

E.E.J. De Bruyn & A.J.J.M. Ruijsseenaars

# De Diagnostische Cyclus in de praktijk

Casuïstiek, achtergronden,  
beschouwingen en context

<b>Woord vooraf</b>	9
<b>Dankbetuigingen</b>	11
<b>Deel 1 Praktijk</b>	13
<b>1. Inleiding</b>	17
1.1 De algemene en de specifieke doelen van <i>De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context</i>	18
1.1.1 Algemeen doel	19
1.1.2 Specifiek doel	20
1.2 Het referentiekader	20
1.2.1 Achtergrond	20
1.2.2 De diagnostische cyclus (DC)	21
1.2.3 Diagnostische scenario's	24
1.3 De DC als leidraad voor de diagnosticus als praktijkwetenschapper	28
1.4 Diagnostiek en praktijk	29
1.5 Tot slot	31
Bijlage	31
<b>2. Van praktijk naar leer</b>	37
2.1 Twee voorbeeldcasus	38
2.1.1 Gedragsproblematiek: Casus Max	38
2.1.2 Leerproblematiek: Casus Victoria	44
2.2 Tot slot	52
<b>3. Casuïstiek met aantekeningen bij procedure en inhoud</b>	55
3.1 Ter inleiding op Casus Ellen	56
3.1.1 Casus Ellen: Gezondheidszorg	56
1. Identificatiegegevens van cliënt en diagnosticus	56
2. Aanmelding	56

3.	Klachtenanalyse	57
4.	Diagnostisch scenario	59
5.	Probleemanalyse	60
6.	Verklaringsanalyse	63
7.	Integratief beeld	69
8.	Indicatieanalyse	71
9.	Advies	72
3.2	Samenvatting en evaluatie Casus Ellen	72
3.3	Ter inleiding op Casus Leo	74
3.3.1	Casus Leo: Onderwijs	76
1.	Identificatiegegevens van cliënt en diagnosticus	76
2.	Aanmelding	76
3.	Klachtenanalyse	77
4.	Diagnostisch scenario	79
5.	Probleemanalyse	80
6.	Verklaringsanalyse	83
7.	Integratief beeld	85
8.	Indicatieanalyse	85
9.	Advies	86
3.4	Samenvatting en evaluatie Casus Leo	87
3.5	Tot slot	89
<b>4.</b>	<b>Vragen en misverstanden</b>	<b>93</b>
4.1	Inleiding	93
4.2	Het model van de diagnostische cyclus	97
4.3	Aanmelding	106
4.4	Klachtenanalyse	106
4.5	Probleemanalyse	107
4.6	Verklaringsanalyse	109
4.7	Indicatieanalyse	111
4.8	Advisering	112
4.9	Rapportage	112
4.10	Diagnostiek algemeen	113
4.11	Tot slot	114
<b>Deel 2</b>	<b>Achtergronden en beschouwingen</b>	<b>115</b>
<b>5.</b>	<b>Het verhaal van de cliënt in de klachtenanalyse</b>	<b>119</b>
5.1	Inleiding	119
5.2	Stand van zaken	123
5.3	Implicaties voor de praktijkleer van de diagnostische cyclus (PLDC)	134
5.4	Tot slot	135
<b>6.</b>	<b>Classificatie van probleemgedrag (probleemanalyse)</b>	<b>139</b>

6.1	Inleiding	139
6.2	Stand van zaken	140
6.2.1	Gedragstheoretische benadering	140
6.2.2	Categoriale benadering	142
6.2.3	Dimensionele benadering	144
6.3	Implicaties voor de praktijkleer van de diagnostische cyclus (PLDC)	146
6.4	Tot slot	148
<b>7.</b>	<b>Verschillen tussen informanten (probleemanalyse)</b>	<b>151</b>
7.1	Inleiding	151
7.2	Stand van zaken	152
7.3	Implicaties voor de praktijkleer van de diagnostische cyclus (PLDC)	155
7.4	Tot slot	157
<b>8.</b>	<b>Risico- en protectieve factoren (probleemanalyse en indicatie-analyse)</b>	<b>161</b>
8.1	Inleiding	161
8.2	Stand van zaken	162
8.2.1	Definiëring van risicofactoren en protectieve factoren	162
8.2.2	Risicofactoren en protectieve factoren: onafhankelijk of twee uitersten op een continuüm?	163
8.2.3	Risicofactoren en protectieve factoren in het licht van een competente ontwikkeling	164
8.3	Uitkomsten van empirisch onderzoek	164
8.4	Implicaties voor de praktijkleer van de diagnostische cyclus (PLDC)	167
8.5	Risico- en protectieve factoren in relatie tot de indicatieanalyse	171
8.6	Tot slot	171
<b>9.</b>	<b>Formuleren van causale hypothesen (verklaringsanalyse)</b>	<b>175</b>
9.1	Inleiding	175
9.2	Verklaringen van emotionele en gedragsproblemen	177
9.2.1	Stand van zaken: het handboek van Carr (2006) als voorbeeld	177
9.3	Verklaringen van lees- en rekenproblemen	181
9.3.1	Stand van zaken: de leerboeken van Van der Leij (2003) en van Ruijssenaars, Van Luit en Van Lieshout (2004) als voorbeeld	181
9.4	Protocollaire benaderingen	188
9.5	Implicaties voor de praktijkleer van de diagnostische cyclus (PLDC)	191
9.6	Tot slot	195
<b>10.</b>	<b>Kiezen van de best passende behandeling (indicatieanalyse)</b>	<b>199</b>
10.1	Inleiding	199

10.2	Sociaal-emotionele problemen en effectiviteit van behandeling: stand van zaken	200
10.2.1	Sociaal-emotionele problemen: indicatie- en contra-indicatiecriteria	205
10.3	Leerproblemen en effectiviteit van behandeling: stand van zaken	209
10.3.1	De context van de behandeling	210
10.3.2	Algemene uitgangspunten bij de behandeling van dyslexie en dyscalculie	212
10.3.3	De behandeling van dyslexie	213
10.3.4	De behandeling van dyscalculie	216
10.3.5	Dyslexie en dyscalculie: indicatie- en contra-indicatiecriteria	218
10.4	Implicaties voor de praktijkleer van de diagnostische cyclus (PLDC)	220
10.5	Tot slot	225
	<b>Deel 3 De diagnostische cyclus in context</b>	227
	<b>11. De diagnostische cyclus in context</b>	231
11.1	Modellen en referentiekaders	231
11.1.1	Ontwikkelingsgeschiedenis van het normatief-prescriptieve model van de DC (De Bruyn e.a.)	232
11.1.2	De regulatieve cyclus (Van Strien)	236
11.1.3	De geïntegreerde benadering (onder meer Kievit en Tak)	238
11.1.4	Het hypothesetoetsend model (Carlier e.a.)	241
11.1.5	Het klinisch-diagnostisch procesmodel (Vertommen e.a.)	244
11.1.6	Het psychodiagnostisch onderzoeksprocesmodel (Witte-man e.a.)	246
11.2	Richtlijnen NVO en NIP	249
11.2.1	NVO Basisaantekening diagnostiek	249
11.2.2	NIP Basisaantekening Psychodiagnostiek (BAPD)	251
11.3	Tot slot	253
	<b>Epiloog</b>	255
	<b>Bijlagen</b>	257
Bijlage 1	Casus Sylvia (17;0 jaar): jeugdgezondheidszorg	259
Bijlage 2	Casus Frank (17;4 jaar): jeugdgezondheidszorg	272
Bijlage 3	Casus Martijn (7;11 jaar): onderwijsleerproblemen	282
Bijlage 4	Casus Fokko (15;10 jaar): justitie	293
	<b>Literatuur</b>	305
	<b>Zaakregister</b>	319
8	<b>Naamregister</b>	331

# Woord vooraf

Acht jaar na *Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus* (De Bruyn, Pameijer, Ruijsenaars & Van Aarle, 1995) verscheen *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer* (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003). Beide handboeken zijn meermaals herdrukt en vonden hun weg naar opleidingen en naar collega's in de klinische praktijk. Ze zijn ook van invloed geweest op de richtlijnen van de beroepsverenigingen voor psychologen en (ortho)pedagogen voor registratie op het niveau van de basisdiagnostiek. Reacties van studenten, opleiders en diagnostici werkzaam in de praktijk waren voor ons mede aanleiding om aan een vervolpublicatie te denken.

