

Boom

9844243 - 435 3

2e druk

DIAGNOSTISCHE VAARDIGHEDEN VOOR HULPVERLENERS

Markus van Alphen



Diagnostische vaardigheden voor hulpverleners

Diagnostische vaardigheden voor hulpverleners

Markus van Alphen

Tweede druk

Boom

**inclusief
website!**

Met behulp van onderstaande unieke activeringscode kun je een studentaccount aanmaken op www.diagnostischevaardigheden.nl voor toegang tot extra materiaal bij dit boek.

Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de 2e druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk worden geactiveerd.

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp omslag: Dog & Pony, Amsterdam
Omslagontwerp: Haagsblauw, Den Haag
Beeld omslag: Rocky89, Getty images

Casus David: E. Amsing
Figuren: M.F. van Alphen

© M.F. van Alphen & Boom uitgevers Amsterdam, 2019

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische vervaelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978 90 244 2497 9
ISBN 978 90 244 2498 6 (e-book)
NUR 133

www.diagnostischevaardigheden.nl
www.boomhogeronderwijs.nl

Voorwoord

Dit boek heeft een verhaal. Het ligt nu voor je omdat studenten er bij mij op hebben aangedrongen om het te schrijven. Diagnostiek binnen de opleidingen voor psychosociale hulpverlening is namelijk niet zo evident als het zou moeten zijn; de weinige vakliteratuur die erover bestaat is ontoegankelijk, en geeft de student weinig handvatten om mee aan het werk te kunnen.

Het is waar dat diagnostiek soms een beetje taaie kost is; het deel van de hulpverlening dat over (individueel) onderzoek, cijfers en feiten gaat, over hypothesen en bewijsvoering, over instrumentarium en uitkomsten. Maar het is al net als bij elk vak dat gericht is op het helpen van mensen: als je niet begint bij wat werkelijk het probleem is, kom je nooit bij een goede oplossing. Goede diagnostiek bevat drie ingrediënten: je eigen competenties als psychosociale hulpverlener (dat komt in dit boek kort aan bod, meer hierover leer je in het boek *Psychosociale gespreksvoering*), het consistent inzetten van een goede methode, en het gebruik van het juiste instrumentarium.

En juist omdat studenten diagnostiek als taaie kost ervaren, geef ik hun waar zij om hebben gevraagd: een boek dat in begrijpelijke taal uitleg geeft over het hele recept. *Diagnostische vaardigheden voor hulpverleners* bevat die uitleg.

Dit boek is gericht op zowel de Nederlandse als de Vlaamse student in psychosociale vakken. De input van een groot aantal auteurs, professionals uit zowel het opleidingsveld als de beroepspraktijk en studenten is verwerkt in deze volledig geactualiseerde en verbeterde editie die nu voor je ligt. Collega's en professionals die mij bij de eerste druk al hebben bijgestaan met advies en uitgebreid commentaar zijn Bianca Smeets, Mirjam Schippers, Ivo Bernaerts, Wendelien Heijl, Imke van Wanrooij en Tony Laumen. Aan hen ben ik bijzondere dank verschuldigd. Ook Lotte T'Sjoen heeft een belangrijke bijdrage geleverd door mijn hele manuscript voor deze tweede druk van waardevol commentaar te voorzien. Dat geldt ook voor Patricia Moerland en Olga Koppenhagen, die de tekst redigeerden.

Dit boek maakt gebruik van een aantal casussen. Hiervoor wil ik vooral Elsa Amsing bedanken, die de casus David heeft geschreven. Om zowel privacy- als didactische redenen zijn de casussen aangepast, ingekort, soms uitvergroot, soms samengevoegd, zodat er geen enkele link gelegd kan worden met de echte cliënten waarop ze zijn gebaseerd. Dit terwijl ze een goede afspiegeling blijven van wat je in de praktijk tegenkomt. De casussen lijken dus op echte situaties, maar dat zijn ze niet. Elke herkenning van een cliënt is puur toevallig en berust niet op de werkelijkheid.

Voor het beschrijven van hoe de zorg in Vlaanderen is geregeld heb ik dankbaar gebruikgemaakt van de expertise van een aantal mensen: Kris Ooms, Liesbeth Jenné en Tom Braes van consultancybureau shiftN. Zij hebben diepgaand onderzoek gedaan naar hoe de psychische zorg binnen België is georganiseerd. Zij hebben dit recente onderzoek aangevuld met informatie over de actuele situatie, die ook op het moment van schrijven nog aan verandering onderhevig is.

Zonder mijn uitgever Marc Appels, die met zachte hand steeds heeft aangedrongen op het schrijven, was dit boek er niet geweest. Verder gaat mijn dank uit naar Martine Harsema, fondsredacteur, die veel werk heeft verzet om de totstandkoming van dit boek te waarborgen. En mijn sparringpartner Ellen Sebregts: dank voor de vele uren van meedenken, discussiëren en tekstadvies waardoor er een mooie kwaliteitsslag is gemaakt van de eerste naar de tweede druk. Tot slot wil ik ook mijn studenten bedanken: zonder jullie aanmoediging was ik er nooit aan begonnen!

Markus van Alphen,
Amsterdam, april 2019

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	11
Deel I Context van het diagnostisch proces	21
1 Diagnostiek verrichten is samenwerken	23
1.1 Wat maakt psychosociale hulpverlening effectief?	24
1.2 Kwaliteiten van de psychosociale hulpverlener	28
1.3 Het aangaan van een samenwerkingsverband met de cliënt	32
1.4 De cliënt: psychisch welbevinden	35
1.5 De context van de cliënt	37
1.6 Omgaan met diversiteit	41
1.7 Omgaan met diversiteit via het TOPOI-model	51
1.8 Het belangrijkste diagnostische instrument ben jij zelf!	53
Opgaven	55
Oefeningen en rollenspellen	55
2 Wetgeving, ethiek en empowerment	57
2.1 Wetgeving en psychosociale zorg in Nederland	57
2.2 Wetgeving en psychosociale zorg in Vlaanderen	67
2.3 Beroepsethiek	74
2.4 Empowerment	77
Opgaven	87
Oefeningen en rollenspellen	87
Deel II Het diagnostisch proces	89
3 Methodisch werken als grondslag voor het diagnostisch proces	91
3.1 De empirische cyclus en de regulatieve cyclus	92
3.2 Hypothese	94
3.3 Het hypothesetoetsend model	97
3.4 Falsifiëren: mogelijkheden verwerpen	100
3.5 Verificatie: steun zoeken voor een bepaalde mogelijkheid	102
3.6 Zo objectief mogelijk diagnostiek verrichten	106
Opgaven	108

4	Het diagnostisch proces in perspectief	109
4.1	Diagnostiek	109
4.2	De hulpverleningscyclus	114
4.3	Het diagnostisch proces	118
4.4	Evaluatie en (her)ijken diagnose	125
	Opgaven	127
5	Voorafgaand aan het diagnostisch proces: de aanmelding	129
5.1	De rol van de aanmelder	129
5.2	Externe opdrachtgevers	133
5.3	Ontvankelijkheid	134
5.4	Uitnodigen voor het eerste gesprek	136
5.5	Rapportage	141
	Opgaven	143
	Oefeningen en rollenspellen	143
6	Eerste stap in het diagnostisch proces: klachten inventariseren	145
6.1	Houding tijdens het inventariseren	146
6.2	Stadia van verandering	147
6.3	Informatievergaring	151
6.4	Het gesprek structureren: taxeren in rondes	153
6.5	Controleren op volledigheid	160
6.6	Taboes	163
6.7	Rapportage	165
	Opgaven	168
	Oefeningen en rollenspellen	168
7	Tweede stap: hulpvragen vaststellen	171
7.1	Wat verwacht de cliënt van jou?	172
7.2	Welke typen hulpvragen zijn er zoal?	174
7.3	Vraagstelling door een externe opdrachtgever	177
7.4	Ordering brengen in de hulpvragen	179
7.5	Rapportage	180
	Opgaven	182
	Oefeningen en rollenspellen	182
8	Derde stap: probleemonderkenning tijdens de onderzoeksfase	183
8.1	Locus of control, self-efficacy, attributie en mindset	184
8.2	Een biopsychosociaal model voor gedrag	187
8.3	Dilemma, probleem of stoornis	189
8.4	Symptomen en syndromen, vermoedens en hypothesen	193
8.5	Operationaliseren van de hypothesen	200
8.6	Het toetsen van de hypothesen	203

8.7	Differentiële diagnostiek	205
8.8	Onderkende diagnose en rapportage	207
	Opgaven	209
	Oefeningen en rollenspellen	209
9	Vierde stap: probleemverklaring tijdens de onderzoeksfase	211
9.1	Oorzaak en gevolg, oftewel causaliteit	212
9.2	Wat klachten in stand houdt	217
9.3	Een aantal vicieuze cirkels	225
9.4	Verklarende hypothesen stellen en toetsen	237
9.5	De onderzoeksfase	239
9.6	Rapportage	240
	Opgaven	241
	Oefeningen en rollenspellen	242
10	Uitkomst van het diagnostische proces: de diagnose	243
10.1	De diagnose: een theorie voor deze specifieke cliënt	244
10.2	Categoriaal of dimensionaal?	244
10.3	DSM-5-diagnosen	245
10.4	ICD-11-diagnosen	249
	Opgaven	250
	Oefeningen en rollenspellen	250
11	Plan van aanpak: voorstel voor problemen oplossen	251
11.1	Draagkracht en wat er goed gaat	252
11.2	Draaglast en wat het aanpakken in de weg staat	254
11.3	Opties voor aanpak	255
11.4	Wanneer doorverwijzen?	261
11.5	Indicaties – wat wel en waarom	263
11.6	Contra-indicaties – wat niet en waarom niet	264
11.7	Afwegen van opties	265
11.8	Rapportage	270
	Opgaven	271
	Oefeningen en rollenspellen	271
12	Het adviesgesprek	273
12.1	Kijk – want – dus	274
12.2	Inleiden	274
12.3	Diagnose: wat is er aan de hand, wat houdt het in stand	275
12.4	Wat valt eraan te doen: het advies	279
12.5	Behandelcontract afsluiten	284
12.6	Rapportage	286
	Opgaven	287
	Oefeningen en rollenspellen	287

