

**Richtlijn casusbeschrijving
Diagnostiek***

**Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
Masterprogramma Orthopedagogiek**

2015-2016

**Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Departement Educatie & Pedagogiek**

September 2015

* Deze versie kan in de loop van het studiejaar nog worden bijgesteld en/of aangevuld.

Inhoud

1. Inleiding
2. Algemene uitgangspunten
3. NVO Basisaantekening Diagnostiek
4. Richtlijn voor casusbeschrijving Diagnostiek
 - 4.1 Vormvereisten
 - 4.2 Toelichting bij de stappen casusbeschrijving Diagnostiek
5. Referenties
6. Feedbackformulieren

1. Inleiding

Naast het eindverslag van de stage dienen 3 casusbeschrijvingen te worden ingeleverd. Deze casusbeschrijvingen dienen betrekking te hebben op diagnostiek en/of behandeling in het kader van *individueel cliëntcontact*.

Er bestaan veel verschillende richtlijnen voor casusbeschrijvingen en aan elke richtlijn zitten voordelen en nadelen. De richtlijnen die binnen het masterprogramma Orthopedagogiek van de Universiteit Utrecht gebruikt worden sluiten aan bij die van de Beroepsvereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen, de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). In paragraaf 2 worden een aantal algemene uitgangspunten voor de casusbeschrijvingen geformuleerd en toegelicht.

Op sommige, maar niet **alle**, stageplaatsen is het mogelijk je te kwalificeren voor het behalen van de NVO Basisaantekening Diagnostiek ¹. Hieraan zijn speciale voorwaarden verbonden en deze worden beschreven in paragraaf 3.

Daarna volgt in paragraaf 4 een uitleg van de richtlijnen van de casusbeschrijving Diagnostiek zoals gehanteerd binnen het masterprogramma Orthopedagogiek.

De richtlijnen van de casusbeschrijving Behandeling zijn in een apart document te vinden.

Toegevoegd is een lijst met literatuurverwijzingen (paragraaf 5) en een feedbackformulier voor de casusbeschrijving Diagnostiek (paragraaf 6).

2. Algemene uitgangspunten ²

Het uitgangspunt voor de casusbeschrijving is de klinische cyclus. Zowel diagnostische als behandelingsvraagstukken zijn hierin onder te brengen. *Het doel van orthopedagogische hulpverlening is verklaring en verandering van de probleemsituatie van de cliënt/cliëntstelsel volgens wetenschappelijk geaccepteerde en beproefde methodologische regels.*

De NVO geeft in haar richtlijn voor casusbeschrijvingen (2010) de volgende omschrijving van orthopedagogische diagnostiek en behandeling:
"Orthopedagogische diagnostiek betreft de diagnostiek bij opvoedingsvragen en includeert psychodiagnostiek, maar valt daarmee niet samen. Orthopedagogische hulpverlening heeft betrekking op het kind, de opvoeders of het systeem en kan meer of minder direct zijn. Minder direct is bijvoorbeeld het begeleiden van opvoeders of hulpverleners in het kader van opvoedingsvragen. Bij directe

¹ De Basisaantekening Diagnostiek kan door de NVO uitsluitend worden verstrekt in combinatie met, of na het behalen van, de registratie NVO Basis-Orthopedagoog.

² Overgenomen uit de NVO-brochure 'Richtlijnen voor de casusbeschrijving Orthopedagoog Generalist' (2010). Zie voor een volledige omschrijving de genoemde brochure op de website van de NVO (www.nvo.nl).

behandeling kan gedacht worden aan specifieke interventies zoals dyslexiebehandeling, gedragsprogramma's, sociale vaardigheidstrainingen, hometraining of video-interactiebegeleiding. Er is sprake van behandeling als de interventies systematisch, methodisch en verantwoord worden uitgevoerd."

De richtlijnen voor de casusbeschrijving van Diagnostiek en Behandeling van de NVO gaan uit van een dynamische probleembenadering en een transactionele visie op de ontwikkeling van kinderen. Deze benadering heeft geleid tot de hieronder genoemde uitgangspunten bij de orthopedagogische hulpverlening. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de handelingsgerichte visie op diagnostiek van Pameijer & Koomen (Verschueren & Koomen, 2007, p. 16):

1. systematische procedures toepassen in de verschillende fasen van diagnostiek- en interventie;
2. gericht zijn op advisering en samenwerking met kind, ouders, (beroeps)opvoeders, sociale omgeving; taxatie van veranderbaarheid;
3. hanteren van een transactioneel referentiekader, vaststellen van de bijdrage van contextfactoren bij het in stand houden, versterken dan wel verminderen van de problematiek;
4. onderkennen en gebruik maken van *positieve* elementen in alle fasen van het diagnostisch- en behandelingsproces.

Van een orthopedagoog mag een systematische en planmatige werkwijze worden verwacht. *Het is belangrijk dat de orthopedagoog in het proces van diagnostiek en behandeling aandacht besteedt aan het cyclische karakter van het hulpverleningsproces en de daarin te onderscheiden stappen.* Daarnaast mag van een orthopedagoog verwacht worden dat zij op de hoogte is van het wetenschappelijk kennisbestand op het terrein van diagnostiek en behandeling.