In de eerste plaats bleek er behoefte aan het illustreren van de toepassing van de diagnostische cyclus met casuïstiek, niet door middel van een verzameling van invulverslagen die als standaardsjabloon te kopiëren zijn, maar in de vorm van voorbeelden van realistische rapportages uit de concrete praktijk, becommentarieerd vanuit het perspectief van de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus (PLDC). In dit boek presenteren we een aantal casus uit de praktijk, aangevuld met in het bijzonder procedurele en deels ook inhoudelijke opmerkingen. Ten tweede: opleiders en supervisors worden geregeld geconfronteerd met vragen van studenten en cursisten over de status van de diagnostische cyclus (DC) als zodanig of over onderdelen daarvan. We behandelen dergelijke vragen in een apart hoofdstuk.

Ten slotte leefde er vanuit de opleidingen ook een behoefte aan verdere uitdieping van een aantal thema's, ter aanvulling op het boek uit 2003. We bespreken deze thema's per stap van de diagnostische cyclus waarin ze het meest prominent naar voren komen. Zo vraagt het thema van het subjectieve verhaal van de cliënt extra aandacht in de stap van de klachtanalyse, terwijl de eventuele verschillen tussen informanten bij het beschrijven van de ernst van problemen voor de diagnosticus vooral in de stap van de probleemanalyse om een oplossing vragen. We gaan bovendien uitgebreid in op beschikbare wetenschappelijke kennis over onderwerpen als risico- en protectieve factoren, verklaringen voor verschillende ontwikkelingsproblemen en de kennis die beschikbaar is bij

het kiezen van de best passende behandeling. Ook de context van de diagnostische modellen die in de laatste decennia in ons taalgebied gepresenteerd zijn en de standpunten van de beroepsverenigingen komen uitgebreid aan de orde.

In dit volledig nieuwe boek blijft de basisfilosofie van de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus (PLDC) het uitgangspunt. Naar onze mening is deze voldoende robuust gebleken en zien we (nog) geen reden tot aanpassing van deze leidraad. De (academisch opgeleide) diagnosticus is een praktijkwetenschapper die als professional in staat moet zijn om op transparante en verantwoorde wijze cliëntbetrokkenheid en het gebruik van wetenschappelijke kennis te combineren. De verschillende hoofdstukken en de uitgewerkte casuïstiek bieden daarvoor een bijkomende ondersteuning. De voorbeelden in dit boek zijn weliswaar vooral ontleend aan de (jeugd-)gezondheidszorg, het onderwijs en het justitiële domein, maar de praktijkleer is van toepassing in alle werkvelden waarmee de diagnosticus te maken kan krijgen. In dit boek staat de procedurele uitwerking van de diagnostiek volgens de DC centraal, geïllustreerd aan de hand van inhoudelijke problematiek.

# Dankbetuigingen

Onze dank gaat uit naar alle collega's in praktijk en opleiding die zich bij de start van dit schrijfproject bereid hadden verklaard diagnostische casus aan te leveren en van commentaar te laten voorzien. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat alle werkvelden inhoudelijk aan bod zouden komen. Dat streven bleek een te pretentieuze en tijdsintensieve opzet. Wij zagen ons gedwongen het bereik van de aanvankelijke opzet in te perken en daarbinnen keuzes te maken. Het materiaal van de geselecteerde casus werd ten behoeve van dit boek in een vergelijkbaar format en lengte omgezet, en waar nodig op onderdelen aangevuld dan wel gewijzigd. Als auteurs van dit boek nemen we dan ook de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de casuïstiek. De beschikbaar gestelde rapportages stelden ons in staat om een aantal thema's explicieter te benoemen en te behandelen in de verschillende hoofdstukken.

Onze dank gaat in de eerste plaats expliciet uit naar collega's die ons hun (geanonimiseerde) casus, soms ook in tweede versie, deden toekomen. Het zijn in alfabetische volgorde: dr. Helen Bakker, dr. Peter van den Bergh, drs. Trudy Bron, drs. Ton Duindam, drs. Cécile Elshoff, drs. Anja Jacobs, dr. Helma Koomen, dr. Nicole Krol, drs. Ellen Loykens, drs. Inemiek van Mameren, prof. dr. Wilma Resing, drs. Henk Rost, drs. Linda van der Stroom en drs. Maartje Wijnekus.

In de beginfase van het schrijven was collega drs. Noëlle Pameijer actief betrokken bij de opzet van het boek en bij enkele delen van de beginhoofdstukken. Helaas bleken haar intensieve werkzaamheden een langdurige continuering als coauteur in de weg te staan, maar wij zijn haar dankbaar voor haar enthousiaste en deskundige inbreng. Onze dank geldt ook haar bereidheid om het eindproduct na te lezen en van opmerkingen en correcties te voorzien, wat eveneens geldt voor (in alfabetische volgorde) de collega's: dr. Edward van Aarle, dr. Jelle Drost, drs. Cécile Elshoff, MSc. Marlies Roijackers, drs. Bart Ruijssenaars, en drs. Harriët Speelman.





# *Deel 1*

## **Praktijk**



- Hoofdstuk 1 Dit hoofdstuk gaat in op de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus als referentiekader voor het uitwerken van casuïstiek. Na bespreking van de doelen van dit boek komen verschillende diagnostische scenario's aan bod.
- Hoofdstuk 2 Aan de hand van twee voorbeelden van (gedeeltelijke) casuïstiek wordt geïllustreerd welke inhoudelijke en procedurele vragen bij de diagnosticus kunnen opkomen en van invloed zijn op de diagnostische cyclus.
- Hoofdstuk 3 Casus Ellen en Casus Leo zijn twee voorbeelden van volledig uitgewerkte rapportages uit de klinische praktijk. Ze worden uitgebreid voorzien van aantekeningen over inhoud en gevolgde procedures.
- Hoofdstuk 4 Er bestaan verschillende vragen en misverstanden over de diagnostische cyclus en over diagnostiek in het algemeen. De belangrijkste daarvan worden in dit hoofdstuk besproken.
- Hoofdstuk 5 In de klachtanalyse staan de zorgen en gevoelens van cliënten centraal, blijkend uit hun verhaal en uitmondend in de hulpvragen. Dit hoofdstuk gaat in op de wijze waarop de diagnosticus deze fase kan doorlopen.
- Hoofdstuk 6 In de probleemanalyse wordt vastgesteld op welk type probleem de hulpvragen betrekking hebben. De verschillende manieren om probleemgedrag te ordenen en beschrijven komen in dit hoofdstuk aan bod.
- Hoofdstuk 7 In de probleemanalyse zijn dikwijls meer informanten betrokken. De diagnosticus zal rekening moeten houden met van elkaar afwijkende meningen, zonder een beroep te kunnen doen op een gouden standaard.
- Hoofdstuk 8 In de afrondende fase van de probleemanalyse is het nodig dat een weging wordt gemaakt van risico- en protectieve factoren. De analyse hiervan is van invloed op de verklaringsanalyse, indicatieanalyse en het advies.
- Hoofdstuk 9 In de verklaringsanalyse staan het formuleren en toetsen van causale hypothesen centraal, gebaseerd op wetenschappelijke kennis. Enkele voorbeelden van zulke kennisbestanden worden nader uitgewerkt.
- Hoofdstuk 10 In de indicatieanalyse komt de diagnosticus tot een ordening in en prioritering van mogelijke interventies die aansluiten bij de hulpvragen van de cliënt. Voorbeelden van kennisbestanden worden uitgewerkt.
- Hoofdstuk 11 Het slothoofdstuk gaat in op de positie van de Diagnostische Cyclus ten opzichte van zowel in Nederland als in Vlaanderen uitgewerkte theoretische modellen en de richtlijnen van de beroepsverenigingen.

<b>1. Inleiding</b>	17
1.1 De algemene en de specifieke doelen van <i>De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context</i>	18
1.1.1 Algemeen doel	19
1.1.2 Specifiek doel	20
1.2 Het referentiekader	20
1.2.1 Achtergrond	20
1.2.2 De diagnostische cyclus (DC)	21
1.2.3 Diagnostische scenario's	24
1.3 De DC als leidraad voor de diagnosticus als praktijkwetenschapper	28
1.4 Diagnostiek en praktijk	29
1.5 Tot slot	31
Bijlage	31

# 1.

## Inleiding

### Oriëntatie

Het boek *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer* (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003) heeft zijn weg naar de opleidingen gevonden en is meermaals herdrukt. Maar ook in de praktijk worden de beschreven uitgangspunten en stappen als waardevol beoordeeld en toegepast. Zo is het inmiddels gangbaar om een onderscheid te maken tussen verschillende typen diagnoses, zoals een onderkende of een verklarende diagnose, expliciet of impliciet gekoppeld aan passende onderzoekshypothesen, met een variëteit aan onderzoeksmiddelen (niet per definitie tests) en toetsingscriteria. Ook het bijeenbrengen van diagnostische informatie in een samenvattend of integratief beeld is ingeburgerd, evenals het verantwoorden van gemaakte keuzes door verwijzing naar actuele wetenschappelijke kennis. De diagnostische cyclus blijkt bovendien goed inpasbaar in en ondersteunend bij een geprotocolleerde manier van werken.