Deel III Diagnostische instrumenten	291
13 Juist meten is preciezer weten	293
13.1 Kwantitatieve en kwalitatieve bronnen van informatie	294
13.2 Zou een ander tot dezelfde meting komen: objectiviteit	297
13.3 Bij gelijke omstandigheden eenzelfde score: betrouwbaarheid	298
13.4 Weet wat je meet: validiteit	302
13.5 De meting: meetniveaus	306
13.6 Verdelingen en standaardscores	308
13.7 Vergelijken met vergelijkbare anderen: normen en normgroepen	313
Opgaven	316
14 Tests en vragenlijsten	317
14.1 Testgebruik	317
14.2 Testselectie en de COTAN	320
14.3 Interpretatie van testresultaten	321
14.4 Cultuurvrije tests	323
14.5 Overzicht van veelgebruikte tests en vragenlijsten	325
Opgaven	347
15 Andere bronnen van informatie	349
15.1 Gesprekken en andere interviewvormen	349
15.2 Ecogram, genogram en sociogram	351
15.3 Observatie	354
15.4 Assessmentcenters	355
15.5 Literatuur- en dossieronderzoek	356
Opgaven	361
Slot	363
Literatuur	365
Illustratieverantwoording	375
Trefwoordenregister	377
Over de auteur	383

Inleiding

Dit boek bestaat uit drie delen: de context van het diagnostisch proces, het diagnostisch proces en diagnostische instrumenten. Gespreksvaardigheden zijn ontzettend belangrijk tijdens het diagnostisch proces, maar worden niet in dit boek behandeld. Over gespreksvaardigheden en de basishouding van de psychosociale hulpverlener is een apart boek geschreven, *Psychosociale gespreksvoering* (Van Alphen, 2019) en ik raad je aan dat grondig te bestuderen voordat je aan dit boek begint. Van jou als lezer van dit boek wordt verwacht dat je al geschoold bent in gespreksvaardigheden en een goede houding.

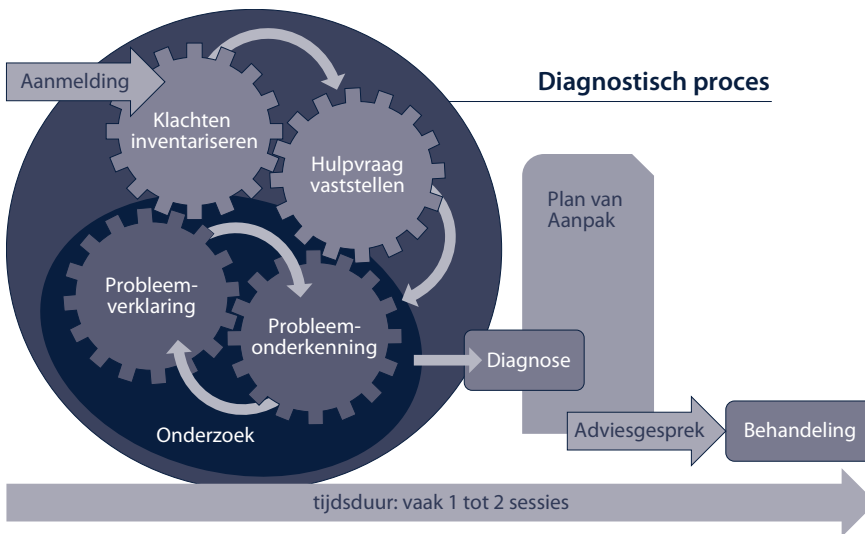
Bij dit boek hoort ook een website, www.diagnostischevaardigheden.nl, met daarop oefenvragen met modelantwoorden waarmee je kunt testen of je de stof uit het boek goed beheerst. Verder zijn er op de website instructieve video's, begrippentrainers, verdiepingsmateriaal en diverse downloadbare formats te vinden. Voor docenten zijn er PowerPoint-presentaties per hoofdstuk beschikbaar, een korte samenvatting van de inhoud van elk hoofdstuk, en modelantwoorden bij de opgaven in het boek.



Wat weet je na bestudering van dit boek?

Uitzonderingen daargelaten is diagnostiek geen doel op zich, het is onderdeel van de totale hulpverleningscyclus. Het is een eerste stap in het veranderproces van de cliënt. Je verricht diagnostiek om je cliënt te helpen om in beweging te komen, zelfs al betekent die beweging niets meer dan anders kijken naar haar of zijn situatie. Het is meestal niet de cliënt zelf die om een diagnose vraagt, de cliënt wil haar of zijn probleem opgelost hebben. Maar om een oplossing te kunnen realiseren, moeten *jij* en je cliënt eerst weten wat er aan de hand is.

Het diagnostisch proces heeft een duidelijk startpunt (de aanmelding) en een duidelijk eindpunt (de diagnose, met een bijbehorend plan van aanpak). Alle stappen in het proces daartussen zijn niet volgordelijk, maar beïnvloeden elkaar en wisselen elkaar continu af. Informatie-inwinning en onderzoek op basis van interactie zijn eerder chaotische processen waarvan de onderdelen in theorie scheidbaar zijn, maar in praktijk een verweven geheel zijn.



Je kunt het diagnostisch proces daarom beter zien als bestaande uit denkstappen met als onderliggende vragen: Hoe denk ik? Hoe trek ik conclusies? Hoe kan ik mijn denkproces doorgronden om tot betere conclusies te komen? Hoe zeker kan ik zijn dat ik de plank niet misla? Hoe vergroot ik de kans dat ik het bij het rechte eind heb? Elke stap vergt een andere manier van denken: het stellen en toetsen van een verklarende hypothese (verbanden leggen, verklaren) doe je volgens een andere denkwijze dan het vaststellen van de hulpvragen van de cliënt (ordenen, destilleren) of het toetsen van een onderkende hypothese (groeperen, verbanden leggen, onderkennen).

Deel I De context van het diagnostisch proces

Diagnostiek verrichten is samenwerken

Net als in de andere stappen van het hulpverleningsproces heb je ook in het diagnostisch proces een professionele houding waarin goede communicatieve vaardigheden en een kritische geest het hoofdduo vormen. Daarbij helpen een nieuwsgierige houding, je empathisch vermogen, informed compassion en de realisatie dat het onrealistisch is om van jezelf te eisen dat je geheel objectief bent. Als je dat wel van jezelf eist, veroorzaakt dit een spanning waardoor je als psychosociale hulpverlener juist de kans verkleint om tot juiste diagnoses te komen. Je professionele houding kenmerkt zich door zowel betrokken als neutraal zijn. Je leert in dit boek over de drie basisbehoeften en de disbalans die maakt dat mensen met problemen te kampen hebben. De context waarin een cliënt verkeert – sociaal, cultureel, economisch en medisch – speelt een ongelooflijk belangrijke rol bij het verrichten van diagnostiek. Hoe beter het samenwerkingsverband tussen jou en je cliënt, hoe groter de kans dat de juiste

informatie op tafel komt, wat uiteindelijk weer bijdraagt aan de kwaliteit van de diagnostiek. De samenwerkingsrelatie is iets wat zich gaandeweg ontwikkelt.

Wetgeving en ethiek

Wetten regelen tot op zekere hoogte de rechten en plichten van zowel jou als psychosociale hulpverlener als de cliënt. Behalve over de belangrijkste Nederlandse en Belgische wetten informeert dit boek je over het zogenoemde informed consent, oftewel dat de cliënt weloverwogen akkoord gaat met wat jij als psychosociale hulpverlener met haar of hem doet, privacy, het recht van de cliënt op inzage in het dossier, het blokkeringsrecht en het recht tot vernietiging van het dossier. Je hebt een geheimhoudingsplicht en je handelt vanuit een ethische houding. Soms kom je daarbij in een ethisch dilemma. Dan helpt het vierstappenplan om goed te overwegen welke keuzes je maakt. En je denkt na over empowerment en je ethische plicht cliënten niet van je afhankelijk te maken, maar juist veerkrachtiger, en hen de regie over hun eigen leven te laten (her)pakken.

Deel II Het diagnostisch proces

Het diagnostisch proces is de kern van dit boek, het belicht je denkkaders als psychosociale hulpverlener zodat jij bewust, systematisch en zo objectief mogelijk denkt en handelt om te komen tot een passend advies voor het aanpakken van de situatie van de cliënt.

Methodisch werken als grondslag voor het diagnostisch proces

Ten grondslag aan het diagnostisch proces ligt methodisch werken. Dit boek legt zowel de empirische als de regulatieve cyclus uit. Samen geven deze een kader voor zowel het grotere verband – de hulpverleningscyclus – als het diagnostisch proces als onderdeel daarvan. Aan het diagnostisch proces ligt een paradigma van het constant stellen en toetsen van hypothesen ten grondslag. Theorie over hypothesen en het hypothesetoetsend model helpen je om het paradigma in de vingers te krijgen. Een uiterst belangrijk besef bij het vragen van informatie aan je cliënt, waar je je tijdens het hele hulpverleningsproces altijd bewust van moet zijn, is: nooit te weinig en nooit te veel! Onderzoek is belastend voor je cliënt en duur. Dat doe je dus alleen als het nodig is om het proces van je cliënt zorgvuldig te begeleiden.

Dit boek leert je de modellen te begrijpen, op een efficiënte, integere manier informatie te verkrijgen en je hypothesen te toetsen om te kunnen komen tot een diagnose.

De voorwaarden om zo objectief mogelijk diagnostiek te verrichten komen neer op:

- Methodologische voorwaarden: voer alle stappen in het proces uit op een systematische wijze en toets daarbij steeds je denken en je denkproces.