Methodologische eisen:

1. Cyclische werkwijze

Vaak is zowel tijdens het diagnostisch proces als tijdens de uitvoering van een behandeling of begeleiding bijsturing noodzakelijk. Daarnaast vormen de uitkomsten van diagnostiek het fundament van de behandeling zoals de uitkomsten van behandeling de ultieme toets zijn voor de conclusies van de diagnostiek. Dit betekent dat diagnostiek en behandeling in principe in een voortdurende cyclus vervat zijn. In de klinische cyclus zoals beschreven door de Bruyn et al. (2008) kunnen zowel diagnostische als behandelingsvraagstukken ondergebracht worden.

2. Stapsgewijze werkwijze

Om de kwaliteit van diagnostiek en behandeling of begeleiding te kunnen beoordelen, moeten de verschillende stappen in het proces getoetst kunnen worden aan kwaliteitscriteria. Dat is mogelijk als de beschrijving een helder format volgt. Daarom is de richtlijn voor casusbeschrijvingen geordend in een aantal stappen. De richtlijn Diagnostiek bestaat uit 9 stappen, de richtlijn voor Behandeling uit 7 stappen. *Een casusbeschrijving is geen chronologisch verslag maar een verslag waarin de stappen het verantwoordingskader zijn voor de genomen beslissingen en de keuzes in het hulpverleningsproces.* In de laatste stap wordt een kritische reflectie gegeven op het proces van oordeelsvorming en op het eigen leerproces.

3. Theoretisch consistent

De casusbeschrijving dient theoretisch consistent te zijn. Dat wil zeggen dat theoretische denkkaders in de juiste context gebruikt worden en dat redeneringen op basis van de gekozen theorie voortgezet worden tijdens de hele hulpverleningscyclus.

4. Methodologisch verantwoord

De casusbeschrijving dient methodologisch en psychometrisch verantwoord te zijn. Dat betekent dat geargumenteed en geoordeeld wordt volgens geaccepteerde methodologische regels en duidelijk aangegeven wordt in de casusbeschrijving van welke methoden en instrumenten gebruik gemaakt is. In de diagnostische fase kan de orthopedagoog gebruik maken van vragenlijsten, tests, toetsen, projectieve technieken, observatiemethoden, interviewtechnieken, anamnestiche gespreksvoering en dossieranalyse. Soms is de orthopedagoog genoodzaakt zelf een middel of werkwijze te construeren, mogelijk in de vorm van een experiment. De COTAN³ geeft informatie over de psychometrische kwaliteiten van onderzoeksmiddelen (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2000). Dat behandeling methodologisch verantwoord is, houdt in dat, waar mogelijk, gebruik gemaakt wordt van theoretische en empirische evidentie en dat de behandeling wordt uitgevoerd conform de methodische voorschriften.

5. Variatie

Gezien het leerstadium waarin de student verkeert, is het noodzakelijk om in de 3 casusbeschrijvingen te zoeken naar voldoende variatie in problematiek, leeftijd of ontwikkelingsleeftijd en methode van onderzoek en behandeling. De stagedocent beoordeelt of aan deze eis wordt voldaan.

De student levert 3 casusbeschrijvingen in waarin onderkennen, en verklaren en veranderingsgerichtheid centraal staan. Dat wil zeggen dat de student verbanden aangeeft tussen de problemen en de factoren die met deze problemen samenhangen, tussen de problemen en de (voorgestelde) interventies en tussen de geboden hulpverlening en de effecten daarvan. **LET OP:** De casusbeschrijving voor de NVO Basisaantekening Diagnostiek blijft niet beperkt tot het onderkennen van problemen in de zin van beschrijving, niveaubepaling of classificatie. Het gaat om open vraagstellingen waarbij verklaring en veranderingsmogelijkheden aan de orde zijn.

6. Privacy

De anonimiteit en privacy van de cliënt/cliëntsysteem en de instelling dient gewaarborgd te zijn. Daarom worden gegevens zo algemeen mogelijk en geanonimiseerd weergegeven. Dat betekent dat er, bijvoorbeeld, **geen** namen van personen, instellingen, plaatsnamen e.d. vermeld worden in de casusbeschrijving.

3. NVO Basisaantekening Diagnostiek versus casuïstiek i.h.k.v. stage

Indien je de verklaring NVO Basisaantekening Diagnostiek wilt behalen, is het noodzakelijk dat de 3 casusbeschrijvingen betrekking hebben op diagnostiek en dat deze voldoen aan de eisen die de NVO stelt. Zoals hierboven al beschreven, is het uitgangspunt hierbij dat de 3 casusbeschrijvingen in dit geval niet beperkt blijven tot het onderkennen van problemen in de zin van beschrijving, niveaubepaling of classificatie. Het gaat om open vraagstellingen waarbij verklaring en verandering aan de orde zijn.

