

Drie casusverslagen

1 Algemeen

De drie casusverslagen moeten een zo breed mogelijk terrein naar vraagstelling en psychodiagnostische instrumenten bestrijken. De casusverslagen mogen op het moment van indienen niet ouder zijn dan twee jaar. Voor een toelichting op de eisen rondom de variëteit aan casuïstiek, zie met name paragraaf 3.

De BAPD heeft betrekking op kennis en vaardigheden op het gebied van de algemene psychodiagnostiek. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen psychodiagnostiek in een niet-klinische en klinische setting. Daarom wordt voor de casusverslagen uit beide settings een zelfde format gehanteerd en worden de elementen in termen aangeduid die zowel in een nietklinische als klinische context toepasbaar zijn. Wel wordt bij de toelichting van de elementen de terminologie waar nodig naar context gedifferentieerd.

Bij de verslaglegging is de Algemene Standaard Testgebruik (NIP, 2010) in beginsel leidend.

Ten behoeve van de toetsbaarheid van het diagnostische besluitvormingsproces dienen de verslagen echter aan andere, aanvullende eisen te voldoen (zie paragrafen 2 en 3). Het casusverslag dient zo geschreven te zijn dat inzichtelijk is hoe de conclusies en aanbevelingen op grond van de onderzoeksresultaten aansluiten op de vraagstellingen en diagnostische hypothesen, en welke kanttekeningen hierbij vanuit een wetenschappelijk-professionele evaluatie te maken zijn. De elementen van het verslag hebben betrekking op de stappen die worden gezet binnen het verloop van de diagnostische besluitvorming. Het verslag zal duidelijk moeten maken dat de diagnosticus op verantwoorde wijze gebruik heeft gemaakt van kennisbronnen die relevant zijn voor de (klinische) praktijk. Deze kennisbronnen zijn theoretische en empirische kennis op het betreffende onderzoeksgebied, het bestand aan instrumenten dat voor diagnostisch onderzoek op het betreffende domein in aanmerking komt, kennis over fouten en vertekeningen van het ongewapende (klinische) oordeel en redeneren, en de professionele ervaringskennis zoals gedocumenteerd in richtlijnen, protocollen en gevalstudies. Bij het expliciteren van de overwegingen, keuzes en beslissingen wordt verwezen naar de gebruikte literatuur. Ook wordt aandacht besteed aan de mondelinge en schriftelijke rapportage aan de cliënten en/of de opdrachtgevers en hoe deze is verlopen. Vanwege bovenstaande vereisten wijken de BAPD-verslagen af van rapportages zoals die in de praktijk veelal worden opgesteld. Het casusverslag omvat maximaal tien pagina's. Dit is inclusief de ruwe scores en de literatuurlijst.

2 Elementen van het casusverslag

Het casusverslag omvat de volgende elementen:

1. Cliëntgegevens
2. Reden van aanmelding
3. Intake
4. Onderzoeksopzet
5. Observaties en indrukken
6. Onderzoek
7. Samenvatting en integratief beeld

8. Conclusies en advies
9. Evaluatie
10. Ethiek
11. Bijlagen

Hieronder volgt bij elk van deze elementen een korte omschrijving van de inhoud. In de paragrafen die volgen, wordt het diagnostische proces van een nadere toelichting voorzien, zowel inhoudelijk als procesmatig.

2.1 Cliëntgegevens

Alle persoonlijke gegevens die voor een casus van belang zijn, zoals leeftijd, sekse, gezinssamenstelling, werk-/schooltype, onderzoekssetting en aanmelder moeten worden vermeld. In geval van een opdracht door een organisatie is de cliënt de (potentiële) medewerker en fungeert de organisatie, in de regel vertegenwoordigd door een manager, directeur of HR-adviseur, als aanmelder en opdrachtgever. In geval van een opdracht door een organisatie is de cliënt de vertegenwoordiger van de organisatie c.q. opdrachtgever. Houd rekening met de privacygevoeligheid van de informatie. Geef expliciet aan dat de gegevens zijn geanonimiseerd. Gebruik geen namen van instellingen en/of (klant)organisaties. Verwijder namen van familieleden, onderzoeksdata, geboortedata, beroep, plaatsnamen endergelijke of pas deze aan.

2.2 Reden van aanmelding of opdracht

De reden van aanmelding of opdracht wordt in enkele zinnen aangegeven.