- Psychometrische voorwaarden: meet en weet wat je meet en hoe je het meet.
- Transparantievoorwaarden: als je helder kunt overbrengen hoe je tot een conclusie bent gekomen, ben je niet op je onderbuikgevoel afgegaan. Je hebt erover nagedacht en kunt dit proces uitleggen aan een ander. Heel waarschijnlijk dus dat je gebruik hebt gemaakt van objectieve methoden.

Het diagnostische proces

Diagnostiek is een systematische activiteit van een professional om bij een cliënt een hulpvraag vast te stellen, haar of zijn functioneren in beeld te brengen, te verklaren welke factoren haar of zijn situatie in stand houden, advies te geven hoe die situatie te veranderen en waar mogelijk antwoord te geven op de hulpvragen. Diagnostiek is handelingsgericht. Het diagnostisch proces begint na de aanmelding en doorloopt de volgende stappen:

1. inventariseren van de klachten, waarbij helder wordt welke klachten de cliënt ervaart;
2. hulpvragen vaststellen door de informatie en de verwachtingen van de cliënt te structureren;
3. het probleem onderkennen door de klachten van de cliënt te ordenen en te verbinden met professionele kennis (eerste deel van de onderzoeksfase);
4. verklaringen vinden voor het ontstaan of het in stand houden van de problemen (tweede deel van de onderzoeksfase);
5. de diagnose formuleren en het bijbehorende plan van aanpak opstellen.

Diagnose en plan van aanpak vormen de basis van het adviesgesprek.

De eerste stap in het diagnostische proces: klachten inventariseren

In de eerste fase is een onwetende houding cruciaal om te begrijpen waar de cliënt precies mee zit. Je zorgt ervoor dat je haar of zijn betekenissen en belevingen begrijpt, wat tot een volledig beeld van haar of zijn situatie leidt. Om het beeld van de situatie van de cliënt compleet te maken wil je meer weten dan alleen feiten. Je wilt ook de emoties achterhalen die de cliënt bij de situatie heeft en ook de impact op haar of zijn leven. Taxeren in rondes structureert het eerste deel van het gesprek, zodat alle belangrijke onderwerpen de revue passeren. Je controleert van elk behandelde onderwerp of de informatie volledig is. De inventarisatie van de klachten leg je vast in de vorm van een lijst. Elke klacht beschrijf je in concrete termen. Je taalgebruik sluit zoveel mogelijk aan bij dat van de cliënt.

Tweede stap in het diagnostisch proces: hulpvragen vaststellen

Nadat duidelijk is waar de cliënt last van heeft, wil je helder krijgen wat zij of hij precies wil bereiken en wat zij of hij van jou verwacht. Uit de doelen en verwachtingen van de cliënt vloeien haar of zijn hulpvragen voort. In principe betreft elke klacht een behoefte van de cliënt, die behoefte leidt tot doelen voor de toekomst en die doelen bepalen de hulpvraag. Diagnostische hulpvragen zijn vragen waarbij iets uitgezocht moet worden. Ze vallen uiteen in drie

typen: onderkennend (Wat is er aan de hand?), verklarend (Waarom is dit aan de hand?) en indicierend (Hoe is het op te lossen?).

Stap 3: probleemonderkenning (eerste deel van de onderzoeksfase)

De eerste stap van de probleemonderkenning is het genereren van vermoedens. Je zet als psychosociale hulpverlener al je professionele kennis en kunde in om je per klacht af te vragen van welk klachtenbeeld (probleem of stoornis) deze klacht een symptoom kan zijn, je clustert klachten en je komt tot onderkennende hypothesen. Vervolgens bedenk je hoe je de begrippen in een hypothese meetbaar kunt maken en hoe je de benodigde informatie gaat inwinnen. Je bedenkt hoe je de ernst van de klachten gaat bepalen. Vervolgens stel je de criteria vast op grond waarvan je je hypothese zult aanhouden, in de regel: het goed passen bij een klachtenbeeld en voldoen aan een bepaalde mate van ernst. Vervolgens toets je de hypothesen door alle informatie te verzamelen, waar nodig tests en vragenlijsten af te nemen en de verkregen informatie vervolgens te vergelijken met de criteria. De uitkomst van stap 3 is een onderkennende diagnose: het antwoord op de vraag wat er (in professionele termen) aan de hand is.

Stap 4: probleemverklaring (tweede deel van de onderzoeksfase)

In je zoektocht naar een verklaring voor de problemen van de cliënt zoek je naar samenhang tussen de verschillende elementen in haar of zijn verhaal om erachter te komen of er oorzaken te ontdekken zijn voor het ontstaan of het in stand blijven van de klachten. Het in stand blijven van klachten komt neer op twee principes: alle gedrag dat wordt herhaald, levert een voordeel op, anders zou het vanzelf uitdoven. Het tweede principe is dat een cliënt zelf geen alternatieve handelingsmogelijkheden heeft. Je gaat als psychosociale hulpverlener op zoek naar oorzaak-gevolgrelaties. Met een functieanalyse en een betekenisanalyse kun je de cliënt helpen om helder te krijgen hoe bepaald problematisch gedrag wordt uitgelokt. Als laatste kijk je ook naar eerdere pogingen van de cliënt om haar of zijn problemen aan te pakken. Je kijkt niet alleen naar haar of zijn methode van aanpak, maar ook of de vier factoren voor een stabiele gedragsverandering voldoende aanwezig zijn om die poging een goede kans van slagen te geven. Je leert in dit boek over vicieuze cirkels die in een angstmodel, schaamtemodel of verslavingsmodel passen. In de probleemverklaring zet je vermoedens om in toetsbare, verklarende hypothesen die je operationaliseert en toetst om te controleren of de factoren samenhangen met het klachtenbeeld, of het tijdsverloop klopt en of het aannemelijk is dat een factor het klachtenbeeld beïnvloedt.

Dit boek maakt een duidelijk onderscheid tussen de probleemonderkenning (stap 4) en de probleemverklaring (stap 5) om de overeenkomsten en verschillen in het denkproces te illustreren. In de praktijk voer je de twee stappen tegelijk uit en niet de ene na de andere.

Stap 5: de diagnose

De uitkomst van de probleemverklaring (de verklarende diagnose) en van de probleemonderkenning (de onderkende diagnose) vormen samen de diagnose. Soms valt een diagnose in een classificatiesysteem. De vijfde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is het meest bekende systeem om psychische stoornissen te classificeren en coderen. Een alternatief voor de DSM-5 is de elfde revisie van de International Classification of Diseases (ICD-11), die door de World Health Organization wordt uitgegeven.

Plan van aanpak: voorstel voor problemen oplossen

De eerste stap in het bedenken van een plan van aanpak is om de draagkracht en de andere beschermende factoren van de cliënt in beeld te brengen. Draagkracht wordt voor het grootste deel bepaald door de persoonlijke eigenschappen van de cliënt en voor een kleiner deel door de omgeving. Aan de andere kant van de draagkracht staan de draaglast en de risicofactoren. Hoe groter de draaglast, hoe groter het risico dat er op meerdere gebieden problemen zijn. Vervolgens kijk je naar de mogelijkheden voor de cliënt om het probleem aan te pakken. Je kunt denken aan het vergroten van de draagkracht, het verlichten van de draaglast of een combinatie van die twee. Je kijkt naar verschillende niveaus van ingrijpen: individueel, systemisch, in groepsverband of via media-tie. Je gaat op zoek naar manieren van aanpak die wetenschappelijk zijn onderzocht op hun effectiviteit, zoals evidence-based protocollen, en je zoekt ook naar interventies uit verschillende theoretische stromingen. Uiteindelijk resulteert dit in een lijst van relevante manieren waarmee de cliënt haar of zijn problemen kan aanpakken. Soms moet je constateren dat je moet doorverwijzen. Je maakt een ordening van waaruit je de interventie aanbeveelt met de grootste verwachte opbrengst.

Adviesgesprek – linking pin tussen diagnostisch proces en interventie

Een adviesgesprek leid je goed in en bouw je op het tempo en het begrip van de cliënt op. Dit boek biedt je een goede aanpak. In het gesprek vertel je ook welke manieren van aanpak de beste kans van slagen hebben. Je vraagt de cliënt een keuze te maken uit de beschikbare opties, waarbij impliciet of expliciet de optie 'niets doen' er ook één is. Je wacht totdat de cliënt zowel een keuze maakt als commitment toont om daadwerkelijk te gaan voor deze aanpak. Het voorstel wordt concreet gemaakt en omgezet in een (voorlopig) behandelingscontract.

Deel III Diagnostische instrumenten

De kwalitatieve informatie die je vergaart in het hulpverleningstraject – informatie die rijk is aan betekenis – verbreed en ondersteun je het liefst met kwantitatieve informatie, zodat een vollediger beeld van de cliënt en haar of zijn situatie ontstaat. De meest gebruikte middelen zijn vragenlijsten en tests. Dit boek besteedt ook aandacht aan waardevolle instrumenten die in andere lite-

ratuur minder aan bod komen, zoals gestructureerde interviews en observatie. Zeker als het om cliënten gaat die minder binnen de standaarden van de geijkte middelen passen, is het goed om naar alternatieve onderzoeksinstrumenten te kijken. Vergeet nooit dat elke vorm van testen belastend is voor je cliënt en dat je je dus altijd moet blijven afvragen: Kan mijn cliënt het aan? Voegt deze test echt iets toe om tot een goede diagnose te komen?