Het tweede deel van *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer* (De Bruyn e.a., 2003) heeft als titel *Handleiding* en bevat praktijkvoorbeelden van elke stap in de cyclus. We verwijzen daarvoor naar de paragrafen *Werkwijze* en *Aandachtspunten* in de verschillende hoofdstukken van die publicatie. Wat in die teksten echter ontbreekt, zijn voorbeelden van het volledige diagnostisch proces en van uitgewerkte diagnostische verslagen met reflecties daarop.

De vaker gehoorde behoefte van docenten, studenten en professionals aan een voorbeeldverslag is begrijpelijk, al bestaat het gevaar dat zo'n illustratie van één casus met een op zichzelf staande geschiedenis, problematiek en hulpvraag een eigen leven gaat leiden en tot standaard wordt verheven. Een voorbeeldverslag is immers een verbijzondering van een algemene manier van denken, geen algemeen model voor individuele gevallen.

De vraag naar voorbeelden en praktische uitwerkingen kan naar onze mening het beste worden beantwoord door aan de hand van illustraties van verschillende casuïstiek zowel de algemeenheid van het diagnostisch proces volgens de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus (PLDC) toe te lichten, als de individuele toepassingen. In dit casuïstiekboek gaan we in op de afzonderlijke stappen in de diagnostische cyclus en de daarbij optredende vragen. Het model zelf staat hierbij niet ter discussie, maar de uitwerking en de toepassing worden op verschillende momenten opnieuw kritisch doordacht.

We geven ook enkele volledige verslagen zoals die in de klinische praktijk voorkomen. Ze zijn grotendeels daaraan ontleend en worden voorzien van kanttekeningen en aandachtspunten die een didactisch doel dienen: reflectie op genomen beslissingen en op de kwaliteit van de rapportage. In deel 1 (hoofdstukken 1 tot en met 4) staan het model van de diagnostische cyclus, de concrete uitwerking in casuïstiek, alsook vragen en misverstanden centraal. In deel 2 (hoofdstukken 5 tot en met 10) bespreken we algemene thema's, gerelateerd aan de verschillende stappen in de diagnostische cyclus. De verschillende stappen zelf kwamen reeds uitgebreid aan bod in het boek *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. De daarin per hoofdstuk behandelde onderwerpen (zoals: verantwoording, begrippen, voorwaarden, werkwijzen en aandachtspunten) worden hier niet herhaald. In deel 3 (hoofdstuk 11) plaatsen we de diagnostische cyclus in de context van de meest gangbare modellen en richtlijnen, waaronder die van de beroepsverenigingen. In de bijlagen geven we vier voorbeeldverslagen uit diverse werkvelden (jeugdzorg in ruime zin en onderwijs), telkens voorzien van een oriëntatie en een beknopte, vooral procedurele nabeschouwing.

We zijn ons ervan bewust dat we met dit boek over casuïstiek geen antwoord hebben voor alle vragen die zich in de praktijk voordoen. Telkens weer zal blijken dat individuele problemen (gedeeltelijk) uniek zijn en een eigen context hebben. Menselijk gedrag, functioneel en disfunctioneel, is de uitkomst van een dynamisch (transactioneel) ontwikkelingstraject, waarin individu en omgeving zich in wisselwerking met elkaar voortdurend aanpassen. Ook de balans tussen risicofactoren en beschermende condities zal van geval tot geval verschillen en tot uitdrukking komen in het eigen verhaal van de cliënt.

### 1.1 **De algemene en de specifieke doelen van *De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context***

Dit casuïstiekboek is bedoeld voor docenten en studenten psychologie en orthopedagogiek, alsook voor gedragsdeskundigen/gedragswetenschappers (GZ-psychologen en orthopedagogen-generalist) die werkzaam zijn in de klinische praktijk. Binnen de basisopleiding nemen de theorie en de praktijk van de diagnostische cyclus een herkenbare plaats in, evenals in postacademische opleidingstrajecten. Het ligt voor de hand dat het boek ook geschikt is voor

kinderpsychiaters in opleiding. De diagnostische bekwaamheden van kinderpsychiaters, GZ-psychologen en orthopedagogen-generalist overlappen elkaar in belangrijke mate en zijn wederzijds aanvullend (Ruijsenaars, Dijkshoorn & Knorth, 2008; 2011).

### 1.1.1 Algemeen doel

*Het algemene doel van dit boek is dat bestudering duidelijk maakt hoe de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus (PLDC) te concretiseren en uit te werken is, geïllustreerd aan de hand van een diversiteit aan inhoudelijke hulpvragen die zich binnen de complexiteit van de verschillende werkvelden in de hulpverlening aandienen.*

Ondanks de inhoudelijke diversiteit heeft diagnostiek in de verschillende soorten klinische praktijk veel gemeenschappelijk: de basisstructuur van de diagnostische cyclus is dezelfde en het gaat om gelijkaardige typen beslissingen. In de volgende hoofdstukken zijn uit een kennismaking met de verscheidenheid ook de overeenkomsten af te leiden. Het voordeel hiervan is dat de lezer zich een algemeen toepasbaar kader eigen maakt, dat zowel handvatten biedt voor het zelf uitvoeren van diagnostiek als voor het beoordelen van rapportages die door derden zijn opgesteld. Deze laatste functie mag niet onderschat worden, gelet op de traditie van dossiervorming in de hulpverlening. Het vanuit een overkoepelend referentiekader kritisch evalueren van beschikbare verslagen is één van de belangrijke taken van elke diagnosticus, zowel voorafgaand aan de start van de eigen cyclus, als tijdens het doorlopen ervan. Het is een voorwaarde om hypothesen te kunnen toetsen aan de hand van bestaande informatie. De praktijk om uit een dossier (ondeugdelijke) constatering en conclusies over te nemen, kan ernstige gevolgen hebben, zoals onderzoek naar de kwaliteit van rapportages in strafrechtelijke beslissingen laat zien (Van Esch, 2012). Het onnodig overdoen van goed uitgevoerde diagnostiek is evenmin wenselijk. De professional dient in staat te zijn om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van bestaande informatie in termen van betrouwbaarheid, validiteit, transparantie, volledigheid en consistentie.

De hulpvragen in dit praktijkboek hebben betrekking op cognitieve, emotionele en relationele problemen bij kinderen en jeugdigen, dikwijls in combinatie met elkaar. In bepaalde situaties in de klinische praktijk kan het ook gaan om volwassenen, zoals in de zorg voor personen met zintuiglijke en/of (ernstige) verstandelijke en meervoudige beperkingen. Al gaan we niet specifiek in op diagnostiek bij deze doelgroepen, de diagnostische cyclus is ook in dat complexe werkveld van toepassing. De werkvelden waar de hulpvragen in de verschillende hoofdstukken zich voordoen, zijn de jeugdzorg (jeugdhulpverlening inclusief de pleegzorg, geestelijke gezondheidszorg, justitiële zorg) en het onderwijs.



### 1.1.2 Specifiek doel

*Het specifieke doel is ondersteuning bij de toepassing van de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus (De Bruyn e.a., 2003). Deze ondersteuning betreft drie facetten: de toepasbaarheid in de klinische praktijk, de integratie van kennisdomeinen in de gevolgde werkwijze, en de herkenbaarheid van het eigen karakter van het onderliggende model van diagnostische besluitvorming.* De toepasbaarheid van de DC komt aan de orde in deel 1 (Praktijk), de integratie van kennisdomeinen in deel 2 (Achtergronden en beschouwingen), en de herkenbaarheid van het onderliggende model in deel 3 (Context).

De doelen vloeien voort uit het belang dat wij in de praktijkleer hechten aan het referentiekader van de diagnostische cyclus als een denk- en werkmodel voor een verantwoorde klinische praktijk. We geven dit kader om die reden in de volgende paragraaf beknopt weer.