2.3 Intake

Geef een samenvatting, in enkele zinnen, van gegevens die al voor aanvang van het onderzoek bekend zijn uit verwijsbrieven, doorgestuurde dossiergegevens en/of een (telefonische) intake met opdrachtgever. Beschrijf de klachtbeleving (subjectieve kijk op de huidige klachten / problemen), het beloop van de klachten / problemen in de tijd, relevante anamnestiche gegevens of visie van de opdrachtgever. Het intakegesprek wordt beëindigd met het formuleren van concrete hulpvragen of vragen die aansluiten op de klachten van de cliënt dan wel de visie van de cliënt/opdrachtgever.

2.4 Onderzoeksopzet

Geef voor elke (hulp)vraag het vraagstelling- en onderzoekstype. Gebruik hiervoor de taxonomie in Tabel 1 in paragraaf 4 als leidraad. Zorg voor minstens drie typen vraagstellingen in het totaal van de drie casus. Formuleer op basis van de klachten of de vragen van de cliënt/opdrachtgever een aantal onderzoeksvragen en hypothesen (voor een uitzondering hierop zie 5). Hierbij moet worden gerefereerd aan wetenschappelijke literatuur of aan gepubliceerde casuïstiek of ervaringskennis. Vermeld hoe de hypothesen of onderzoeksvragen worden onderzocht. Gebruik hierbij instrumenten zoals vragenlijsten, tests, projectieve technieken, observaties, interviews (zie Tabel 2 in paragraaf 6), eventueel aangevuld met dossieranalyse. De instrumenten kunnen variëren in psychometrische kwaliteit en relevantie voor het betrokken domein. Zet minimaal twee methoden per casus in en gebruik in het totaal van de drie casus elk van de drie methoden tenminste éénmaal. Vermeld per hypothese of onderzoeksvraag de criteria waaraan voldaan moet worden om tot een conclusie te komen (toetsingscriteria). Bespreek indien relevant de overwegingen en gemaakte keuzes voor de inzet (of juist niet) van onderzoeksmiddelen. Dit is vooral

relevant bij inzet van instrumentarium waarvan de (psychometrische) kwaliteiten beperkt zijn of indien u te maken heeft met cliënten met een andere (culturele) achtergrond dan waar het instrument oorspronkelijk voor bedoeld en/of genormeerd was.

2.5 Observaties en indrukken

Beschrijf onder 'indrukken' de eerste indrukken en observaties over de wijze waarop de cliënt zich tijdens het onderzoek als persoon presenteert (zoals uiterlijk, contact en houding, klachtpresentatie en gevoelens opgeroepen bij de onderzoeker, en reacties van de cliënt bij onbedoelde verstoring van onderzoekssituatie), en onder 'observaties' gerichte observaties over de wijze waarop de cliënt op de onderzoek- of testinstructies reageert en hoe cliënt de opdrachten uitvoert. Aandachtspunten hierbij zijn niet alleen het cognitief functioneren van de cliënt, maar bijvoorbeeld ook diens affectieve en emotionele reacties en –bij performantietaken- ook diens zintuiglijk en motorisch functioneren. Vermeld alleen observaties die opvallend zijn én relevant voor het beantwoorden van de vraagstelling. Opgemerkt wordt dat bij observaties en indrukken zowel 'positieve' als 'negatieve bevindingen' relevant kunnen zijn; onder de eerste categorie vallen fenomenen die als vanzelf in het oog springen, de tweede categorie betreft fenomenen die juist opvallend zijn vanwege hun afwezigheid (bijvoorbeeld boven verwachting goed in staat blijken gedetailleerde informatie uit voorgaand onderzoekscontact te kunnen reproduceren bij een zelfrapportage van ernstige geheugenklachten). Bij de interpretatie van de resultaten (Figuur 1 in paragraaf 3) dient de mate waarin observaties en indrukken passen bij de overige onderzoeksbevindingen, dan wel de mate waarin ze hiermee in tegenspraak zijn steeds systematisch te worden geëvalueerd. Voor zover (meer gestructureerde) observationele methoden worden gebruikt om specifieke hypothesen te (helpen) toetsen, behoren deze tot de onderzoeksmethode. Ze dienen dan te worden beschreven in de rubriek Onderzoek (2.6).

2.6 Onderzoek

Vermeld per onderzoeksvraag en hypothese de uitkomsten voor ieder onderzoeksinstrument. Geef aan op welke wijze de observaties meewegen bij de interpretatie van de resultaten. Geef aan in hoeverre de resultaten voldoen aan de vooraf geformuleerde toetsingscriteria. Vermeld en beargumenteer welke hypothesen aanvaard, verworpen of aangehouden worden.