Juist meten is preciezer weten

Het boek neemt je mee langs alle factoren die de kwaliteit van een meetinstrument bepalen, zodat jij zelf de waarde van een bepaald onderzoeksmiddel kunt bepalen, óók als dit middel binnen een bepaalde werkomgeving als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Zo leer je over de validiteit, betrouwbaarheid en objectiviteit van vragenlijsten, tests en testgebruik. Een onderzoek is objectief als het onafhankelijk van onderzoeker of onderzochte steeds hetzelfde wordt gelezen. Betrouwbaar is een onderzoek als een volgend onderzoek onder dezelfde omstandigheden een consequent en juist resultaat oplevert. Validiteit heeft te maken met het meten van het begrip dat je *wilt* meten. Hoe beter een instrument dit onderliggende, vaak abstracte begrip kan afspiegelen, hoe meer valide het is. Je leert dat je metingen op vier verschillende niveaus kunt doen: op nominaal, ordinaal, interval- of rationiveau. Verder leer je over spreidingsmaten, standaardverdelingen en hoe je persoonlijke scores in kaart brengt.

Tests en vragenlijsten

Het boek behandelt zowel de manieren waarop je tests kunt afnemen als een longlist aan veelgebruikte vragenlijsten op vele gebieden. Je doet kennis op over klachtenlijsten, tests op het gebied van persoonlijkheid, intelligentie, coping, stemming en angst, trauma, rouw, eetproblemen, verslavingen, burn-out, aandacht en concentratie, kinderen en jeugd, relatieproblemen. Ook werkgerelateerde instrumenten vind je terug in dit boek, evenals verschillende gestandaardiseerde interviewvormen.

Aanvullend instrumentarium

Naast tests en vragenlijsten kunnen het ecogram, genogram en sociogram inzicht geven in bestaande sociale relaties (ecogram), familiale relaties in het verleden en heden (genogram) en de mate van sociale steun die wordt ontvangen van bepaalde netwerkkleden (sociogram). Soms verzamel je informatie door observatie, wat vraagt om een gestructureerde en gestandaardiseerde aanpak om ervoor te zorgen dat zo'n observatie objectieve, betrouwbare en valide informatie oplevert. Literatuuronderzoek zet je meestal in om wetenschappelijke kennis te vergaren over een bepaald onderwerp. Dossieronderzoek gaat over de cliënt zelf.

Voorzichtig met interpretatie

Bij het interpreteren van testgegevens is enige voorzichtigheid altijd geboden. Want hoewel tests op hun kwaliteit worden getoetst door de Commissie

Testaangelegenheden Nederland (COTAN), zijn vragenlijsten gebaseerd op *algemeen geldende* gegevens, die niet noodzakelijkerwijs opgaan voor deze specifieke cliënt. Testresultaten dien je in alle openheid met de cliënt te bespreken. Verder leer je in dit boek dat taal een bemoeilijkende factor kan zijn in het komen tot waardevolle resultaten. Daarnaast zijn ook cultuurverschillen van invloed op hoe iemand een test invult. Er bestaan geen cultuurvrije tests, alleen tests die meer of minder bruikbaar zijn in een multiculturele setting. Ook daar moet je dus rekening mee houden bij de interpretatie van de resultaten. Soms is het handig om gestructureerde of semigestructureerde interviews af te nemen om te zorgen dat je belangrijke informatie niet over het hoofd ziet.

Uniek boek

Wat dit boek uniek maakt is de hoge mate van leesbaarheid in combinatie met de compleetheid. In tegenstelling tot andere bestaande Nederlandse of Belgische literatuur op het gebied van diagnostiek behandelt *Diagnostische vaardigheden voor hulpverleners* alle drie de essentiële onderdelen van diagnostiek in de psychosociale hulpverlening, met uitzondering van gespreksvaardigheden. Houding en competenties van de hulpverlener, methodiek en (meet)instrumentarium komen uitgebreid, in heldere, begrijpbare taal aan bod. Het boek behandelt alle relevante theorieën en brengt deze met elkaar in verband. Aan de hand van een breed scala aan casussen (in het boek en aanvullend op de bijbehorende website) krijg je praktische aanwijzingen voor hoe je het geleerde in praktijk toe kunt passen.



Deel I

Context van het diagnostisch proces

Inleiding deel I

In deel I staat de context van het diagnostisch proces centraal. De context wordt bepaald door: jezelf als psychosociale hulpverlener, de cliënt en haar of zijn context, je relatie als psychosociale hulpverlener met de cliënt (hoofdstuk 1) en hoe de zorg via wetten is geregeld (hoofdstuk 2).

Diagnostiek verrichten is samenwerken 1

Diagnostiek staat niet los van de mensen die gediagnosticeerd worden. Zonder hun medewerking wordt het moeilijk om hun gedachten en gevoelens te weten te komen. Je cliënt staat dus centraal. Altijd. Onderzoek (en ook diagnostisch onderzoek) is een middel, nooit een doel op zich. Je cliënt geeft je alleen de informatie die je nodig hebt als je een goede vertrouwensrelatie met haar of hem hebt. Een goede samenwerkingsrelatie, waarin je cliënt jou ziet als deskundig, betrouwbaar en integer, is in elke stap van het hulverleningstraject cruciaal.



Een vertrouwensband met je cliënt bouw je vanaf stap 1 op. Er zijn vele boeken beschikbaar die jouw talent om te werken met mensen ondersteunen met kennis en instrumentarium, zie onder meer Van Alphen (2016), Dijkstra en Van Alphen (2019) en Van Alphen (2019). Dit boek begint met de vraag of hulpverlening überhaupt werkt en wat precies daaraan bijdraagt en gaat daarna kort in op de kwaliteiten die je nodig hebt om een goede samenwerkingsrelatie te kunnen opbouwen. Vervolgens behandelt dit hoofdstuk het samenwerkingsverband tussen jou en je cliënt en gaat vervolgens in op de wereld van de cliënt: elke cultuur kent een diversiteit aan kenmerken die ook nog eens voor ieder mens anders kunnen zijn. Vervolgens gaat dit hoofdstuk in op de context van

de cliënt in termen van haar of zijn sociale netwerk via een theoretisch intermezzo in de systeemtheorie en presenteert het een model om beter te begrijpen hoe de cliënt betekenis geeft aan haar of zijn omgeving.

1.1 Wat maakt psychosociale hulpverlening effectief?

Hoe breng je in beeld of psychosociale hulpverlening effectief is? Niet alle cliënten zijn hetzelfde en de problemen waarmee zij komen zijn zeer divers. Een algemene stelregel is dat hoe zwaarder de problemen, hoe moeilijker ze zijn aan te pakken. Reken je dan jezelf als psychosociale hulpverlener erop af, of weeg je mee dat het probleem überhaupt moeilijk oplosbaar is? In de hulpverlening in het algemeen is er wel degelijk onderzocht waaraan het resultaat van de hulpverlening te danken is. Hoewel het onderzoek vaak gericht is op psychotherapie, kun je de algemene conclusies daaruit ook toepassen op de psychosociale hulpverleningspraktijk.



Jargon & definities

Common factor-onderzoek: onderzoek naar wat verschillende behandelvormen met elkaar gemeen hebben, oftewel de zoektocht naar gemeenschappelijke factoren die de effectiviteit van interventies kunnen verklaren.

Meta-analyse: een analyse van meerdere onderzoeken om tot een overkoepelende uitspraak te komen.

Placebo: een niet-werkzame interventie (of een middel zonder werkzame stof in medisch onderzoek).

Common factor-onderzoek zoekt via meta-analyse naar wat verschillende soorten behandelingen met elkaar gemeen hebben als het gaat om werkzame ingrediënten. Een meta-analyse is een manier om de data uit verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken en daardoor tot een algemene (overkoepelende) uitspraak te komen. De werkzame ingrediënten in een interventie deel je in in cliëntfactoren, het samenwerkingsverband, behandelaarfactoren, het placebo-effect en specifieke factoren.

1.1.1 Cliëntfactoren

Cliëntfactoren omvatten de motivatie van de cliënt, haar of zijn eigen ‘bagage’, persoonlijkheid, (interpersoonlijke) vaardigheden, omgeving en capaciteiten. Wampold (2001) concludeert uit zijn onderzoek dat 87% van het behandelresultaat verklaard wordt door cliëntvariabelen. Je hebt als psychosociale hulpverlener weinig tot geen directe invloed op deze factoren.

1.1.2 *Het samenwerkingsverband*

Het effect van het samenwerkingsverband bepaal je aan de hand van hoe goed de *cliënt* de therapeutische relatie ervaart (en niet aan de hand van hoe goed de psychosociale hulpverlener denkt dat die relatie is). Tot voor kort kon alleen worden vastgesteld dat het onderhouden van een goede therapeutische relatie *samenhangt* met een goede uitkomst. Recenter onderzoek van Goldsmith, Lewis, Dunn en Bentall (2015) wijst echter uit dat de therapeutische relatie daadwerkelijk *een oorzaak is* van deze uitkomst. Met andere woorden, zij hebben ook kunnen aantonen dat een slechte therapeutische relatie tot slechtere uitkomsten leidt.

1.1.3 *Behandelaarfactoren*

Volgens Wampold (2001) voegt een goede psychosociale hulpverlener 9% toe aan het behandel-effect en volgens Prochaska en Norcross (2006) zelfs 20%. Het maakt dus wel degelijk verschil qua behandel-effect of jij een goede psychosociale hulpverlener bent of niet. Een goede psychosociale hulpverlener kenmerkt zich door het hebben van een betrokken, warme, niet oordelende en persoonlijke houding tegenover de cliënt en veert flexibel mee met haar of zijn steeds veranderende situatie (zie paragraaf 1.2). Behandelaarfactoren zijn dus factoren waar je als psychosociale hulpverlener wel degelijk invloed op kunt uitoefenen.

1.1.4 *Placebo- of verwachtingseffecten*

Het *placebo*-effect betreft een verwachting die op zichzelf al een positief effect sorteert. Het is te vergelijken met de selffulfilling prophecy: alleen al het feit dat mensen naar een psychosociale hulpverlener gaan (ongeacht wat er daadwerkelijk wordt gedaan), schijnt al te helpen. Het woord placebo komt uit experimenteel onderzoek (zie kader).