## 1.2 Het referentiekader

### 1.2.1 Achtergrond

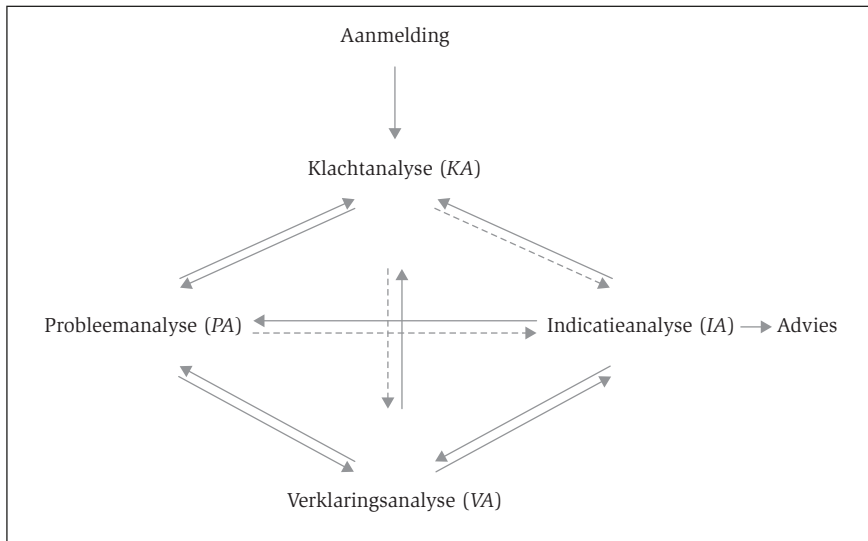
In *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer* hebben we het referentiekader van de diagnostische cyclus beschreven, gericht op het zo verantwoord mogelijk nemen van diagnostische beslissingen aan de hand van de hoofdstappen in het diagnostisch proces. Diagnostische beslissingen dienen transparant te zijn, navolgbaar en waar mogelijk gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke kennis (evidence based). Als deze kennis (nog) ontbreekt, dan moet vanzelfsprekend de besluitvorming nog altijd controleerbaar zijn en stoelen op de juiste argumenten. Elke hoofdstap vraagt om daarbij behorende, kenmerkende eigen keuzes en beslissingen, maar ook om afstemming met andere hoofdstappen, uitmondend in een coherent geheel.

Het beeld van een navolgbaar diagnostisch proces in een beperkt aantal hoofdstappen mag niet geassocieerd worden met volledig voorgeprogrammeerde standaardprocedures die volgens een (gesloten) algoritme moeten verlopen. Integendeel, de werkwijze van de diagnostische cyclus is juist flexibel, van casus tot casus aanpasbaar aan de aard van de hulpvragen van de cliënt en dus zeker *niet* standaard. Anderzijds is de praktijkleer geen pleidooi voor het volledig vertrouwen op intuïtieve creativiteit, aangezien dat de kans op onbetrouwbare en niet-valide oordelen vergroot. We hebben bovendien dikwijls te maken met probleemsituaties waarin intuïtief handelen al eerder tekortschoot en waarin de cliënt met diens probleem een (soms al lange) voorgeschiedenis heeft. Toepassing van de diagnostische cyclus vraagt om

het *doordacht* zetten van stappen die weliswaar in een voorkeursvolgorde zijn gerangschikt, maar die geheel of gedeeltelijk in verschillende kleinere en grotere subcycli kunnen worden doorlopen. Deze werkwijze is niet strijdig met het gebruik van protocollen waarin de flexibiliteit van de diagnostische cyclus wordt gerespecteerd.

### 1.2.2 De diagnostische cyclus (DC)

In figuur 1.1 geven we de (volledige) cyclus weer. De ononderbroken pijlen representeren de grondfiguur van de diagnostische cyclus. De drie stippellijnen (of verkorte routes) maken de mogelijkheden die zich in de diagnostische praktijk voordoen volledig. Aansluitend op de schematische weergave van de diagnostische cyclus we in box 1.1 de stappen nogmaals weer in de vorm van een lijst met de activiteiten die daarbinnen plaatsvinden.



**Figuur 1.1.** De diagnostische cyclus van aanmelding tot advies.

De vier hoofdstappen zijn als volgt samenvattend te karakteriseren (De Bruyn e.a., 2003):

- Klachtenanalyse (KA)* is het proces van het met de cliënt verhelderen van de klachten (in de vorm van zorgen, gevoelens, emoties), met het oog op het formuleren van diens expliciete hulpvragen als aanknopingspunt voor verder onderzoek. De uitkomst van de klachtenanalyse is de verhelderende diagnose.
- Probleemanalyse (PA)* is de beschrijving, ordening, benoeming en taxatie van de ernst van het probleemgedrag, eventueel in de vorm van een

classificatie. De uitkomst van de probleemanalyse is de onderkende diagnose.

- c. *Verklaringsanalyse* (VA) is het opstellen en toetsen van wetenschappelijk onderbouwde, alternatieve *verklaringen* voor het onderkende probleem. De uitkomst van de verklaringsanalyse is de verklarende diagnose.
- d. *Indicatieanalyse* (IA) is het komen tot de keuze van het best passende type aanpak van een probleem, gelet op de aard van het specifieke probleem van de cliënt. De uitkomst van de indicatieanalyse is de indicerende diagnose.

Een diagnostisch proces start bij de aanmelding en eindigt met het advies. De pijlen in figuur 1.1 geven de richting aan waarin de hoofdstappen gezet kunnen worden. De beslissing van de diagnosticus om door te gaan naar een volgende stap, stappen over te slaan (zie de stippellijnen), te herhalen of terug te keren naar een eerdere stap, hangt af van de mate van zekerheid van de beschikbare informatie die beschikbaar komt uit verschillende activiteiten. In box 1.1 en in de bijlage achteraan in dit hoofdstuk geven we een overzicht van de in figuur 1.1 afgebeelde stappen en van de activiteiten die daaronder vallen, uitgaande van de meest volledige versie van de cyclus. In hoofdstuk 11 komen we daar nogmaals op terug.

**Box 1.1** Lijst van stappen en activiteiten in de meest volledige versie van de DC (zie bijlage achteraan voor een toelichting op de met een \* gemarkeerde begrippen).

Aanmelding

- Bepalen verloop
- Vaststellen formele posities\*
- Beslissen ten aanzien van voortzetting
- Vervolgtraject bepalen

**KA** (fase van **verhelderende** diagnostiek)

- Start
- Gesprek
- Formuleren van klachten\* en hulpvragen\*
- Controleren van betekenis
- Controleren van volledigheid
- Controleren van interne consistentie
- Afronding
  - Ordenen naar belangrijkheid
  - Schriftelijk vastleggen

[Bepalen van het **diagnostisch scenario**\*]

Analyse → Ordening van onderzoekstypen\* → Informeren cliënt

**PA** (fase van **onderkende** diagnostiek)

- Voorlopige casusinventarisatie\*
- Controleren van inventarisatie\*
- Algemene probleeminventarisatie\*
- Benoeming en onderkenning
- Taxatie van ernst
- Weging negatieve en positieve gedragingen\*

**VA** (fase van **verklarende** diagnostiek)

- Formuleren van diagnostische verklaringen\*
- Activeren van algemeen theoretische kennis
- Opsporen (wetenschappelijk geldige) relaties tussen probleem en condities
- Voorlopig diagnostisch schema\* en prioritering
- Deelbewering en onderzoekshypothesen
- Controle validiteit beschikbare kennis
- Toetsen van diagnostische verklaringen\*
- Operationaliseren onderzoekshypothesen
- Precisering
- Inventarisatie onderzoeksmiddelen\*
- Keuze geschikte middel(en)
- Vaststellen van toetsingscriteria
- Uitvoering toetsen\*
- Evaluëren uitkomsten
- Integratief beeld (de verklarende diagnose)\*

**IA** (fase van **indicerende** diagnostiek)

- Beoordeling inzetbaarheid behandeling
- Formulering en prioritering doelen\*
- Selecteren relevante interventies
- Bepalen nut van kans en slagen\*

## Advisering\*

- Vorbereiding adviesgesprek
- Voorlichting cliënt
- Controle door diagnosticus
- Overleg over aanbeveling
- Concretiseren gekozen advies
- Afsluiting

De begrippen in box 1.1 spreken in een aantal gevallen voor zich. Ze zijn bekend bij de lezer die vertrouwd is met *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer* (De Bruyn e.a., 2003) en behoeven in dat geval geen nadere toelichting. Voor de lezer voor wie dat niet het geval is, hebben we in de bijlage bij dit hoofdstuk een beknopte beschrijving van een aantal begrippen opgenomen voor zover ze niet al eerder aan bod zijn gekomen of in het verloop van het hoofdstuk alsnog worden toegelicht. De keuze voor de daar besproken begrippen is gebaseerd op de ervaring dat ze in rapportages, zoals die in de klinische praktijk voorkomen (zie ook hoofdstuk 3 en de casuïstiek in de bijlagen), soms tot misverstanden of onduidelijkheden leiden.