2.7 Samenvatting en integratief beeld

Begin de samenvatting met de vermelding van de aanmelding of opdracht, gevolgd door een korte samenvatting van de bevindingen van de intake en de onderzoeksresultaten. Formuleer vervolgens een integratief beeld waarin bevindingen en onderzoeksresultaten op elkaar worden betrokken. Presenteer dit beeld als een overkoepelend interpretatiekader en verwijst naar de kennisbestanden waarvan gebruik is gemaakt om de integratie te onderbouwen. Vermijd onterechte coherentie door ook gegevens die niet in het beeld passen te vermelden.

2.8 Conclusies en advies

Op grond van de samenvatting en integratief beeld worden conclusies geformuleerd en aanbevelingen gedaan voor interventies of mogelijk nader onderzoek.

2.9 Evaluatie

In deze paragraaf dient u inzichtelijk te maken hoe u in deze casus de diagnostische proces heeft gehanteerd en wat hierin voor u belangrijke leermomenten waren. Met andere woorden: u wordt gevraagd om uw casus vanuit een overstijgende/overkoepelende blik te bekijken. Er wordt gereflecteerd op het persoonlijk leren en functioneren tijdens het doorlopen van het diagnostisch proces. Welke onderdelen/fasen hierin verliepen goed? Wat vond u lastig en waarom? Tot welke inzichten bent u gekomen? Hierbij kan gedacht worden aan professionele en persoonlijke beperkingen en/of grenzen waar u tegen aan gelopen bent, bijvoorbeeld qua (mate van) deskundigheid, de relatie met het cliëntsysteem, interculturele aspecten, omgaan met en leren van feedback in de supervisie, keuze van onderzoeksinstrumenten en de interpretatie ervan, verantwoording/toelichting van gekozen handelwijzen et cetera.

2.10 Ethiek

In deze paragraaf dient u inzichtelijk te maken hoe u in deze casus bent omgegaan met ethische vraagstukken en wat hierin voor u belangrijke leermomenten waren. Er wordt gerelateerd aan beroepsethische aspecten, toegespitst op deze casus. Hierbij kunt u denken aan professionele en wetenschappelijke verantwoordelijkheid, gelijkwaardige behandeling en openheid tegenover de cliënt, duidelijkheid scheppen over de rol die u als diagnosticus bekleedt, het respecteren van het recht op privacy en vertrouwelijkheid door de cliënt en het in acht nemen van de grenzen van de eigen deskundigheid en beperkingen van de eigen ervaringen. In hoeverre is er met respect voor zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en gelijkwaardigheid van de cliënt gehandeld? En waar blijkt dat uit?

2.11 Bijlagen

Vermeld te allen tijde die testuitslagen die voor een beoordeling van het interpretatieproces nodig zijn (gestandaardiseerde scores (decielen, percentielen, T-scores, IQ's, betrouwbaarheidsintervallen et cetera)) en expliciteer (indien afwijkend van handleiding) welke normen zijn gehanteerd. Dit mag zowel in een bijlage als in het verslag zelf, zolang de interpretaties en conclusies maar transparant en toetsbaar zijn voor de lezer. Refereer aan literatuur volgens APA-richtlijnen. De literatuurlijst staat in een bijlage bij het verslag.

3 Toelichting op de stappen in het diagnostische proces

Het diagnostische proces start uiteraard met de aanmelding en eindigt met de bespreking van het advies. Tussen dit begin- en eindpunt voltrekt zich een proces waarbij vanuit het perspectief van de diagnosticus een regelmatige switch plaats vindt tussen overwegen en doen. Het overwegen betreft het formuleren van hypothesen, interpreteren van gegevens, kiezen van de gepaste onderzoeksinstrumenten, en integreren van bevindingen. Het doen is het daadwerkelijk uitvoeren van de activiteiten die aansluiten op de beslissingen die als gevolg van het overwegen worden genomen. De grote lijn waarlangs het diagnostische proces verloopt, is terug te vinden in de opzet van het casusverslag. In deze opzet wordt de reden van aanmelding (start van het diagnostische proces) gevolgd door de rubrieken intake, onderzoeksopzet, onderzoek (met begeleidende observaties en indrukken), samenvatting en integratief beeld, en conclusies en

advies. Deze rubrieken representeren de hoofdstappen in het diagnostische proces (zie Figuur 1). Indien nodig zullen hoofdstappen herhaald worden en het proces vanuit de bijgestelde resultaten conclusies verder worden afgewikkeld. De deelstappen waaruit deze hoofdstappen zijn opgebouwd zijn reeds impliciet aan de orde gekomen bij de beschrijving van de elementen van het casusverslag en komen ook in de verdere toelichting ter sprake. Voor de volledigheid worden de stappen uit het diagnostische proces die ten grondslag liggen aan het casusverslag hier in Figuur 1 gepresenteerd.