Verdieping

Placebo

Wil je bijvoorbeeld weten of een antidepressivum daadwerkelijk helpt, dan voer je een experiment uit op twee vergelijkbare groepen. Aan de ene groep (de experimentele groep) geef je het antidepressivum en aan de andere groep (de controlegroep) een soortgelijke pil, maar dan zonder de werkzame stoffen (de placebo). De deelnemers weten niet of zij een placebo of een werkzaam middel hebben gekregen. Wanneer er een verschil is tussen de twee groepen in hoe effectief de pil is, moet dit aan de werkzame stoffen te wijten zijn. Beide groepen hebben namelijk een pil ingenomen. Sommige deelnemers aan de controlegroep zullen verwachten dat zij zich beter gaan voelen en zich ook echt beter gaan voelen (het placebo-effect). Oftewel, als jij hoofdpijn hebt en ik bied je een paracetamol aan, verwacht je dat je je beter zult gaan voelen, zelfs al heb ik je stiekem



een suikerpil gegeven. Pas wanneer door de bank genomen de cliënten die het antidepressivum hebben ingenomen zich (veel) beter voelen dan de mensen die een neppil hebben gehad, kun je uitsluiten dat het effect door de verwachting komt.

Lambert (1992) lijkt de placebo-effecten met zijn 15% te overschatten, want Wampold (2001) komt uit op maar 4%.

Weinberger (2014) betwijfelt ook of placebo-effect een juiste benaming is voor dit verwachtingseffect. Hij stelt dat de verwachting van de cliënt wel degelijk voortkomt uit een werkzaam ingrediënt dat de psychosociale hulpverlener kan beïnvloeden, namelijk het vermogen om de cliënt de hoop en het vertrouwen te geven dat zij of hij haar of zijn situatie kan veranderen. Je geeft de cliënt een (voor haar of hem logische) verklaring voor dat waarvan zij of hij last ondervindt en een logische uitleg over hoe de situatie te veranderen. Het gaat dus niet om de specifieke technieken vanuit een bepaalde theorie of stroming, maar het gaat erom dat je als psychosociale hulpverlener door de relatie met de cliënt een positieve verwachting creëert. Voorbeelden van technieken zijn het aandragen van een logische verklaring en het de cliënt helpen zelf tot een verklaring te komen. Mits goed uitgevoerd leiden beide tot het gewenste resultaat: een positieve verwachting.

1.1.5 *Specifieke factoren*

Specifieke factoren betreffen dat wat specifiek is voor het soort behandeling of de therapieschool van de psychosociale hulpverlener. Lambert (1992) schat de invloed van die factoren op 15%, terwijl Wampold (2001) in zijn onderzoek op 8% uitkomt en Beutler et al. (2003) op 10% uitkomen. Volgens Weinberger (2014) bestaat een deel van deze specifieke factoren gewoon uit gedeelde factoren. Dit sluit aan bij Wampold en Budge (2012), die zeggen dat ongeacht welke specifieke methode de psychosociale hulpverlener aanhangt, zij of hij de cliënt steeds via dezelfde technieken motiveert tot gedragsverandering. Bijvoorbeeld de gespreksvoeringsprincipes van de socratische dialoog (Appelo, 2014), motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014) of het observatief luisteren (Van Alphen, 2019) kunnen toegepast worden in een cognitieve gedragstherapie, emotion-focused therapy, cliëntgerichte therapie enzovoort: gespreksvoering is daarmee dan ook een gedeelde factor.

1.1.6 *Is psychosociale hulpverlening effectief en doet de methode ertoe?*

Samenvattend: vooral cliëntfactoren verklaren het succes van een psychosociaal hulpverleningstraject. Je zou denken dat de specifieke methode of het model dat je gebruikt er niet zozeer toe doet. Dat klopt inderdaad. Echter, geen van de

onderzoeken kijkt naar wat het behandel­effect zou zijn als helemaal *geen* raamwerk wordt gebruikt. Een ander gemeenschappelijk kenmerk van alle psychosociale hulpverleningstrajecten is daarom *dat* zij volgens een methode werken (even losstaand van welke). Met andere woorden, het is niet zo dat methodisch werken er niet toe doet, maar welke *specifieke* methode je gebruikt, maakt niet zo gek veel uit.

Bij goed afgebakende en relatief gemakkelijk te behandelen problematiek is er bewijs dat cognitieve gedragstherapie *van alle onderzochte* behandelvormen de grootste kans geeft dat de cliënt ervan opknapt. Cognitieve gedragstherapie is daarom vaak de voorkeursbehandeling en pas wanneer die niet werkt, wijken behandelaren uit naar andere behandelvormen.

Ongeveer 80% van de cliënten die kiezen voor behandeling, zegt achteraf beter af te zijn (Wampold, 2001) en je mag daarom aannemen dat psychosociale hulpverlening effectief is.

Alles bij elkaar genomen kun je dus stellen dat psychosociale hulpverlening effectief is en dat systematisch vormgeven aan de manier waarop je hulp verleent een bijdrage levert aan die effectiviteit. De achtergrond voor dit boek is dat je als psychosociale hulpverlener niet ‘maar wat doet’, maar dat je een soort raamwerk gebruikt om je werkzaamheden vorm te geven. En aangezien een vorm van diagnostiek bijna altijd je eerste stap is (nog voordat je besluit welke behandelvorm je de huidige cliënt wilt aanbevelen), helpt een diagnostisch raamwerk je om je denken te toetsen. Zodoende verhoog je de kans dat je diagnose hout snijdt en dat de volgende stap (daadwerkelijk interveniëren) een betere kans heeft om de cliënt daadwerkelijk te helpen haar of zijn situatie te veranderen. Omdat de nadruk op jouw denkproces ligt, geeft dit boek je een uitgangspunt die jij uiteindelijk als psychosociale hulpverlener kunt omvormen tot jouw eigen voorkeursmethode. Flexibiliteit in het toepassen van die methode is daarbij alleen maar aan te bevelen.

De vraag of psychosociale hulpverlening effectief is, kan bevestigend worden beantwoord: van de cliënten die uiteindelijk ervoor kiezen om een traject aan te gaan, voelt ongeveer 80% zich daarna beter dan ervoor. De vorm van de psychosociale hulpverlening of de gebruikte hulpverleningsmethode doet er minder toe dan wat de verschillende psychosociale stromingen voorhouden. Waar jij als psychosociale hulpverlener de meeste invloed op hebt, zijn de behandelaarfactoren en de therapeutische relatie. Die twee factoren samen hebben een veel grotere invloed op het succes van een traject dan het gebruikte psychosociale hulpverleningsmodel.

1.2 Kwaliteiten van de psychosociale hulpverlener

Je zult over de juiste kennis en ervaring moeten beschikken om diagnostiek te verrichten. Dit houdt onder andere in dat jij als psychosociale hulpverlener een goede opleiding hebt gehad en je voortdurend laat bijscholen. Daarnaast worden van jou bepaalde persoonlijke kwaliteiten en vaardigheden gevraagd, zoals een open houding, goede communicatieve vaardigheden en het kunnen aangaan van een samenwerkingsverband (paragraaf 1.3).

1.2.1 *Een open houding*

Om een cliënt succesvol te kunnen helpen, heb je een open houding ten opzichte van je cliënt nodig en werk je actief aan een samenwerkingsrelatie. De samenwerking is het meest effectief als de cliënt zich veilig en gehoord voelt. Dat klinkt vanzelfsprekend, maar is niet gemakkelijk om écht waar te maken. Kijk daarom naar wat de cliënt werkelijk wil vertellen en richt daar je aandacht op. Het gaat erom een vorm van onwetendheid aan de dag te leggen. De cliënt is de expert op het gebied van haar of zijn ervaringen. Het is jouw taak als psychosociale hulpverlener om achter die beleving te komen. Je doet zo min mogelijk aannames en vraagt door om werkelijk te begrijpen waar de cliënt behoefte aan heeft.

1.2.2 *Communicatieve vaardigheden*

Communicatieve vaardigheden voor een psychosociale hulpverlener in het algemeen en voor diagnostiek in het bijzonder gaan verder dan gewone sociale vaardigheden. Het is meer dan goed kunnen praten of goed kunnen luisteren. Het gaat om de juiste vragen stellen, doorvragen op ogenschijnlijk duidelijke antwoorden en observatief luisteren (Van Alphen, 2019). Observatief luisteren vraagt dat je al je zintuigen inzet om de reacties van de cliënt te observeren tijdens een gesprek. Het gaat dan niet alleen om haar of zijn verbale en non-verbale reacties, maar ook om de emoties die zich bij de cliënt afspelen. Zo'n observerende houding zorgt ervoor dat jij je eigen doelen en interpretaties zo veel mogelijk loslaat en je concentreert op de reacties die jouw vragen bij de cliënt uitlokken. Met andere woorden, je tracht erachter te komen wat jouw vraag voor de cliënt betekent. Op deze manier snap je wat er in haar of hem omgaat en kun je op een haast natuurlijke manier diepgang aanbrengen in gesprekken, zonder naar trucjes te hoeven grijpen. Observatief luisteren is een techniek die je kunt aanleren en waar je jezelf steeds beter in kunt bekwamen.

1.2.3 *Een kritische geest*

Diagnostiek verrichten betekent dat je verder kijkt dan je neus lang is. Het is niet voldoende als je over veel kennis beschikt en die kennis dan vervolgens niet met een kritisch oog beoordeelt. Niet alleen op waarheid, maar vooral op toepasbaarheid bij de huidige cliënt en haar of zijn situatie.

1.2.4 *Nieuwsgierig zijn*

Het helpt enorm als je nieuwsgierig bent. Als je nieuwsgierig bent, komt veel vanzelf goed. Wanneer je jezelf een houding aanmeet van: 'Ik wil het weten. Wat maakt dat deze cliënt, deze persoon nu hier bij mij is? Uitgerekend nu. Uitgerekend bij mij. Wat beweegt haar of hem? Hoe beleeft de cliënt de kwestie? Waarom levert deze kwestie haar of hem last op?', dan is er geen ruimte meer om met jezelf bezig te zijn. Je hebt dan aandacht voor degene die je het meest nodig hebt om überhaupt te kunnen diagnosticeren: de cliënt. Samenvattend: om goed te kunnen begrijpen waar cliënten mee zitten, moet je minder met jezelf bezig zijn en meer met hen.