### 1.2.3 Diagnostische scenario's

De verschillende routes door de diagnostische cyclus leiden tot een variatie aan scenario's of 'draaiboeken', met de diagnosticus als regisseur. Het scenario

dat de diagnosticus aanvankelijk voor ogen heeft, is het onderzoeksplan dat aansluit op de diagnostische hulpvraag/hulpvragen van de cliënt. Het kan onderkendend en/of verklarend en/of indicierend van opzet zijn. In de loop van het proces is bijstelling van het plan mogelijk.

De grondfiguur van de diagnostische cyclus is in figuur 1.1 weergegeven door middel van de ononderbroken lijnen, terwijl de stippellijnen verkorte routes laten zien. In principe geldt dat de diagnosticus ten aanzien van elke stap beslist of deze in een specifieke casus nodig is of niet. De beslissing om een stap over te slaan is primair afhankelijk van inhoudelijke overwegingen: is er, gelet op de hulpvraag, voldoende deugdelijke kennis beschikbaar en is een verantwoorde beslissing nodig of mogelijk zonder extra informatie? Theoretisch gezien kan het eenmalig doorlopen van één of meer stappen voldoende informatie opleveren, maar dikwijls zal er sprake zijn van (soms korte) terugkoppelingen en subcycli. Het is denkbaar dat de diagnosticus deze reeksen en subcycli voor zichzelf noteert met behulp van de afkortingen en haakjes die we ook in de vier hierna te bespreken voorbeelden hanteren.

De diagnosticus neemt beslissingen binnen elke stap, maar doet dat ook bij de overgangen tussen stappen.

Een voorbeeld van een keuze *binnen* een stap is om het gesprek met de cliënt in de klachtaanalyse te voeren in de vorm van een semigestructureerd interview óf om het initiatief voor de inhoud van diens verhaal juist volledig aan de cliënt over te laten.

Een voorbeeld van een beslissing bij een overgang *tussen* twee stappen is om terug te gaan naar een vorige stap, omdat belangrijke informatie nog blijkt te ontbreken. Het hierboven al genoemde overslaan van een stap is een ander voorbeeld.

Aan de hand van figuur 1.1 zijn verschillende scenario's te schetsen voor het verloop van de diagnostische cyclus na de aanmelding. Elk scenario resulteert in de indicatieanalyse (IA) in een voorkeurskeuze voor de best passende aanpak van het probleem, zoals die op een later moment in het advies aan de cliënt ter sprake komt.

We geven voorbeelden van de vier meest voor de hand liggende scenario's, gebruik makend van de in figuur 1.1 genoemde afkortingen:

- KA: klachtaanalyse
- PA: probleemanalyse
- VA: verklaringsanalyse
- IA: indicatieanalyse

De hoofdstappen in de verschillende scenario's duiden we aan met hoofdletters, de 'overgeslagen' stappen met kleine letters tussen haakjes. Ze worden weliswaar niet als hoofdstap uitgevoerd, maar de diagnosticus zal ze toch kort in overweging moeten nemen om te kunnen beslissen dát ze inderdaad op dit moment niet op de voorgrond staan.

1. KA [ $\rightarrow$  pa  $\rightarrow$  va]  $\rightarrow$  IA

We geven twee voorbeelden van dit scenario met het minste aantal stappen.

Het ene voorbeeld is een eerste, uitgebreid gesprek van de diagnosticus met de ouders van een meisje van 5 jaar met opvallend agressief gedrag ten opzichte van haar twee oudere broers van 10 en 12 jaar, iets waarover de ouders zich veel zorgen maken. Al pratend vallen voor de ouders veel dingen op hun plaats, bijvoorbeeld: ten aanzien van hun inconsequente en onderling verschillende manier van reageren op haar gedrag. Ook de invloed van de uitdagende houding van de twee broers wordt voor hen duidelijk door er hardop over na te denken en, op navraag van de diagnosticus, verschillende situaties en voorbeelden te beschrijven. Aan het einde van het gesprek besluiten de ouders dat ze samen een dagboek met observaties gaan bijhouden, waarin ze aanleidingen, gedragingen, hun reacties daarop en mogelijke verbeterpunten vastleggen. Samen met de diagnosticus komen ze tot de conclusie dat dit voorlopig de beste aanpak is. Misschien zijn daarna alsnog verdere diagnostische stappen nodig, maar zeker is dat niet. De ouders hebben er alle vertrouwen in dat ze voldoende steun hebben aan deze werkwijze. Het verhelderen van hun zorgen aan de hand van concrete voorbeelden leidt tot een aanpak die voor hen op dit moment voldoet.

Het tweede voorbeeld is een vraag van de ouders van een kind van 9 jaar waarbij al eerder de onderkende diagnose ‘hardnekkige, enkelvoudige dyslexie’ is gesteld – er is dus al een PA geweest – en waarvan bekend is dat dit samenhangt met aanzienlijke problemen in het omgaan met de klankstructuur van de taal (ofwel: er is een fonologisch tekort gebleken in een eerdere VA). Op basis van de bekende (en volledig gebleken) gegevens wordt gekozen voor een gespecialiseerde behandeling van dyslexie met een accent op training van de fonologische vaardigheden, gekoppeld aan het daadwerkelijk lezen en spellen.

2. KA [ $\rightarrow$  pa]  $\rightarrow$  VA  $\rightarrow$  IA

Een voorbeeld van dit scenario zonder expliciete probleemanalyse is een opvoedingsvraag van de moeder van een jongen van 15 jaar met een eerder onderkende gedragsstoornis, waarbij op voorhand niet bekend is in hoeverre deze samenhangt met condities in hem zelf en in zijn directe omgeving. Uit de onderkende en beschrijvende diagnose ‘oppositional gedragstoornis’ (ODD, vastgesteld volgens de beschrijvende criteria van de meest recente versie van de DSM) valt niet af te leiden wat de meest waarschijnlijke verklaring voor zijn problematische gedrag is. De DSM biedt immers geen verklarende diagnose, maar een onderkenning. Stel dat er in de directe omgeving sprake is van ernstige risicofactoren (slechte huisvesting, alcoholproblemen van vader die af en toe elders woont, nog twee broers met gedragsproblemen, werkeloosheid en schulden), dan is de situatie een andere

dan wanneer het gaat om een harmonieus en volledig gezin zonder verdere problemen. De uitkomst van de VA zal van invloed zijn op de keuze voor de aanpak, waarbij er in de eerste situatie minder mogelijkheden zijn om via de directe omgeving een gedragsaanpak te ondersteunen dan in de tweede situatie.

3.  $KA \rightarrow PA [\rightarrow va] \rightarrow IA$

Het expliciet ontbreken van de stap van de verklaringsanalyse (VA) komt in de praktijk frequent voor. Een voorbeeld is de zorg van ouders over hun zoon van 10 jaar, die op school regelmatig geplaagd wordt en huilend thuiskomt. In plaats van hun advies op te volgen om stevig van zich af te bijten, trekt hij zich volgens hen juist terug. Zij begrijpen dat niet. In de klachtanalyse (KA) beschrijven de ouders, onder andere, zijn fascinatie voor treinen en spoortijden, zijn rituelen bij het gaan slapen en naar het toilet gaan (hij kleedt zich altijd volledig uit), en zijn schrikreacties als er opeens iets anders gebeurt dan is afgesproken. De uitgebreidere probleemanalyse (PA) maakt duidelijk dat bij deze jongen volgens de DSM-criteria PDD-NOS wordt onderkend. Op basis van de beschikbare literatuur over de opvoeding van kinderen met PDD-NOS is een lijst op te stellen (IA) van de belangrijkste uitgangspunten voor hun opvoedingsaanpak, die in het adviesgesprek met hen wordt doorgenomen.

4.  $KA \rightarrow PA \rightarrow VA \rightarrow IA$

Dit is het meest volledige diagnostisch scenario: de keuze voor de best passende aanpak (IA) als antwoord op de analyse van het verhaal van de cliënt en diens hulpvraag (KA), waarna wordt nagegaan wat het probleem is (PA) en waardoor het is ontstaan of in stand blijft (VA). Voorbeelden van dit meest volledige scenario komen uitgebreid aan bod in hoofdstuk 3 en in de bijlagen.