De stappen in het diagnostische proces kunnen naar hun aard ook geordend worden binnen de methodologische grondfiguur van de empirische cyclus bestaande uit de fasen observatie, inductie, deductie, toetsing en evaluatie. Aanmelding en intake leveren het uitgangsmateriaal (observatie) voor het uitwerken van de onderzoekopzet waarbij de eerste stappen resulteren in de keuze voor een theoretisch en empirisch kader (inductie) op basis waarvan toetsbare hypothesen worden geformuleerd (deductie). Met het uitvoeren van het onderzoek worden hypothesen getoetst (toetsing), en de uitkomsten worden in het licht van de vraagstellingen samengevat en geïntegreerd (evaluatie). Overigens moet er op gewezen worden dat de diagnostische praktijk niet als een lijnrechte uitvoering van wetenschappelijk onderzoek kan worden gezien. Waar het hier om gaat is dat wel in de geest van de empirische cyclus gewerkt wordt. Verwachtingen worden geëxpliciteerd, empirisch getoetst en de uitkomsten kritisch geëvalueerd in een proces dat zo goed mogelijk verankerd ligt in de gedragswetenschap, inclusief de binnen deze wetenschappen ontwikkelde generieke ondersteunende disciplines als onderzoeksmethodologie, statistiek, psychometrie, en beslissingstheorie. Verdere disciplineren vindt plaats doordat de beschikbare wetenschappelijke hulpmiddelen worden ingezet, rekening houdend met de aard van de betrokken diagnostische vraagstelling. Een toewijzingsonderzoek dient volgens de regels van toewijzingsonderzoek te worden uitgevoerd en niet, bijvoorbeeld, volgens de regels van onderkennend onderzoek. Voor elk van de betrokken vraagstellingstypen (onderkenning, verklaring, indicatie, selectie, toewijzing) doet de diagnosticus beroep op het daartoe geëigende bestand aan theoretische, empirische en methodische kennis. Zo is het kennisbestand aan classificatiesystemen van probleemgedrag en de daarvoor ontwikkelde instrumenten een geëigend onderdeel bij de onderkennende diagnostiek in de klinische praktijk, maar niet relevant voor een toewijzingsonderzoek waarbij leerlingen verdeeld moeten worden over verschillende schooltypes. In de onderkennende diagnostiek van probleemgedrag bestaat het kennisbestand uit de methoden ontwikkeld om het probleemgedrag te beschrijven en te classificeren aan de hand van vastgelegde criteria (bijvoorbeeld classificatie van probleemgedrag binnen het DSM-systeem op basis van een daarop afgestemd interview). In het toewijzingsonderzoek bij leerlingen bestaat het kennisbestand uit de variabelen waarvan is aangetoond dat zij differentiële predictiviteit bezitten, de gehanteerde predictiemodellen, en het instrumentarium dat ontwikkeld is om de betrokken variabelen valide te beoordelen.

Figuur 1: Stappen in het diagnostische proces conform het model van het casusverslag



4 (Hulp)vragen, diagnostische vraagstelling- en onderzoekstypen

In een niet-klinische setting is er doorgaans geen sprake van hulpvragen maar van vragen gesteld door de opdrachtgever, zijnde een individu of organisatie. De vragen kunnen zowel betrekking hebben op de organisatie als op specifieke individuen. De vragen hebben betrekking op de normale ontwikkeling en ontplooiing van de cliënt (individu of organisatie). Hulpvragen hebben betrekking op de verstoorde ontwikkeling of problematische ontplooiing. “Wat is het beste schooltype voor mijn kind?” en “Voldoet deze sollicitant aan de functie-eisen?” zijn voorbeelden van niet-klinische vragen. “Heeft mijn kind dyslexie?” en “Heb ik therapie nodig om mijn problemen op te lossen?” zijn voorbeelden van klinische hulpvragen. Bij het beantwoorden van de (hulp)vragen speelt niet alleen de inhoud van de hulpvraag een rol, maar ook het soort of type van diagnostische vraagstelling dat bij het beantwoorden van de hulpvraag aan bod komt.