1.2.5 *Empathisch en betrokken zijn*

Empathie, of inlevingsvermogen, is onontbeerlijk. Als je je niet kunt voorstellen waarmee je cliënt worstelt, dan zul je haar of zijn klachten bagatelliseren of met ongeloof reageren wanneer zij of hij iets van zichzelf laat zien. Voor de cliënt, die zich juist kwetsbaar moet opstellen, is dit funest: zij of hij voelt zich niet serieus genomen. Empathie gaat gepaard met compassie, een eigenschap waar de meeste hulpverleners (ruimschoots) over beschikken. Anders hadden ze wel een ander beroep gekozen. Het is voor jou als psychosociale hulpverlener belangrijk om je compassie functioneel te kunnen inzetten en daarvan is empathisch vermogen een belangrijk onderdeel. Maar wat is empathie?

Verschillende auteurs kijken ieder op een andere manier naar empathie. Een gangbare tweedeling is tussen een cognitieve en een affectieve component. De cognitieve component is het kunnen begrijpen en het zich kunnen voorstellen wat de cliënt aan het ervaren is en de affectieve component focust op de neurobiologie (bijvoorbeeld de werking van spiegelneuronen) en hoe bepaalde emoties ook bij jou als psychosociale hulpverlener worden opgeroepen. Vanaerschot (2015) somt drie bestaande definities van empathie op:

- Empathisch begrip: een vriendelijk, compassievol begrijpen en tolerante acceptatie en bevestiging van de ervaring van de cliënt.
- Persoonsgerelateerde empathie: het creëren van een intern model van de ander waarin je je voorstelt hoe het moet zijn om die ander te zijn. Dit model is gebaseerd op de informatie verstrekt door de ander over zichzelf, haar of

zijn problemen, leefomstandigheden, relaties en ervaringen uit het verleden. Deze informatie wordt op het heden geprojecteerd.

- Procesgerelateerde empathie: een actief, dynamisch meevoelen (resonantie) waarin iemand zich steeds voorstelt wat de ander in het hier-en-nu aan het ervaren is. Daarvoor moet de voorsteller ontzettend aanwezig zijn en zich verbinden met de ander. De voorsteller tracht ook te uiten wat de ander aan het ervaren is.

Hafkenscheid (2015) stelt dat je empathisch begrip vooral aan het begin van de samenwerkingsrelatie gebruikt, opdat je later de cliënt kunt confronteren met haar of zijn disfunctionele gedachten en gedrag. Naarmate de samenwerking vordert, bouw je met de informatie die je opdoet aan persoonsgerichte empathie om uiteindelijk met procesgerelateerde empathie de cliënt steeds beter te begrijpen en je steeds beter in te kunnen leven in haar of zijn ervaring.

Onderzoek van Van Berkhout en Malouff (2016) toont aan dat empathie aan te leren is. Zij zeggen niet dat je van een autistisch iemand een empathisch persoon kunt maken, maar wel dat je in wat binnen het vermogen van jou als individu valt, de empathie op kunt rekken. Hoe leer je jezelf dan empathie aan? Door in rollenspellen de rol van cliënt op je te nemen en in plaats van die rol te spelen, die rol te zijn. Door je voor te stellen hoe het is om de cliënt te zijn, wat een ander met je doet (in dit geval degene die de rol van psychosociale hulpverlener vertolkt), ervaar je wat de situatie voor een cliënt moet betekenen. Het advies is dat hoe verder een cliënt afstaat van jouw ervaringswereld, hoe groter het leereffect is als je juist bij zo'n casus de cliënt speelt.

Je alleen kunnen voorstellen wat je cliënt meemaakt, is niet voldoende. Je laat ook merken dat je betrokken bent bij je cliënt. Kijk bijvoorbeeld naar wat Clara te vertellen heeft:



Casus

Clara

Wat verderop tijdens het intakegesprek:

Psychosociale hulpverlener: 'Zijn er andere dingen? (vrij lange stilte)

Clara: Nou, ja, eh (*schuifelt wat rond in haar stoel*), ik weet niet of ik het kan vertellen. (*wederom vrij lange stilte*)

Psychosociale hulpverlener: 'Je vindt het lastig.

Clara: Ja. Ik schaam me ervoor. (*lange stilte*) Het zit namelijk zo, ik krab mezelf.

Psychosociale hulpverlener: 'Vertel mij daar wat meer over.

Clara: Nou. Ik krab mezelf totdat het gaat bloeden. Ik doe dat op mijn hoofdhaar, onder het haar, zodat anderen het niet kunnen zien. Ja. En als het eenmaal bloedt, dan laat ik het. Een dag of twee later zit er een korstje. Dat trek ik er dan weer af en dat eet ik op.

Psychosociale hulpverlener: 'Waarover schaam je je precies?

Clara: Nou gewoon, over het feit dat ik dat doe. Dat is toch niet normaal?

Wat is dan een gepaste (professionele) houding? In de bovenstaande casus komt dat mooi tot uitdrukking. ‘*Gatver! Dat doe je toch niet!*’ zou in zo’n situatie onprofessioneel zijn, evenals heel duidelijk met je mimiek je walging laten merken. Deze psychosociale hulpverlener blijft bij de beleving van Clara.

Je houding is dus essentieel. Het ene uiterste is dat jij je afstandelijk en neutraal opstelt, de zogenoemde professionele façade. Deze opstelling kenmerkt zich door een afwachtende en passieve houding. Je bent een buitenstaander en de cliënt zal zich niet begrepen voelen. Een afstandelijke houding komt meestal voort uit een angst om betrokken te raken, bijvoorbeeld doordat je bang bent dat de cliënt een aanspraak op je zal maken.

Het andere uiterste is dat jij zo empathisch en zo betrokken bent dat je in de huid van je cliënt kruipt en aan het proces deelneemt. Je voelt haar of zijn emoties als het ware zelf, je voelt je verantwoordelijk voor haar of zijn problemen en voelt je verplicht om met een goede oplossing te komen. Het liefst zou je de problemen van je cliënt voor haar of hem willen oplossen: je raakt *te* betrokken. Dit is noch voor jou, noch voor je cliënt gezond. Voor jou niet, omdat jij je dan alles aantrekt – een goede formule voor burn-out (Newell & MacNeil, 2010) – en voor je cliënt niet omdat zij of hij van jou afhankelijk kan worden. Geen van de twee extremen is goed. Je moet een goede balans vinden: je bent zowel betrokken als neutraal. Je leeft wel mee met je cliënt, bent betrokken, maar blijft daar neutraal in.

1.2.6 *Informed compassion*

Psychosociale hulpverleners kiezen hun beroep in de regel niet zomaar, jij ook niet. Je doet dat waarschijnlijk vanuit een diepgeworteld mededogen en een drang om anderen te helpen, vanuit goede intenties. Maar – zoals de Engelsen zo mooi zeggen – *The road to hell is paved with good intentions*. Je professionaliteit staat daarom altijd voorop, ook in de verschillende eigenschappen en vaardigheden die je binnen die professionaliteit inzet. Je tempert je goede bedoelingen met kennis, zodat je altijd het beste doet voor je cliënt. Zelfs wanneer dat ongemakkelijk is, bijvoorbeeld omdat je weet dat je cliënt het moeilijk zal vinden om jouw advies op te volgen, of omdat je ‘hard’ moet zijn voor de bestwil van de cliënt. Je wendt je compassie daarom op een professionele manier aan. Compassie heb je ook nodig voor diagnostiek. Het is belangrijk dat je je compassie professioneel maakt door er als het ware een laag van kennis overheen te leggen. Dat wil zeggen dat je wel degelijk invoelt wat een cliënt doormaakt, en dat je vanuit die compassie een bewuste keuze maakt voor de reactie die je geeft. Je kennis over emoties, verwerking van emoties, veranderingsprocessen, leerprocessen en empowerment moet je zo paraat hebben dat je per situatie de meest adequate reactie kunt kiezen. Je begrijpt vanuit empathie met hart en ziel hoe een cliënt worstelt en ook moet worstelen om haar of zijn problemen

te overstijgen en tegelijkertijd ben je in staat om vanuit *informed compassion* je cliënt op zo'n manier te ondersteunen dat zich het juiste proces *bij de cliënt* kan voltrekken. Je combineert als psychosociale hulpverlener je compassievolle houding met kennis en kunde om te zorgen dat je je cliënt niet verder de afgrond in helpt door met de wolven mee te huilen, maar haar of hem juist empowert! Mijn visie is: *de eerste taak van de psychosociale hulpverlener is om zichzelf overbodig te maken*. Oftewel: het is vooral zaak de cliënten te helpen om op eigen kracht verder te gaan.

Behalve dat je als psychosociale hulpverlener over een goede opleiding moet beschikken, moet je goed met een cliënt omgaan tijdens het verrichten van diagnostiek (en in de andere stappen van het hulpverleningstraject). Daarvoor meet je je een open houding aan, beschik je over goede communicatieve vaardigheden en heb je een kritische geest. Daarbij helpt het als je een nieuwsgierige houding hebt, je je kunt voorstellen wat de cliënt meemaakt en daar adequaat mee omgaat door je empathisch vermogen en *informed compassion* in te zetten. Je moet een goede balans vinden qua betrokkenheid en nabijheid. Een professionele houding kenmerkt zich door zowel betrokken als neutraal zijn.