Het model van de diagnostische cyclus leidt tot gsystematiseerde diagnostiek, afgestemd op de kenmerken van de cliënt of het cliëntsysteem en gebruik makend van actuele wetenschappelijke kennis. De diagnostische cyclus ondersteunt een geprotocolleerde manier van werken. De structuur ervan is op te vatten als een vorm van protocollering van het diagnostisch proces (vergelijk: Van Vlierberghe, Hamers & Braet, 2008, p. 28). Kenmerkend voor protocollen is dat er sprake is van een beslisstructuur die gebaseerd is op zo veel mogelijk empirisch bewijs en op plausibele theoretische inzichten. De via empirisch onderzoek of systematische ervaring vastgelegde kennis stuurt de besluitvorming. Dat is geen sturing volgens een beslisboom of algoritme met telkens 100% zekerheid, maar eerder sturing op basis van een verantwoorde kans op de juiste keuze. Een protocol geeft een zekere mate van standaardisering en het vereist professionele expertise om daarmee verantwoord te kunnen omgaan. Protocollen in de hulpverlening zijn geen keurslijf. Ze laten ruimte voor individuele



aanpassingen en zijn verenigbaar met de (therapeutische) hulpverleningsrelatie tussen professional en cliënt.

### 1.3 De DC als leidraad voor de diagnosticus als praktijkwetenschapper

Een belangrijk streven in de hulpverlening is om fouten in de oordeelsvorming en besluitvorming *zo veel mogelijk* te voorkomen. Dat kan door gebruik te maken van deugdelijke, actuele wetenschappelijke kennis en door de principes van het logisch redeneren toe te passen. De kans op het maken van fouten in de loop van het diagnostisch proces is verder te verkleinen door, onder andere, zelfreflectie, door systematische controles na gezette stappen en door attent te blijven voor en te leren van fouten.

Het model van de DC legt het diagnostisch proces uiteen in een aantal hoofdstappen. Over deze stappen en de overgangen ertussen kunnen we nadenken in termen van de kwaliteit en de voorwaarden waaraan telkens moet worden voldaan. Voorbeelden daarvan zijn: navolgbaarheid, betrouwbaarheid van de gebruikte middelen en consistentie in de besluitvorming.

We beschouwen de (academisch opgeleide) diagnosticus als een praktijkwetenschapper – in de literatuur veelal aangeduid als *clinical scientist* of *scientist-practitioner* – die op een transparante en verantwoorde manier het inzetten van wetenschappelijke kennis kan combineren met professionele betrokkenheid en samenwerking met de cliënt. Een praktijkwetenschapper is de belichaming van wat in de literatuur wordt aangeduid als *Evidence Based Practice*, door de APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006, p. 273) omschreven als: *Evidence-based Practice is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences.*

Een praktijkwetenschapper dient over een aantal competenties te beschikken, die zich aftekenen in een spanningsveld tussen wetenschap, behandeling en werksituatie, waarop we in de volgende paragraaf nader zullen ingaan. De hierboven genoemde taakgroep van de APA geeft een overzicht van competenties die ook van toepassing zijn op de diagnosticus. In de PLDC hebben we zulke competenties benoemd als professionele voorwaarden. Zo moet de diagnosticus kennis hebben over diagnostische oordeels- en besluitvorming en in staat zijn tot systematische ‘case formulation’ (zie ook: Eells, 1997), te vertalen als: ‘het opstellen van een (voorlopige) theorie voor het individuele geval’, waarin wordt aangegeven hoe het diagnostisch probleem valt te begrijpen vanuit de bestaande wetenschappelijke kennis. De theorie voor het individuele geval – of: het voorlopig diagnostisch denkschema – kan worden bijgesteld op basis van nieuwe informatie (De Bruyn e.a., 2003, p. 144) en geeft mogelijke hypothe-

sen over de aard en het ontstaan van een probleem. Een andere belangrijke professionele competentie van de diagnosticus zijn diens vaardigheden in interpersoonlijk contact, in het aangaan van een hulpverleningsrelatie (door de APA benoemd als *therapeutic relationship*), en in het omgaan met individuele verschillen (zoals: leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, seksuele geaardheid, religieuze overtuiging) en culturele diversiteit. Volgens de PLDC zijn naast zulke professionele voorwaarden ook methodologische en psychometrische voorwaarden te onderscheiden, die de kwaliteit waarborgen van respectievelijk het doorlopen van de stappen in de diagnostische cyclus en van de in te zetten middelen.

#### 1.4 Diagnostiek en praktijk

De professionele, methodologische en psychometrische voorwaarden waaraan de stappen in de DC idealiter voldoen, beogen de diagnosticus als praktijkwetenschapper in staat te stellen fouten in de oordeelsvorming en besluitvorming zo veel mogelijk te voorkomen. Met ‘zo veel mogelijk’ verwijzen we impliciet naar het onzekerheidskarakter van de diagnostiek. De Bruyn (1985) spreekt in dit verband in zijn handboek *Psychodiagnostiek: Een systematische inleiding vanuit het klinische gezichtspunt* van het spanningsveld van de diagnostiek en werkt dat uit wat betreft de relatie tussen psychodiagnostiek en respectievelijk wetenschap, behandeling en werksituatie. Het is interessant om drie decennia na het verschijnen van het handboek weer stil te staan bij een aantal hoofdpunten uit zijn betoog (zie: De Bruyn, 1985, pp. 197-214) en na te gaan in hoeverre verandering is opgetreden.

De spanningsrelatie tussen (psycho)diagnostiek en wetenschap hangt voor een belangrijk deel samen met het naast elkaar bestaan van diverse benaderingen en begrippenkaders. De diagnosticus moet hierin doorgaans zelf zijn weg zien te vinden en ofwel kiezen voor één benadering of theoretische variant, ofwel complementair gebruik maken van het beste uit verschillende benaderingen. Gekoppeld aan dit inhoudelijke keuzeprobleem zijn ook de beschikbaarheid, actualiteit en bruikbaarheid van de bijbehorende diagnostische methoden niet altijd vanzelfsprekend. De ontwikkeling van theorieën houdt immers niet altijd gelijke tred met die van de diagnostische methoden. Naast voorgaande spanningsrelaties wijst De Bruyn op het gebrek aan integratie van empirische kennis. Veel kennis is gericht op specifieke vragen, concrete voorspellingen en oplossingen voor praktische problemen. Bovendien beperkt de kennis zich over het algemeen tot relaties tussen verschijnselen in onderzoekspopulaties en leidt het niet tot een geïntegreerd beeld van de dynamische interacties op het niveau van de individuele persoonlijkheid.

Ook het spanningsveld van diagnostiek en behandeling wordt gekenmerkt door diversiteit, zowel tussen als binnen theoretische benaderingen. En wederom staat de diagnosticus voor de beslissing om zich in het advies voor een behandeling te beperken tot een beredeneerde keuze voor één kader, dan wel een voorkeur uit te spreken voor een eventueel beschikbare integratief-eclectische benadering. Het zal daarbij ook verschil uitmaken of diagnosticus en behandelaar dezelfde persoon is of dat het twee verschillende professionals zijn met ieder hun eigen kennis. Los van de diversiteit als vaststaand gegeven, is er de vraag naar de effectiviteit in het algemeen – zo die al bekend is – en de kans van slagen in een specifieke situatie. In het individuele geval zal altijd mede rekening gehouden moeten worden met individuele kenmerken en vaardigheden van de persoon waarvoor de behandeling wordt geadviseerd. En ook uit de behandeling zelf kan informatie voortkomen die voor het verdere verloop belangrijk is, in een cyclische afwisseling van diagnose, behandeling en evaluatie (zie ook: Hofstee, 1982, p. 698). Het derde spanningsveld dat De Bruyn beschrijft, is dat van de diagnostiek en de inbedding in de werksituatie. In de eerste plaats richten instellingen en organisaties – voor veel professionals vormen die de werksituatie – zich dikwijls op cliënten met specifieke typen problemen. Zulke instellingsgebonden classificaties van problemen kunnen bepalend zijn voor wat wel en niet wordt onderzocht, zoals het geval is bij toelatings- of plaatsingsdiagnostiek. In de tweede plaats wordt in instellingen veelal met (multidisciplinaire) teams gewerkt, wat eveneens een inperking kan betekenen van de rol en de verantwoordelijkheid van de individuele diagnosticus. Tot slot is ook de praktijk van het rapporteren een bron van druk voor de diagnosticus die de wetenschappelijk gefundeerde werkwijze zowel voor de cliënt als voor de organisatie inzichtelijk moet presenteren, zonder meer zekerheid te suggereren dan verantwoord is.