De hulpvraag “Heeft mijn kind dyslexie?” heeft inhoudelijk betrekking op het lees- en spellingsdomein, en is naar de aard van de vraagstelling te typeren als een vraag naar de onderkenning van een probleem of stoornis. De hulpvraag “Heeft mijn kind dyslexie” is te typeren als een onderkennende vraagstelling en vereist daarom onderkennend onderzoek. De hulpvraag “Wat is het beste schooltype voor mijn kind” is te typeren als een vraag naar indicatie (in dit geval van schooltype). De aard van de vraagstelling maakt duidelijk wat met het onderzoek beoogd wordt. De hulpvraag “Heeft mijn kind dyslexie” is een voorbeeld van een enkelvoudige vraag. In de praktijk kan het voorkomen dat het onderzoek beperkt blijft tot het beantwoorden van één enkelvoudige hulpvraag. Vaker is er sprake van het beantwoorden van meervoudige (hulp)vragen. Meervoudige (hulp)vragen hebben betrekking op verschillende vraagstelling- en daarmee corresponderende onderzoekstypen. Het komt voor dat meervoudige (hulp)vragen door de cliënt of opdrachtgever ook als zodanig worden ingebracht. De vraag “Zijn er in het team spanningen die van invloed zijn op de productie, en zo ja wat kan ik als manager doen om de spanningen te reduceren?” bevat achtereenvolgens een onderkennende (Zijn er in het team spanningen?), een verklarende (Zijn de spanningen van invloed op de productie) en een indicerende vraagstelling (Wat doen om de spanningen te reduceren?). Het komt ook voor dat de initiële (hulp)vraag schijnbaar enkelvoudig is maar dat tijdens de bespreking ervan blijkt dat achter de enkelvoudige (hulp)vraag een aantal andere (hulp)vragen schuil gaan. De hulpvraag van een moeder “Wat is er mis met mijn kind” is als zodanig te kenmerken als een enkelvoudige hulpvraag die correspondeert met een onderkennend vraagstelling- en onderzoekstype. Tijdens de intake kan vervolgens blijken dat moeder zich nog om meer zaken zorgen maakt, zoals de invloed van de relatieproblemen van de ouders op de ontwikkeling van het kind en het feit dat de spanningen in het gezin haar zo langzamerhand te veel beginnen te worden. Zij weet nu niet alleen meer hoe haar kind, maar ook niet hoe zijzelf het best geholpen kan worden. De onderkennende vraagstelling van de initiële hulpvraag (“Wat is er mis met mijn kind”) geeft aanleiding tot het formuleren van minstens één verklarende (“Dragen mijn/onze relatieproblemen bij aan de problemen van mijn kind”) en twee indicerende vraagstellingen (“Hoe kan mijn kind het best geholpen worden?” en “Hoe kan ik ondersteund worden in het omgaan met de spanningen in mijn gezin?”). De voorbeelden van (hulp)vragen in Tabel 1 zijn geclassificeerd naar vraagstellingen onderzoekstypen. De (hulp)vragen in Tabel 1 zijn enkelvoudige (hulp)vragen. Zij zijn te classificeren binnen een enkel vraagstelling- en daarmee corresponderend onderzoekstype.