1.3 Het aangaan van een samenwerkingsverband met de cliënt

Jij en je cliënt zijn van elkaar afhankelijk. Je moet niet alleen over bepaalde kwaliteiten beschikken, maar de cliënt ook aanmoedigen om zich kwetsbaar op te stellen, om jou te vertellen wat haar of hem dwarszit, wat haar of hem problemen oplevert en welke doelen zij of hij wil nastreven. Je geeft als psychosociale hulpverlener actief vorm aan dit samenwerkingsverband met je cliënt. Voor een goede samenwerkingsrelatie neem je een bepaalde houding aan ten opzichte van de cliënt. Het samenwerkingsverband tussen de cliënt en jou als psychosociale hulpverlener wordt ook wel de 'therapeutische relatie' genoemd. Een goede (therapeutische) relatie stoelt volgens Rogers (1951), de grondlegger van de cliëntgerichte therapie, op drie pijlers:

- *Onvoorwaardelijke positieve achting (unconditional positive regard)*: de psychosociale hulpverlener accepteert de persoon achter de cliënt volledig, valt geen oordeel over haar of hem en straalt warmte uit in de relatie met haar of hem.
- *Echtheid*: soms ook congruentie genoemd. De psychosociale hulpverlener handelt in overeenstemming met haar of zijn innerlijke overtuigingen.
- *Empathie*: de psychosociale hulpverlener leeft met de cliënt mee, leeft zich in de situatie van haar of zijn cliënt in en laat dat merken.

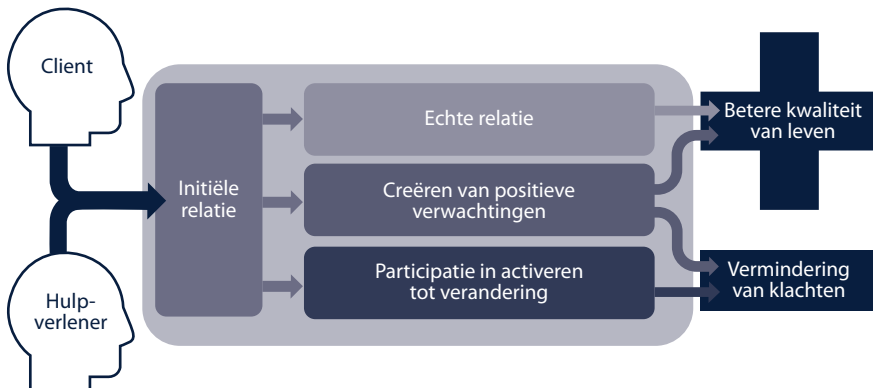
In bijna alle vormen van therapie en hulpverlening baseer je je op deze drie pijlers in de manier waarop je de cliënt tegemoet treedt.

Jargon & definities



Client-centered therapie of cliëntgerichte therapie: een therapiestroming waarin de cliënt leidend is en de therapeut volgend.

Wampold en Budge (2012) stellen: aan het begin van de samenwerking komt de cliënt met een bepaalde verwachting naar jou toe. De relatie is sowieso een bijzondere, totaal anders dan welke andere relatie dan ook. De cliënt komt naar jou toe met de verwachting dat zij of hij door jou zal worden begrepen, dat onderwerpen bespreekbaar zijn die bij anderen juist niet bespreekbaar zijn, dat je voorzichtig en op een niet-oordelende manier zult omgaan met de aangereikte informatie en dat geheimhouding en privacy vooropstaan. Dit is wat Wampold en Budge de initiële relatie noemen, zie figuur 1.1.



Figuur 1.1 Het driedelig model van het samenwerkingsverband tussen cliënt en psychosociale hulpverlener (naar Wampold & Budge, 2012)

Als de cliënt zich tijdens de initiële relatie gehoord voelt, is er ruimte om aan de zogenoemde echte relatie te bouwen. Tezelfdertijd creëer je in je dialoog met de cliënt positieve verwachtingen over haar of zijn mogelijkheden om te kunnen slagen in de aanpak van het probleem en motiveer je haar of hem tot het daadwerkelijk aanpakken ervan. Het resultaat voor de cliënt is een betere kwaliteit van leven en een vermindering van dat wat haar of hem last oplevert.

1.3.1 De initiële relatie

Cliënten komen met bepaalde verwachtingen binnen. Misschien hopen ze dat jij hen gaat helpen, misschien willen ze helemaal niet bij jou zijn, bijvoorbeeld omdat ze gestuurd zijn door hun partner of hun werkgever. De initiële relatie is gebaseerd op de mate van vertrouwen en begrip die ontstaat in het eerste contact en de mate waarin je door de cliënt wordt gezien als kundig.

Vertrouwen ontstaat vooral als je echt of congruent bent. Wanneer cliënten het idee hebben dat je gedrag (daarbij inbegrepen: je communicatie) overeenstemt met je innerlijke overtuigingen, wekt dat vertrouwen. Daardoor is de cliënt geneigd meer te vertellen. Qua begrip gaat het er in de initiële relatie vooral om dat de cliënt het idee heeft dat er echt en oprecht naar haar of hem wordt geluisterd en dat je geen waardeoordeel over haar of hem velt. Rogers' pijler onvoorwaardelijke positieve achting is hierbij onontbeerlijk: je ziet de cliënt als een waardevol individu en dat laat je merken door warmte uit te stralen in je contact met haar of hem. Het betekent overigens niet dat je al het gedrag van de cliënt accepteert (laat staan goedvindt of goedpraat). Het betekent dat je de persoon achter de cliënt accepteert, haar of zijn gevoelens accepteert. Het accepteren van de cliënt komt neer op:

- het gedrag en de persoon die dat gedrag vertoont van elkaar scheiden;
- respecteren dat er verschillen zijn en dat deze verschillen er mogen zijn.

Wat betreft expertise in de initiële relatie is, naast je opleiding, vooral het gezegde *practice what you preach* belangrijk, oftewel doe ook zelf wat je anderen aanraadt. Dan ben je als professional geloofwaardig. In een gesprek betekent dit dat het gesprek een echt gesprek moet zijn, niet gespeeld.

1.3.2 De echte relatie

De echte relatie komt tot stand naarmate het contact met de cliënt vordert. In eerste instantie betekent het een verdieping van de initiële relatie. De cliënt krijgt bijvoorbeeld steeds meer het gevoel dat jij als hulpverlener haar of hem echt begrijpt. De werking van de echte relatie is op zich al therapeutisch voor de cliënt, doordat deze voorziet in een van haar of zijn psychische basisbehoeften: de behoefte aan verbondenheid. Het heilzame effect van de echte relatie is het resultaat van je investering in een positieve betrokkenheid bij het welzijn van de cliënt.

1.3.3 Creëren van hoop en positieve verwachtingen

In de loop van het intakegesprek en dan voornamelijk wanneer je met een advies komt hoe je samen met de cliënt haar of zijn problemen aan gaat pakken, ervaart de cliënt meestal meer grip op haar of zijn problemen. Naast meer inzicht in het probleem geef je haar of hem ook manieren om dit aan te pakken. Dit zorgt ervoor dat de cliënt steeds meer hoop ervaart op een betere toekomst. Dat alleen al doet de kwaliteit van leven verbeteren (Vilhauer et al., 2013).

1.3.4 Participatie in verandering

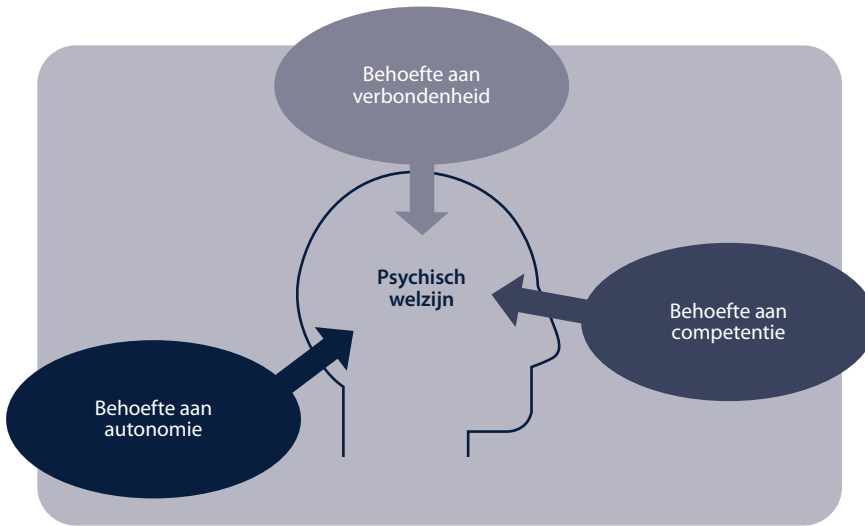
Ongeacht de inhoud of theoretische achtergrond van de interventies die je als psychosociale hulpverlener toepast, hebben ze alle gemeen dat ze de cliënt activeren tot het uitvoeren van constructieve gedragingen. Alleen al dat een cliënt bezig is haar of zijn problemen aan te pakken heeft een motiverend effect, zowel qua positieve verwachtingen als in termen van vermindering van klachten.

Hoe beter het samenwerkingsverband tussen jou en je cliënten, hoe groter de kans dat de juiste informatie op tafel komt, wat uiteindelijk weer bijdraagt aan de kwaliteit van de diagnostiek. Een goede samenwerkingsrelatie stoelt op drie pijlers: onvoorwaardelijke positieve achting, echtheid en empathie. De samenwerkingsrelatie is iets wat zich gaandeweg ontwikkelt. De initiële relatie is gebaseerd op verwachtingen van de cliënt. Daarop wordt gebouwd zodat de echte relatie ontstaat waarin jij bij de cliënt hoop en positieve verwachtingen creëert en participeert in het veranderingsproces van de cliënt naar een staat van verbeterd welzijn.

