatie	207
8.1 Inleiding	207
8.2 Gevalsbeschrijving	210
8.3 Geschiktheidscriteria	216
8.4 Psychoanalytische therapievormen	222
8.5 Overwegingen bij heraanmelding	228
8.6 Matching	230
8.7 Samenvatting en literatuursuggesties	232
Begrippenlijst	235
Literatuurlijst	253
Register	257

# Voorwoord

Wie op een psychodynamische manier wil leren diagnosticeren en indiceren staat voor een boeiende, maar moeilijke opgave. Er is een enorme hoeveelheid psychoanalytische en psychotherapeutische literatuur voorhanden, waarin de meest complexe theorieën over het psychisch functioneren worden beschreven. Maar wat blijft er over van al die kennis als je tegenover de cliënt zit en een intakegesprek moet voeren? De vier ontwikkelingsfasen van Freud kunnen opnoemen is iets heel anders dan in een intakegesprek uit het verhaal van de cliënt kunnen afleiden welke van die vier dominant is. Hoe zijn afweermechanismen, draagkracht, 'Ik-sterkte' en gevolgen van verwaarlozing te herkennen? Wat doet een therapeut als de cliënt angstig wordt in de intake, en hoe kunnen moeilijke zaken als seksualiteit en trauma's aan de orde komen? Al deze vragen worden in dit boek vanuit een psychoanalytisch referentiekader op zo'n praktische manier beantwoord dat de lezer aan het einde voldoende handvatten heeft om een goed intakegesprek te kunnen voeren en een diagnose en een behandelingsvoorstel te formuleren.

Schrijvend aan dit boek kwam er een jeugdherinnering bij mij naar boven. In de *Reader's Digest* van mijn grootouders las ik de anekdote van een student chirurgie die een onuitwisbare indruk op zijn hoogleraar wilde maken. Hij maakte vooraf een uitputtende studie van de anatomie van de knie en wist er werkelijk alles van. In de operatiekamer gekomen, deed de student zijn imponerend bedoelde, goed voorbereide openingszet en noemde allerlei ingewikkelde termen. De hoogleraar keek hem verbaasd aan, wees op de opengelegde knie en zei: 'Joh, dat weet ik allemaal niet meer. Ik doe dit hier gewoon opzij, dan snij ik het daar door en klaar.'

Nog steeds snap ik niet waarom juist deze anekdote mij zo is bijgebleven en waarschijnlijk heb ik de pointe niet eens goed onthouden. Hij geeft echter wel precies weer waar het in dit boek om gaat. Het is niet de bedoeling om

de theorie van diagnostiek op een hoog abstractieniveau te beschrijven, maar om de beginnend hulpverlener praktische theoretische kennis aan te bieden en hem of haar in te wijden in de diagnostische praktijk. Elk hoofdstuk bevat daarom een uitgebreide, gefingeerde gevalsbeschrijving. In de tekst van de hoofdstukken heb ik zo weinig mogelijk literatuurverwijzingen opgenomen om de kennis vooral op praktisch niveau over te brengen. Waar ik wel auteurs citeer, vermeld ik dat. Elk hoofdstuk eindigt met enkele, vooral Nederlandstalige, literatuursuggesties. Een consequentie van dit uitgangspunt is wel dat ik ervoor heb gekozen begrippen niet uitputtend te behandelen als dit ten koste zou gaan van de begrijpelijkheid. Ook de begrippenlijst achter in het boek is vanuit die gedachte samengesteld. Dit boek is geschreven vanuit het perspectief van de praktijk van de ambulante psychotherapie, waarbij – als er aan therapievormen wordt gerefereerd – individuele therapie meestal het kader vormt. Dat heeft voornamelijk te maken met mijn eigen praktijkervaring: psychoanalyse, individuele psychoanalytische therapie en partnerrelatietherapie.

Stap voor stap wordt het voeren van een diagnostisch intakegesprek uitgelegd, zowel in theoretische termen als in praktische begrippen.

In het eerste hoofdstuk wordt beschreven hoe het intakegesprek daadwerkelijk gevoerd wordt. De intake heeft verschillende doelstellingen, die verder gaan dan het verzamelen van informatie om tot een diagnose te komen. De cliënt moet ook worden gemotiveerd en zich veilig voelen tijdens het gesprek. Dit wordt bereikt door verschillende therapeutische technieken toe te passen. In het hoofdstuk staat ook een overzicht van de vragenrubrieken.

In de volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens het driftmodel (hoofdstuk 2), het objectrelationele model en de zelfpsychologie (3), de gehechtheidstheorie (4) en de functie van afweermechanismen (5) beschreven. Hoewel in de psychoanalyse het volwassen karakter wordt gezien als de neerslag van de ontwikkeling in de kinderjaren, ligt het accent in de intake grotendeels op het hier en nu. Welke onbewuste conflicten, fantasieën of wensen spelen de cliënt op dit moment parten? Het verleden is belangrijk om het heden te begrijpen, maar vormt zelden het aanknopingspunt om met een behandeling te beginnen. Ook het gedrag van de cliënt tijdens de intakezitting kan veel informatie bieden, als je maar weet waar je op moet letten.