Tabel 1: Classificatie van (hulp)vragen naar vraagstelling- en onderzoekstypen

Vraagstelling - onderzoekstype	Groeibevorderende (hulp)vragen(ontwikkeling/loopbaan/ organ isatie)	(Hulp)vragen (verstoorde of bedreigde ontwikkeling/loopbaan/organisatie)
onderkennend	- Zijn er in mijn team sluimerende/onderhuidse conflicten?	- Heeft mijn kind een rekenstoornis - Is er bij dit kind wel sprake van een autisme spectrumstoornis
verklarend	- Deze leerling maakt sneller vorderingen dat wij gedacht hadden. Heeft dat met de nieuwe leerkracht te maken? - Welke spanningen in het team zijn van invloed op de productie?	- Zijn de angstige reacties van het kind buitenshuis het gevolg van een onveilige hechting aan de ouders? - Volgens de ouders is het kind zeer teruggetrokken, maar de leerkracht merkt geen verschil met de andere kinderen. Hoe komt dat? - De prestaties van deze persoon zijn de laatste tijd heel wisselvallig. Op het werk lijkt niets veranderd te zijn. Heeft dit dan dat met zijn thuisituatie te maken? - Zijn de concentratieproblemen van deze persoon een gevolg van zijn ongeval?
indicerend	-Zijn er kinderen in mijn klas die behoefte hebben aan extra leerstof? - Welke interventies zijn nodig dan wel gewenst om mijn teamleden op een hoger plan te krijgen?	- Is een intensieve behandeling voor dit kind met dyslexie aangewezen?
selecterend	- Welke sollicitant(en) is/zijn het meest geschikt voor deze functie?	- Welke cliënt(en) hebben de meeste baat bij de vorm van cognitieve therapie in deze instelling?
toewijzend	-Kunnen we deze persoon een leidinggevende taak op de afdeling toevertrouwen? - Wie komt in aanmerking voor plaatsing op een andere afdeling?	- Welke van de wachtlijstcliënten komt als eerstvolgende in aanmerking voor een kortdurende behandeling?

5 Onderzoeksvragen en hypothesen

Onderzoeksvragen zijn de vakinhoudelijke vragen die aansluiten bij de (hulp)vragen van de cliënt, uitgebreid met vragen die de diagnosticus op basis van eigen ervaring en kennis van de literatuur gekoppeld aan de tot dan toe verzamelde gegevens van belang acht. Zo kan het voorkomen dat bij een enkelvoudige hulpvraag als “Heeft mijn kind dyslexie” de diagnosticus zich genoodzaakt ziet ook onderzoek te doen naar aanvullende of alternatieve leer- of ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld “Is er bij dit kind sprake van een taalprobleem?”). De onderzoeksvraag is dan niet “Is er bij dit kind sprake van dyslexie”, maar “Is er bij dit kind sprake van dyslexie en/of andere typen leer- en ontwikkelingsproblemen?”. De verantwoording van de onderzoeksvraag wordt geformuleerd in de daarbij uitgewerkte onderzoekshypothese(n) waarbij de diagnosticus de plausibiliteit van de betrokken hypothese ten aanzien van de casus op basis van empirische, theoretische dan wel ervaringskennis aangeeft. In het gegeven voorbeeld zou het kunnen dat de diagnosticus ook vermoedt dat er sprake is van een taalontwikkelingsprobleem en daarom de twee volgende onderzoekshypothesen heeft geformuleerd. Hypothese 1: Volgens de leerkracht heeft het kind geen problemen met rekenen maar wel met lezen en spellen. Wellicht is er sprake van dyslexie. Hypothese 2: Uit de anamnese blijkt dat de taalontwikkeling van het kind laat en moeizaam op gang is gekomen. Het kind kan wel mee op school en kan instructies ook goed begrijpen, maar heeft een beperkte woordenschat en spreekt gelet op haar leeftijd in eenvoudige zinnen. Wellicht is er sprake van een expressieve taalstoornis.

Typerend voor diagnostische onderzoekshypothesen is dat zij inductief gegenereerd worden op basis van individuele cliëntkenmerken. Dit is zowel in de klinische als niet-klinische diagnostiek het geval als het gaat om onderkende, verklarende en indicerende hypothesen. Uit een intake met een opdrachtgever kan bijvoorbeeld blijken dat een betrokken medewerker meer fouten maakt nadat het werk complexer is geworden. Op basis van kenmerken van de betrokken medewerker vastgelegd in het curriculum vitae (CV) zou bijvoorbeeld de volgende (verklarende) onderzoekshypothese geformuleerd kunnen worden. Hypothese: Deze medewerker is meer fouten gaan maken nadat zijn werk door taakverschuiving en reorganisatie complexer is geworden. Uit het CV blijkt een vooropleiding van MAVO gevolgd door MBO. De huidige functie is van een HBO+ niveau. Wellicht wordt de medewerker op cognitief vlak overvraagd. De zaak ligt anders als het gaat om selectie of toewijzing waarbij cliënten gescreend worden op grond van vooraf vastgestelde criteria. Er is wel een onderzoeksvraag, maar geen inductieve hypothese. In deze gevallen is het gekunsteld om van onderzoekshypothesen te spreken en kan de diagnosticus zich beperken tot de onderzoeksvragen en bijbehorende criteria.