1.4 De cliënt: psychisch welbevinden

Je kiest ervoor om met mensen te werken omdat je begaan bent met hen en hun welbevinden. Welbevinden is de mate waarin iemand zich tevreden voelt met haar of zijn leven. Je kunt onderscheid maken tussen fysieke basisbehoeftigheden die nodig zijn om te overleven, zoals voedsel, water, warmte en veiligheid, en psychische basisbehoeften. Onder zowel barre omstandigheden (met weinig beschikbare basisbehoeftigheden) als overvloedige omstandigheden kunnen mensen zich zowel gelukkig als doodongelukkig voelen. Psychisch welbevinden heeft niet te maken met geld of goed, maar met de mate waarin een mens zich autonoom en verbonden voelt en in staat om de wereld het hoofd te bieden. De zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000) omschrijft de drie basisbehoeften voor psychisch welbevinden als volgt (zie ook figuur 1.2):

- De behoefte aan **autonomie**: de behoefte om zelf te bepalen wat je doet en niet onder druk te staan of gedwongen te worden om iets te doen.
- De behoefte aan **competentie**: de behoefte om op een doeltreffende manier met je omgeving om te gaan en met de uitdagingen die de omgeving met zich meebrengt.
- De behoefte aan **verbondenheid** met anderen: de behoefte om positieve relaties met anderen op te bouwen en je geaccepteerd en geliefd te voelen.



Figuur 1.2 De drie psychische basisbehoeften volgens Deci en Ryan (2000)

Alle drie de behoeftes hebben overlevingswaarde en zorgen tegelijkertijd ervoor dat mensen sociale wezens zijn. Verbinding betekent onder meer veiligheid, de veiligheid van de groep. Competentie maakt dat je iets te bieden hebt aan de groep en daarom voor de groep interessant bent en niet zult worden versto- ten. En autonomie geeft zekerheid: je mag zijn wie je bent en je wordt als mens geaccepteerd binnen de groep.

De zelfdeterminatietheorie stelt dat de drie psychische basisbehoeften univer- seel van aard zijn en dat naarmate deze drie behoeften beter vervuld worden, mensen een hoger welzijn ervaren (Van den Broeck, Ferris, Chang, & Rosen, 2016). Voelt iemand zich geblokkeerd in het bevredigen van een of meer behoeft- en, dan vermindert haar of zijn welbevinden. Globaal kun je stellen dat als je iemands behoefte aan verbinding blokkeert, dat leidt tot somberheid; blok- keer je de behoefte aan autonomie, dan leidt het tot frustratie en blokkeer je de behoefte aan competentie, dan leidt dat tot angst.

Mensen verschillen in de mate waarin elk van de drie behoeften bevredigd moeten worden (Flunger, Pretsch, Schmitt, & Ludwig, 2013). Sommige men- sen zullen bijvoorbeeld een veel grotere behoefte hebben aan verbondenheid (of competentie, of autonomie) dan anderen. De *vervulling* van de individuele behoefte – of deze groot of klein is – staat dus centraal voor iemands welbevin- den.

1.4.1 Psychisch welzijn en context

De veiligheid van de groep lijkt een raar begrip wanneer je bedenkt dat de samenleving zo individualistisch is ingericht. Toch is de individualistische samenleving schijn: kijk vanavond maar eens op je bord en bedenk hoeveel mensen erbij betrokken zijn geweest om jouw eten voor elkaar te krijgen. Of hoeveel mensen er in de lage landen betrokken zijn bij het onderhoud van de dijken opdat we droge voeten hebben. Mensen hebben elkaar nodig, we zijn van elkaar afhankelijk. Het probleem van de cliënt heeft altijd te maken met een tekort in de vervulling van een van de drie psychische basisbehoeftes. Als jij in staat bent om bij de cliënt te achterhalen wat bij haar of zijn probleem het achterliggende tekort is, kun je zowel je diagnostiek als je hulpverlening daarop richten.

Voor welbevinden is de vervulling van drie psychische basisbehoeftes van belang: ieder mens heeft behoefte aan autonomie, competentie en verbinding, al verschillen mensen in de mate waarin deze vervuld moeten worden voordat zij zich tevreden voelen over hun leven. Als psychosociale hulpverlener is het belangrijk oog te hebben voor deze behoeftes bij de cliënt zodat je er beter bij kunt aansluiten. Wanneer de behoeftes in voldoende mate worden vervuld, geeft dat iemand een gevoel van zekerheid en veiligheid. We hebben als mensen elkaar nodig voor de vervulling van de basisbehoeftes en daarom speelt de context van de cliënt zo'n belangrijke rol in het verrichten van diagnostiek.

1.5 De context van de cliënt

Een cliënt staat nooit op zichzelf. Er is altijd een context: een woonsituatie, mensen om haar of hem heen, familie, werk, gemeenschap, enzovoort. Het is verleidelijk om een diagnose te koppelen aan één enkele oorzaak. Maar dat doet geen recht aan de complexiteit van de context en de geschiedenis van de cliënt. Systeemgericht werken is een manier om je cliënt in de totaliteit van haar of zijn omgeving – haar of zijn omringende systeem – te beschouwen, en de interactie die je cliënt met die omgeving heeft. Maar een systeem is ook groter dan de context van je cliënt en verschillende systemen bestaan naast elkaar en beïnvloeden elkaar.

1.5.1 Systeemtheorie

In de systeemgerichte benadering komt een kenmerk voort uit een wisselwerking en staat niet op zichzelf. Iemand is dus niet dominant, maar *toont* zich dominant in een bepaalde situatie. Daarom kijkt de systeemgerichte benadering vooral naar hoe gedrag vanwege een wisselwerking tot uitdrukking komt en welke betekenis bepaald gedrag heeft.

Drie sleutelbegrippen uit de systeemtheorie zijn homeostase (de natuurlijke neiging van een systeem om in balans te blijven), feedbackprocessen (processen gericht op het bewaren van de balans van het systeem) en circulair-causale processen (oorzaak en gevolg zijn inwisselbaar, een hond die in de eigen staart bijt). Je moet er als psychosociale hulpverlener bijvoorbeeld niet alleen rekening mee houden dat je cliënt weerstand kan vertonen tegen een verandering, maar ook dat de omgeving van de cliënt baat kan hebben bij het in stand houden van een situatie, of dat verandering zelfs de daaromheen liggende systemen raakt en kan leiden tot een reactie.



Jargon & definities

Homeostase: de neiging om de status quo te behouden, oftewel het mechanisme dat verandering tegenwerkt om de huidige balans te behouden.

Feedbackproces: een mechanisme waarmee de output van een systeem 'teruggevoerd' wordt naar de input van datzelfde systeem, waardoor het het proces beïnvloedt en leidt tot een nieuwe output.

Lineair-causaal: een oorzaak veroorzaakt een gevolg.

Circulair-causaal: oorzaak en gevolg wisselen elkaar af, waardoor beide zowel oorzaak als gevolg zijn, die elkaar beïnvloeden.

Equifinaliteit: verschillende beginpunten kunnen leiden tot één en hetzelfde eindpunt.

Multifinaliteit: een specifiek beginpunt kan leiden tot meerdere eindpunten.

Multicausaliteit: een gevolg kan meerdere oorzaken hebben, niet slechts één.

Hiërarchische niveaus: het idee dat systemen bestaan uit subsystemen, die op hun beurt weer bestaan uit sub-subsystemen, enzovoort.

1.5.2 Feedback

Het woord feedback heeft in de systeemtheorie een specifieke betekenis die verschilt van de betekenis in communicatievaardigheidstrainingen. In de systeemtheorie betekent feedback dat de output van een bepaald systeem 'teruggevoerd' wordt naar de input van datzelfde systeem. Deze terugvoering beïnvloedt het proces tussen input en output. Met feedback binnen communicatievaardigheden wordt bedoeld dat je iemand iets vertelt over haar of zijn gedrag in de hoop dat zij of hij die informatie op zo'n manier tot zich neemt dat gedrag zal veranderen.

1.5.3 Complexiteit

Systemen zijn zelden eenvoudig: een bepaalde beginsituatie kan tot meerdere uitkomsten leiden en een bepaalde uitkomst kan op zijn beurt het resultaat zijn van meer dan één beginpunt, dat wil zeggen dat verschillende beginpunten tot dezelfde uitkomst kunnen leiden. Dit wordt respectievelijk *multifinaliteit* en *equifinaliteit* genoemd. Daarnaast is het zelden zo dat er maar één oorzaak is

Diagnostiek is een eerste stap in het veranderproces van de cliënt. Om een oplossing voor een probleem te kunnen vinden, moeten hulpverlener en cliënt immers eerst weten wat er precies aan de hand is. In dit boek wordt het diagnostisch proces inzichtelijk gemaakt aan de hand van talloze praktische voorbeelden en casussen.

Het boek bestaat uit drie delen. In Deel I 'De context van het diagnostisch proces' wordt ingegaan op de samenwerking tussen hulpverlener en cliënt, op wetgeving en op ethiek. Deel II 'Het diagnostisch proces' vormt de kern van het boek. Alle stappen van het diagnostisch proces worden in dit deel uitvoerig behandeld. In Deel III 'Diagnostische instrumenten' worden de tests en vragenlijsten besproken die hulpverleners tot hun beschikking hebben.

Deze tweede editie is volledig herzien en geactualiseerd.

Op de website bij het boek, www.diagnostischevaardigheden.nl, staan oefenvragen bij elk hoofdstuk, uitgewerkte formats, voorbeeldrapportages en een begrippentrainer. Docenten vinden er powerpointpresentaties en de uitwerkingen van de oefeningen in het boek.

Diagnostische vaardigheden voor hulpverleners is bedoeld voor studenten binnen de hogere sociale studies en voor hulpverleners die cliënten helpen met hun functioneren op zowel psychisch als sociaal gebied.

Drs. Markus van Alphen is afgestudeerd in de klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij werkt als vrijgevestigde behandelaar in een eigen praktijk en doceert (toegepaste) psychologie bij een aantal opleidingsinstituten, waarvoor hij ook vaardigheidstrainingen verzorgt. Daarnaast is Van Alphen consultant bij management- en teamvraagstukken en auteur van meerdere boeken.



www.diagnostischevaardigheden.nl
www.boomhogeronderwijs.nl