In hoofdstuk 6 komen diagnostische instrumenten aan de orde die behulpzaam kunnen zijn bij het verzamelen van gestructureerde informatie. Hierin worden het Ontwikkelingsprofiel en het Structurele Interview uitgebreid beschreven, terwijl de MMPI, de DSM-5 en de PDM kort aan de orde komen.

In de laatste twee hoofdstukken wordt de informatie uit de voorafgaande hoofdstukken samengebracht. Stap voor stap wordt beschreven hoe de the-

rapeut tot de formulering van een diagnose komt en welke overwegingen er worden gemaakt om een bepaalde therapievorm aan te bieden. De psychoanalytische beschrijvende diagnostiek wordt ook verbonden met de classificaties van de DSM-5. Bij het nadenken over de mogelijke behandelingsvormen komen inzichtgevende versus steunend-structurende therapie, de therapiefrequentie en de geschiktheidscriteria voor een behandeling aan de orde.

Hoewel de inhoud van dit boek geheel voor mijn verantwoordelijkheid komt, ben ik blij dat een aantal collega's met mij heeft meegedacht. Hun kritiek heb ik, zoveel als ik kon verdragen, in de tekst verwerkt. Ook van hun praktijkervaringen heb ik dankbaar gebruikgemaakt; ze zijn in de tekst verwerkt als waren deze van mezelf. Ik ben Daan Daniëls, Minke de Jong en Esther Swart enorm dankbaar dat zij het hele manuscript hebben gelezen en me hebben geholpen de tekst te verbeteren. Hun vragen en suggesties dwongen en stimuleerden mij hem steeds opnieuw kritisch te lezen. Sandra Brugger, Tineke Haks, Nelke Nicolai en Catherine Pannevis hebben me geholpen door gedeeltes van de tekst te lezen. Ook hen wil ik hartelijk danken voor hun waakzame blik.

In dit praktijkboek is een grote hoeveelheid aan cliëntmateriaal te vinden. In de korte vignetten heb ik de persoonlijke gegevens die herkenbaar waren, veranderd of weggelaten, zodat herkenbaarheid voor anderen dan de cliënt onmogelijk is. Voor de uitgebreide gevalbeschrijvingen is een ander procedé gevolgd. Voor twee daarvan is aan de betreffende cliënt toestemming gevraagd voor geanonimiseerde publicatie. De overige zes gevalbeschrijvingen zijn door mij samengesteld: deze fictieve cliënten zijn ontstaan uit mijn ervaring. Als anderen dan de cliënt zelf trekken van zichzelf of vrienden in de vignetten of de gevalbeschrijvingen menen te herkennen, is dat begrijpelijk: niets menselijks is ons vreemd.

Dit boek werd voor het eerst uitgegeven in 2003 en kende meerdere oplages. In 2015 heb ik het manuscript grondig bewerkt. Er is een hoofdstuk toegevoegd over gehechtheid en mentaliseren (hoofdstuk 4), en het hoofdstuk over meetinstrumenten (6) is sterk veranderd. Verder is de literatuurlijst geactualiseerd; na 2003 zijn er weer zoveel nieuwe boeken verschenen en oudere uit de handel genomen dat dit dringend nodig was. Ook zijn er verwijzingen opgenomen naar internetsites waarop theorie of experimenten te vinden zijn.

Ik wens de lezer toe dat hij of zij dit boek op twee manieren gebruikt: als een bron van kennis en als een bron van inspiratie. Diagnostiek en indicatiestelling zijn niet alleen belangrijke pijlers van iedere vorm van therapeutische hulpverlening, maar zijn vaak ook professioneel zeer bevredigend.