6 Instrumenten: Methoden en domeinen

In Tabel 2 is een indeling van psychodiagnostische instrumenten gehanteerd naar methode en domein. Deze indeling is te beschouwen als een pragmatische indeling, aangezien er niet één algemeen geaccepteerde taxonomie voor psychodiagnostische instrumenten is. Er worden drie basismethoden onderscheiden (1. Prestatietaken, 2. Zelfrapportage en 3. Beoordeling en observatie) en binnen elke methode een aantal domeinen.

Conform de Algemene Standaard Testgebruik geldt dat psychodiagnostisch instrumentarium kan worden ingezet als wordt voldaan aan de algemene

voorwaarden van 'Kwaliteit' en 'Relevantie'. De kwaliteit van het instrumentarium kan blijken uit een voldoende beoordeling door de commissie testaangelegenheden of dient anderszins door de psychodiagnosticus te kunnen worden verantwoord. Het principe van relevantie verwijst naar een instrumentkeuze waarvan aannemelijk is deze zal bijdragen aan het beantwoorden van de diagnostische vraagstelling. Voor de aanvraag van de BAPD gelden echter een aantal aanvullende regels:

Zet minimaal twee methoden per casus in en gebruik -in principe- in het totaal van de drie casus elk van de drie methoden tenminste éénmaal. Echter, in bepaalde situaties is (uitgebreide/ gestructureerde) zelfrapportage onmogelijk of onwenselijk (bijvoorbeeld vanwege een te jonge (mentale) leeftijd). Indien deze methode daardoor minder ingezet kan worden, dan dient dit verantwoord te worden in de Evaluatie. Hierbij dient dan ook inhoudelijk te worden gereflecteerd op de gevolgen van het missen van deze informatiebron. In dergelijke gevallen wordt aanbevolen om tenminste de perceptie van naasten (opvoeder, voogd, et cetera) over de klachtbeleving van de cliënt in het verslag op te nemen.

Bespreek en interpreteer het ingezette instrumentarium, met oog voor het specifieke patroon van sterkten en zwakten; prestatietaken kennen bijvoorbeeld andere potentiële stoor-factoren (zoals vermoeidheid, faalangst, et cetera) dan de zelfrapportage-methodiek (sociale wenselijkheid, beperkt zelfinzicht en dergelijke). Tevens verschillen ingezette instrumenten qua betrouwbaarheid en validiteit; hoe (psychometrisch) sterker het materiaal, des te steviger/stelliger de uitspraken en/of conclusies mogen zijn. Bevindingen uit psychometrisch sterk materiaal verdienen in de regel een centralere plek in de beschouwing dan die uit psychometrisch zwakkere instrumenten.

Wat betreft de inzet van domeinen, is Tabel 2 zo opgezet dat er voor elk van de drie methoden keuzeruimte geboden wordt om één of meer domeinen toe te passen naar gelang de vraagstelling en de specifieke diagnostische setting. Per methode kan worden volstaan met de inzet van één domein, maar uit de vraagstelling van een bepaalde casus kan de noodzaak voortvloeien tot de inzet van meer dan één domein voor die specifieke casus; cruciaal hierbij is dat de inzet van instrumentarium altijd voldoende dekkend moet zijn om de vraag te kunnen beantwoorden.

Tabel 2: Testmethoden en domeinen

Methode	Domein	Voorbeelden
1. Prestatietaken	Intelligentietests	WAIS, WISC, RAKIT, GIT Raven, KAIT, etc.
	Neuropsychologische taken & functietests	TMT, Stroop, BADS, 15-W, CFR, etc.
	Motoriek-onderzoek	MABC, KTK, MOT'97
	Didactische taken	CITO, AVI, TVK, EMT, Klepel, DST-NI, PI dictee, niveautest rekenen etc.
	Organisatorische prestatietaken	Digitale postbakoefeningen, Clues, Utopia, MCS, managementsimulaties, Highlight, Zeezicht
2. Zelfrapportage	Klachtgericht / Probleemgericht	SCL, BDI, YSR, PMT, DEX-vragenlijst, CFQ, CIS, SVL, VBBA, VOS, ASK, (werkgerelateerde) stress-/energiebronnen
	Persoonlijkheid: a. omnibus b. specifiek aspect	a. DAPP, MMPI, NPV, NEO, BIP, OPQ b. UCL, SIG, PMT
	Waarden en attitudes	BIT, ZKM, BZO, Drijfveren vragenlijst
	Gezin/ systeem	NOSI (K), FRT
	3. Beoordeling, observatie en interpretatie	Gedragsbeoordeling (algemeen)
Gedragsbeoordeling Classificatie / Psychopathologie (DSMIV-TR-criteria)		a. informanten: AVL b. professional: (Semi)gestructureerd interview (MINI, DIVA, SCID, Spekinterview, CAS)
Risicotaxatie		HCR, SVR, PCL-R, SAVRY
Gedragsobservatie		Spelobservatie (GORS), Schoolobservatie, Simulatie / rollenspel (In-Basket), onderhandelings-/beoordelings-/advies- /coachingsgesprekken, presentaties, factfinding, training / les, (strategische) schrijfp opdrachten, ABC-schema
3. Beoordeling, observatie en interpretatie		Organisatiebeoordeling
	Projectief materiaal / Expressie-taken	ZAT, TAT, ZALC, Rorschach, HTP, SIT, Dewey, PFT, Gezinstekening (o.a. familie in dieren), et cetera