Wanneer we de drie voorgaande spanningsrelaties overzien, dan valt de blijvende actualiteit ervan op. Er zijn natuurlijk vorderingen gemaakt, maar de keuzeproblemen voor de diagnosticus bestaan nog, alleen al omdat de hoeveelheid documentatie groot is en divers van aard. Denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van uitgebreid gedocumenteerde classificatiesystemen en aan de groeiende hoeveelheid empirisch effectiviteitsonderzoek. Op verschillende plaatsen in dit boek komen de in dit hoofdstuk aangesneden thema's daarom weer aan bod. Zo gaan we, bijvoorbeeld wat betreft het eerste spanningsveld, in hoofdstuk 5 in op een ontwikkelingsmodel en in hoofdstuk 9 op een hiërarchisch model van verklaringen, die beide een handvat bieden om tot een geïntegreerd beeld van condities te komen, die op het niveau van de individuele persoonlijkheid met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Wat betreft het kiezen van de best passende behandeling – als voorbeeld van het tweede spanningsveld (rond behandeling) – gaan we in hoofdstuk 10 onder andere in op de keuze tussen afzonderlijke of gecombineerde (eclectische) interventies, gekoppeld aan de beschikbare empirische evidentie. Het derde spanningsveld, de werksituatie, speelt op veel plaatsen in dit praktijkgerichte boek een promi-

nente rol, bijvoorbeeld: in de praktische uitwerking van de rapportage over het doorlopen van de diagnostische cyclus in uiteenlopende werkvelden.

## 1.5 Tot slot

We zijn ingegaan op de doelen van dit casuïstiekboek. Ook de belangrijkste kenmerken van de diagnostische cyclus zijn samenvattend aan bod gekomen, evenals de DC als leidraad voor de diagnosticus als praktijkwetenschapper en het spanningsveld van een wetenschappelijk georiënteerde diagnostiek in de praktijk. De complexiteit van de klinische praktijk roept dikwijls vragen op, zowel over de inhoud van een casus als over de werkwijze (of procedure). Als overgang naar een uitgebreide bespreking van casuïstiek (hoofdstuk 3) en de belangrijkste vragen en misverstanden die zich in de praktijk voordoen (hoofdstuk 4), gaan we om didactische redenen in hoofdstuk 2 in op enkele voorbeelden uit de klinische praktijk. We beperken ons tot de start van de DC en laten aan de hand van deze voorbeelden zien wat voor inhoudelijke en procedurele vragen zich kunnen voordoen en hoe deze te beantwoorden zijn aan de hand van de Praktijkleer van de Diagnostische Cyclus (PLDC). We maken in hoofdstuk 2 derhalve de stap van praktijk naar leer.

## Bijlage

### Beknopte omschrijving van enkele belangrijke begrippen in box 1.1

#### *Formele posities (zie Aanmelding)*

Een aanmelding is ontvankelijk als de formele posities van alle betrokkenen duidelijk zijn, als er geen juridische beletselen zijn en als er voldoende aanwijzingen zijn voor een constructieve samenwerking tussen diagnosticus en cliënt. In de hulpverleningscontext is de leeftijd van het aangemelde kind hét wettelijk vastgelegde criterium om de formele positie van de direct betrokkenen te bepalen:

- Het kind is jonger dan 12 jaar: de ouders/opvoeders zijn de opdrachtgevers. Na een scheiding zijn beiden in principe opdrachtgever. Bij een ondertoezichtstelling (OTS) is de gezinsvoogd ook een direct betrokkene.
- Het kind/de adolescent heeft de leeftijd van 12 tot 16 jaar: de ouder/opvoeder is de opdrachtgever, maar de diagnosticus moet aan het kind toestemming vragen om aan het aanmeldingstraject mee te werken. Dat is bijvoorbeeld na te gaan in een gezamenlijk overleg met ouder/opvoeder en adolescent, waarbij, in het geval van twee ouders, beide ouders aanwezig dienen te zijn.
- De jongvolwassene is tussen 16 en 18 jaar: een jongvolwassene heeft dezelfde status als een volwassene en is zowel cliënt als opdrachtgever, ook als hij/zij door de ouder/opvoeder wordt aangemeld. In dat geval is eerst een afspraak met de jongvolwassene nodig om diens positie als cliënt en opdrachtgever duidelijk te maken.

- Afhankelijk van de aard van de aangekaarte problematiek (het 'wat'), heeft de diagnosticus de verplichting om de ouders/opvoeders erop te wijzen dat zij zelf ook de positie van cliënt kunnen gaan innemen: het onderzoek kan zich niet alleen op het kind maar ook op hen als opvoeders richten. Dat wordt het best besproken nadat het aanmeldingstraject is verkend. De diagnosticus zal de ouders/opvoeders dan uitleggen waarom het noodzakelijk is ook informatie over hun omgang met het kind, of eventueel over hun persoonlijkheid, in te winnen. Voor uitgebreide achtergrondinformatie verwijzen we naar de uitgave van de beroepsverenigingen NVO en NIP *Beroepsethiek als kompas in de jeugdzorg* (NVO/NIP, 2013; te downloaden via: [www.psynip.nl/themadossiers/jeugdzorg-professionalisering\\_.html](http://www.psynip.nl/themadossiers/jeugdzorg-professionalisering_.html) en [www.nvo.nl](http://www.nvo.nl)).

#### *Klacht (zie KA/klachtanalyse)*

In een klacht wordt tot uitdrukking gebracht dat men 'iets' (zoals een gedachte, gedrag, een gevoel, gebeurtenis, het opvoeden) als negatief *beleeft*: ongewenst, storend, afwijkend, belemmerend, niet meer beheersbaar, zorgelijk enzovoort. Het is (nog) niet van belang hoe de verschillende situaties er precies uitzien, wel dat ze *als zorgelijk beleefd* worden, zoals: de zorg om het verliezen van de greep op de opvoeding; het voelen van onmacht om als ouder je eigen kind te helpen; de zorgen rond het zien mislukken van een belangrijke fase in de ontwikkeling en de mogelijke gevolgen daarvan.

#### *Hulpvraag (zie KA/klachtanalyse)*

De hulpvraag is de vraag naar het soort hulp waar de cliënt of diens omgeving – in de context van de klachtervaring – werkelijk behoefte aan heeft. Het fundament van de hulpverlening is de hulpvraag. Deze kan expliciet geformuleerd zijn, maar het is ook mogelijk dat de vraag impliciet (onuitgesproken) aanwezig is. Een hulpvraag is altijd in de bewoordingen van de cliënt geformuleerd of te formuleren, bijvoorbeeld: in de vorm van een bewering (zoals: 'Ik wil graag geholpen worden bij/met...') of in de vorm van een vraag (zoals: 'Hoe kan ik... het beste aanpakken?').

#### *Diagnostisch scenario (na KA/klachtanalyse en voorafgaand aan PA/probleemanalyse)*

Met diagnostisch scenario (zie ook paragraaf 1.2.3) bedoelen we een geordende reeks van typen onderzoek, per diagnostische hulpvraag geordend en afgestemd op de principes van de diagnostische cyclus. De volgorde in het scenario is niet willekeurig, maar afgestemd op de aard van de hulpvragen (zie figuur 1.1). Het diagnostisch scenario markeert de overgang van KA naar PA.

#### *Onderzoekstypen (zie PA/probleemanalyse)*

Het onderzoek dat de diagnosticus uitvoert om de vraagstellingen binnen de diagnostische cyclus te beantwoorden, typeren we als verhelderend, onderkennend, verklarend of indicierend onderzoek.

#### *Voorlopige casusinventarisatie (zie PA/probleemanalyse)*

Na de klachtanalyse, waarin de zorgen en de belevingen centraal staan, begint de probleemanalyse met het inventariseren van de als problematisch ervaren probleemgedragingen (handelingen, gedachten, gevoelens) en de concrete situaties waarin deze zich voordoen. Ook de ontstaans- en verloopgeschiedenis komen daarbij aan bod.

*Controleren van inventarisatie (zie PA/probleemanalyse)*

De diagnosticus controleert het overzicht van zorgen en belevingen vanuit een objectiverende optiek: a) Zijn de probleemgedragingen, -situaties en -geschiedenis inhoudelijk zó concreet beschreven dat ook voor anderen helder is waar het over gaat? b) Is voldoende informatie aanwezig over de intensiteit en de frequentie van het probleemgedrag?