# I De intakesetting



# I Het intakegesprek

## I.1 INLEIDING

Vanaf het moment van telefonische aanmelding of internetcontact staat alles wat er tussen behandelaar en cliënt gebeurt in de context van het therapeutisch kader. Het is aan de therapeut om dat kader te bewaken en natuurlijk verwacht de cliënt dat ook: de therapeut zet de toon. Stelt hij zich informeel of wat zakelijker op? Houdt hij het kort aan de telefoon, of kan de cliënt uitweiden? En zo zijn er nog allerlei aspecten. Het kader van de intakesetting bewaakt hij door bij het begin van de behandeling zijn werkwijze duidelijk uit te leggen, en door aandacht te geven aan praktische zaken als de inrichting van de kamer, een hand geven en tijdsbewaking. Zo definieert de therapeut de intakesetting. De mogelijkheid een goede diagnose te stellen, staat of valt met de kwaliteit van het intakegesprek. Vandaar dat dit hoofdstuk over de doelstellingen en technieken van het intakegesprek voorafgaat aan de inhoudelijke hoofdstukken over diagnostiek. Het voeren van een intakegesprek vergt veel van de intaker. In kort bestek, soms slechts drie kwartier, moet hij zich een oordeel vormen over de problemen en de hulpvraag van de cliënt, zijn persoonlijkheid en de behandelingsmogelijkheden. Tegelijkertijd moet de intaker de cliënt geruststellen, omdat hij waarschijnlijk voor het eerst van zijn leven in aanraking komt met hulpverlening. Ten slotte moet de intaker er ook nog voor zorgen dat de cliënt gemotiveerd blijft of wordt, en niet voortijdig afhaakt doordat het intakegesprek een afknapper of te bedreigend is. Dit alles maakt het intakegesprek tot een boeiende, maar moeilijke onderneming.

*therapeutisch  
kader*

Aan de hand van de strategie voor het intakegesprek dat in dit hoofdstuk wordt beschreven, is het in principe mogelijk dit alles in de eerder genoemde drie kwartier voor elkaar te krijgen. In de gevalsbeschrijving (paragraaf 1.2) worden de lotgevallen van een therapeut in zijn eerste intakegesprek beschreven, met typische angsten en onhandigheden van de beginner. Een belangrijk leerpunt in deze gevalsbeschrijving is dat wat de cliënt zegt niet onmiddellijk

*doorvragen*

voor waar aan te nemen, maar vooral grondig door te vragen. Vaak is de informatie die de cliënt niet uit zichzelf vertelt of weglaat namelijk minstens zo interessant als die welke hij spontaan geeft.

*deskundigheid*

Voor een beginnend therapeut is het belangrijk werkelijk de tijd te nemen die hij nodig heeft om zijn afwegingen goed te kunnen maken. Het is beter een extra intakegesprek te plannen, dan op grond van te weinig informatie uitspraken te doen. In de loop van dit hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan. Natuurlijk is bijna iedere beginnende therapeut bezorgd dat de cliënt aan je voelt of ziet dat je onzeker bent. Als de cliënt daar op enige manier een opmerking over maakt, is het belangrijk niet defensief te reageren. Een therapeut hoeft ook niet in alles een zeer ervaren deskundige te zijn; het is voldoende de algemene therapeutische deskundigheid te benadrukken: 'Ik snap dat u, gezien mijn leeftijd, zich afvraagt of ik zelf kinderen heb en of ik uw problemen met uw puberdochter wel begrijp. Ik denk dat het vooral belangrijk is dat we samen een helder beeld krijgen van uw probleem met uw dochter, en dat is nu net mijn vak. Laten we nog eens kijken...' Hoe gerechtvaardigd je als beginnend therapeut die vraag zelf misschien ook vindt, je kunt voor jezelf ook vraagtekens zetten bij zo'n opmerking van de cliënt: 'Wat betekent het dat zij haar twijfel uit? Doet zij dat op een wat aanvallende, een chronisch verongelijkte of een wat hopeloze manier?' Als je het durft, kun je na een opmerking van de cliënt over jou er zelfs gewoon naar vragen: 'Wat betekent het voor u dat ik inderdaad nog jong/beginnend/puberloos/homoseksueel ben?'

*doelstellingen*

Na de gevalsbeschrijving in paragraaf 1.2 ga ik in op de verschillende doelstellingen van het intakegesprek, die verder gaan dan het verzamelen van informatie, het diagnosticeren van de problematiek en het opstellen van het behandelplan. Want hoewel de intake moet leiden tot een diagnose en een voorstel over de (on)mogelijkheden van een behandeling, zijn andere aspecten minstens zo belangrijk. De intake is voor de meeste cliënten immers de eerste kennismaking met de hulpverlening, en velen zetten die stap pas na lang aarzelen en met veel schroom of schaamte. De meesten weten ook niet wat de intaker van ze wil of hoe therapie eigenlijk werkt. Kortom, het is nodig informatie aan de cliënt te verschaffen, zodat hij bewust een adequate hulpvraag kan formuleren. Naast schroom en schaamte komt ook angst veel voor: soms is een cliënt op voorhand al angstig of hij wordt het als hij over zijn klachten praat en de intaker doorvraagt. Ook dat moet de behandelaar goed in de gaten houden. Een stevige therapeut, die zich op zo'n moment positioneert als deskundige, biedt in dat opzicht veiligheid.

*technieken*

De doelstellingen van het intakegesprek worden het best bereikt in een zitting die, in ieder geval vanuit het oogpunt van de therapeut, zeer gestructureerd is. Het is belangrijk elk intakegesprek op vrijwel dezelfde manier te laten