*Genoemde taken betreffen slechts voorbeelden, het schema is niet uitputtend; voor toelichting van de gebruikte afkortingen wordt verwezen naar psychodiagnostische handboeken en de COTAN-documentatie.

7 Samenvatting en integratief beeld

De samenvatting is een beknopte weergave van reeds gerapporteerde informatie. Het integratief beeld reikt verder dan de samenvatting. De verschillende onderdelen van de reeds eerder gerapporteerde informatie worden nu met elkaar in verband gebracht en tot een beknopte casusformulering geïntegreerd. Met het integratief beeld ontwerpt de diagnosticus als het ware een theorie van het individuele geval waarin niet alleen de onderzoeksuitkomsten in strikte zin, maar alle ter beschikking staande informatie over de cliënt wordt betrokken. Het integratief beeld is in zover speculatief dat de draagwijdte van eerder gerapporteerde gegevens nu bekeken wordt vanuit een geheel dat resultaat is van ordening en interpretatie van de diagnosticus. Een voorbeeld ter illustratie. De diagnosticus staat voor de opdracht na te gaan of een persoon na een periode van overspanning in staat is haar werk te hervatten. De functie van betrokkene is het signaleren van onverwachte pieken en dalen in de vraag naar bepaalde producten en het bijsturen van de leveringslogistiek. Naar aanleiding van de opdracht is de diagnosticus bij de opdrachtgever nagegaan wat de eisen zijn waaraan betrokkene in haar functie moet voldoen. In de intake is met betrokkene ook diens beroepsloopbaan en gezinssituatie doorgesproken evenals haar verwachtingen ten aanzien van een mogelijke werkhervatting. Op basis van de literatuur en praktijkervaring heeft de diagnosticus vervolgens aan aantal onderzoeksvragen en hypothesen geformuleerd met betrekking tot de persoonlijkheid (emotionele labiliteit, extraversie) en cognitieve capaciteiten (intelligentie) van betrokkene. In de samenvatting van het casusverslag worden kort de intakegegevens (functie-eisen, loopbaan en verwachting betrokkene, thuissituatie) en de onderzoekresultaten (emotionele labiliteit, extraversie, intelligentie) vermeld. In het integratief beeld worden de consequenties van deze gegevens vanuit hun onderlinge samenhang dan wel wisselwerking geïnterpreteerd. Zo zal de combinatie van onvermijdelijke tijdsdruk en hiërarchische gezagsrelaties op de werkvloer, reeds eerder opgelopen faalervaringen, onrealistische verwachtingen ten aanzien van werkhervatting en een weinig begripvolle partner, laag-gemiddeld intelligentieniveau, hoge mate van extraversie en emotionele labiliteit tot een ander inzicht in de kansen van betrokkene leiden dan in het geval van een combinatie waarin dezelfde persoon een functie uitoefent waarbij de tijdsdruk makkelijk is bij te stellen, de verhoudingen op het werk collegiaal zijn, en de betrokkene beroep kan doen op de ondersteuning van een begripvolle partner. In beide gevallen zal het integratief beeld zijn opgebouwd uit de expliciteringen van de consequenties van de aangetroffen combinatie van condities voor het functioneren van de persoon. De aannemelijkheid van deze expliciteringen wordt waar mogelijk ondersteund door verwijzing naar empirisch onderzoek, theoretische inzichten, gedocumenteerde praktijkkennis en eigen praktijkervaring.