*Algemene probleeminventarisatie (zie PA/probleemanalyse)*

Onderkenning van een probleem/stoornis vereist dat het gedrag van de individuele cliënt vergeleken wordt met de disfunctionele gedragsclusters die uit wetenschappelijk onderzoek bekend zijn. De diagnosticus kan hierbij gebruik maken van bestaande classificatiesystemen, zich bewust realiserend dat zo'n onderkenning in beschrijvende termen geen verklaring voor een probleem/stoornis biedt.

*Weging van positieve en negatieve gedragingen (zie PA/probleemanalyse)*

Niet alleen de negatieve, maar ook de positieve gedragingen bevatten waardevolle informatie. Positieve voorbeelden van concrete gedragingen kunnen een probleem relativeren, aanknopingspunten bieden voor een aanpak (indicatiestelling) en een idee geven omtrent de ernst van de problematiek. Een persoon is meer dan een optelsom of groepering van zijn probleemgedrag. In hoofdstuk 8 gaan we in dit verband in op de risico- en protectieve factoren.

*Formuleren van diagnostische verklaringen (hypothesen) (zie VA/verklaringsanalyse)*

Een wetenschappelijk verklarende hypothese is een toetsbare *bewering* over de (met een bepaalde mate van zekerheid) veronderstelde causale samenhang tussen twee of meer condities. In hoofdstuk 9 gaan we nader in op het belang van de theoretische en de empirisch-wetenschappelijke kennis die hierbij behulpzaam is.

*Voorlopig diagnostisch schema (zie VA/verklaringsanalyse)*

Het voorlopig diagnostisch denkschema is een eerste conceptueel 'schema' dat de diagnosticus opstelt op basis van de informatie uit de klacht- en probleemanalyse. Het geeft een voorlopig samenhangend beeld waarin aannemelijke oorzaak-gevolgrelaties worden weergegeven, gebaseerd op theoretische, empirische dan wel gesystematiseerde klinische kennis.

*Toetsen van diagnostische verklaringen (zie VA/verklaringsanalyse)*

Door de condities uit de verklarende onderzoekshypothese(n) te operationaliseren en door passende toetsingsmiddelen en -criteria te kiezen, is na te gaan in hoeverre de opgestelde verklaring(en) plausibel is (zijn), gelet op de voorspelde uitkomsten van de toetsing. Het gaat hierbij altijd om een mate van zekerheid.

*Inventarisatie onderzoeksmiddelen (zie VA/verklaringsanalyse)*

Onderzoeksmiddelen zijn alle middelen die bruikbaar zijn om een conditie uit een hypothese te operationaliseren, zoals: vragenlijsten, tests, toetsen, projectieve technieken, observatiemethoden, interviewtechnieken, anamnestiche gespreksvoering en dossieranalyse. Soms is de diagnosticus genoodzaakt om zelf een middel of werkwijze te construeren, mogelijk in de vorm van een klein experiment. Het gaat dus uitdrukkelijk niet uitsluitend om tests.

*Uitvoering toetsen (zie VA/verklaringsanalyse)*

De toetsing bestaat uit het daadwerkelijk toepassen van de gekozen middelen (zoals hiervoor beschreven) en het evalueren van de onderzoeksresultaten tegen de voorspelde uitkomsten, gegeven de gekozen criteria. Hypothesen kunnen worden aangenomen, verworpen of aangehouden.

*Integratief beeld (de verklarende diagnose) (zie VA/verklaringsanalyse)*

Het integratief beeld is een bijgewerkte versie van het voorlopige diagnostisch denkschema, waarin nu de relaties tussen condities en probleem, en tussen de condities onderling een gewicht krijgen. Daarmee ontstaat de uiteindelijk gestelde verklarende diagnose. Het integratief beeld is het antwoord van de diagnosticus op de diagnostische hulpvragen, zoals die met de cliënt zijn geformuleerd.

*Formulering en prioritering doelen (zie IA/indicatieanalyse)*

In het integratief beeld zijn zowel de klachten, problemen en verklarende condities als de positieve factoren en mogelijkheden samengebracht. De diagnosticus, eventueel geheel in overleg met de cliënt, formuleert op basis daarvan de globale interventiedoelen en stelt een voorlopige voorkeursvolgorde op. De cliënt stelt uiteindelijk de prioriteiten vast in dialoog met de diagnosticus en wordt daarbij geïnformeerd over bijvoorbeeld de haalbaarheid. Er is altijd een globaal interventiedoel, vooral gestuurd door de globale inhoud van klacht, probleem en verklaring. Eventueel kunnen samen met de cliënt ook specifieke doelen worden bepaald, die betrekking hebben op concrete gedragingen (gevoelens, gedachten of handelingen) in welomschreven situaties, maar dit kan ook onderdeel zijn van de interventie die wellicht later en/of elders concreet wordt ingevuld.

*Bepalen nut van kans en slagen (zie IA/indicatieanalyse)*

Het inschatten van het nut van een mogelijke aanpak van een probleem is een afweging van de opbrengst ten opzichte van de 'kosten' van die aanpak (in een uit de economie afkomstige terminologie). Het nut is overigens niet identiek aan effectiviteit. Zo kan de aanpak van een probleem leiden tot acceptatie ervan, zonder dat het probleem zelf verminderd is. Behalve over het nut van een aanpak zal de diagnosticus ook dienen na te denken over de kans van slagen. In hoofdstuk 10 gaan we daar uitgebreider op in en bespreken we het hiermee samenhangende thema van indicatie- en contra-indicatiecriteria.

*Advisering (zie Advisering)*

In de advisering geeft de diagnosticus een beargumenteerd antwoord dat aansluit bij de hulpvragen van de cliënt. Uitgangspunt is het integratief beeld en de eerder geformuleerde aanbevelingen van de indicatieanalyse. De reactie van de cliënt hierop geldt als een vorm van controle op de uitvoerbaarheid en prioritering van de aanbevelingen. De cliënt maakt een keuze: hij geeft aan welke aanbeveling(en) hij als advies zal gaan opvolgen. Het eindproduct van de advisering bestaat uit een concretisering van het gekozen advies en uit afspraken over de evaluatie van de diagnose(n) en/of het gekozen advies.

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)



*De Diagnostische Cyclus in de praktijk* presenteert onder meer een variëteit aan casus die de diagnostische besluitvorming kunnen verhelderen. De vele concrete voorbeelden lichten zowel het algemene diagnostische proces als de individuele toepassingen toe. De casus steunen op de uitgangspunten die beschreven zijn in het gewaardeerde en meermaals herdrukte basisboek *De Diagnostische Cyclus. Een praktijkleer*.

De praktijkleer van de diagnostische cyclus is breed toepasbaar gebleken in verschillende werkerreinen en werkt ook ondersteunend bij een geprotocolleerde manier van werken. Zo is het inmiddels gangbaar om een onderscheid te maken tussen verschillende soorten diagnoses, zoals een onderkende of een verklarende diagnose, gekoppeld aan passende onderzoekshypothesen en toetsingscriteria. Eveneens ingeburgerd is het samenbrengen van diagnostische informatie in een integratief beeld en het verantwoorden van gemaakte keuzes door verwijzing naar actuele wetenschappelijke kennis.

In dit 'casuïstiekboek' gaan de auteurs in op de afzonderlijke stappen in de diagnostiek en op de vragen die daarbij rijzen. Ze geven een aantal volledige voorbeeldverslagen, zoals die in de klinische praktijk van diverse werkvelden voorkomen. De casus zijn voorzien van kanttekeningen en aandachtspunten die een didactisch doel dienen: reflectie op genomen beslissingen en de kwaliteit van rapportages.

Naast de presentatie van casus gaan de auteurs in op vragen die vaak vanuit opleiding en/of praktijk gesteld worden. Zij besteden verder aandacht aan ontwikkelingen binnen de literatuur en de mogelijke consequenties daarvan voor een zorgvuldige toepassing van de diagnostische cyclus in de praktijk. Ter afronding positioneren zij de diagnostische cyclus ten opzichte van zowel in Nederland als Vlaanderen uitgewerkte theoretische modellen en richtlijnen van de beroepsverenigingen.

De vele casus en beschouwingen maken van *Diagnostische Cyclus in de praktijk* een onmisbare toetssteen voor de praktijk.

**E.E.J. De Bruyn** is psycholoog en emeritus hoogleraar psychodiagnostiek aan de Radboud Universiteit Nijmegen (Orthopedagogiek en Ontwikkelingspsychologie).

**A.J.J.M. Ruijsenaars** is orthopedagoog en hoogleraar orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen.



9 789462 921689