De stagedocent van de Universiteit Utrecht is geautoriseerd om de 'Verklaring (ortho)pedagogische diagnostiek' (nadat aan alle eisen voor de 3 casussen is voldaan) te ondertekenen. Deze verklaring kan dan, na afstuderen en na registratie als basis-orthopedagoog, via de NVO omgezet worden in de daadwerkelijke registratie.

³ De COTAN is via de Universiteitsbibliotheek online in te zien: Bibliotheek > literatuur zoeken > zoeksystemen per vakgebied > Pedagogiek > COTAN-documentatie.
<http://www.cotandocumentatie.nl>

Studenten die niet aan bovenstaande eisen met betrekking tot de NVO Basisaantekening Diagnostiek kunnen voldoen leveren echter **ook** 3 casusbeschrijvingen in om aan de stage te voldoen en houden zich ook aan de richtlijnen die in deze handleiding gegeven worden. De casusbeschrijvingen hebben in hun geval betrekking op **behandeling** of **beperkte diagnostiek** (zich beperkend tot onderkenning van problemen in de zin van beschrijving, niveaubepaling of classificatie). Op basis van deze casusbeschrijvingen is het dus niet mogelijk de NVO Basisaantekening Diagnostiek te behalen.

Diagnostiek die volgens standaardprotocollen is gedaan zoals, bijvoorbeeld, gehanteerd door een instelling komt alleen dan in aanmerking voor de NVO Basisaantekening Diagnostiek als er geëxpliciteerd is welk deel geprotocolleerde zorg betreft en wat er extra gedaan is, of zou kunnen worden (aanvullende onderzoekshypothesen). In de reflectie moet dit nadrukkelijk besproken worden.

LET OP:

- 1) De NVO Basisaantekening Diagnostiek kun je eventueel ook nog na afstuderen, tijdens je eerste werkervaring als basis-orthopedagoog, behalen (geen begeleiding vanuit UU geboden; zoek erkende supervisor);
- 2) Verder is het goed om te weten dat na afronding van je master ook zonder NVO Basisaantekening Diagnostiek kunt starten met de opleiding tot NVO-Orthopedagoog Generalist of je verder kwalificeren als behandelaar: denk bijvoorbeeld aan een opleidingstraject dat leidt tot de registratie als gedragstherapeut (VGCT), systeemtherapeut (NVRG), kinder- en jeugdpsychotherapeut (VKJP), schoolpsycholoog of aan de BIG-opleiding psychotherapeut.
- 3) Voor toelating tot de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (GZ psycholoog) moet de NVO Basisaantekening Diagnostiek wel behaald zijn OF moet aangetoond worden dat 3 casussen als voldoende zijn beoordeeld door een erkend supervisor.

Zie voor meer informatie over diverse postmaster-opleidingstrajecten:

www.nvo.nl (NVO Basisaantekening Diagnostiek na afstuderen en opleiding tot NVO Orthopedagoog Generalist)

www.rino.nl (Amsterdam: o.a. opleiding tot schoolpsycholoog; GZ-psycholoog-BIG, Psychotherapeut-BIG)

www.rinogroep.nl (Utrecht: o.a. opleiding tot schoolpsycholoog; GZ-psycholoog-BIG, Psychotherapeut-BIG)

www.vgct.nl (registratietraject als Cognitief Gedragstherapeut)

www.vkjp.nl (registratietraject als Kinder- en Jeugdpsychotherapeut)

4. Richtlijn voor casusbeschrijving Diagnostiek

4.1 Vormvereisten

- Maximaal **5000 woorden** per casus (exclusief voorblad, bijlagen, literatuurlijst)
- De bijlagen hebben een maximale omvang van 2500 woorden
- Lettertype Times New Roman, 12 punts, regelafstand 1,5
- Geanonimiseerd, d.w.z. ontdaan van herkenbare privacygevoelige gegevens
Zorg er ook voor dat namen van betrokken hulpverleners, instellingen enzovoorts geanonimiseerd zijn

Titelpagina

- Neem de volgende tekst **letterlijk** over op de titelpagina:
 - Casusbeschrijving Diagnostiek
 - Masterstage
 - Masterprogramma Orthopedagogiek
 - Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
 - Universiteit Utrecht
 - 2014 - 2015
- Naam:
- Studentnummer:
- Naam stagedocent UU:
- Naam stagebegeleid(st)er:
- Datum:
- Casusnummer:
- Versienummer:
- Aantal woorden:⁴

A: Personalia

- A.1: Persoonsgegevens
- A.2: Situatiegegevens
- A.3: Bijzonderheden

B: Vraagstelling en klachtanalyse

- B.1: Aanmeldingsreden
- B.2: Klachtanalyse (aanmelder / cliëntsysteem)
- B.3: Visie cliëntsysteem op problemen & ervaringen eerdere hulpverlening
- B.4: Hulpvragen
- B.5: Overwegingen vanuit hulpverleningssetting

C: Probleemanalyse

- C.1: Beschrijving en ordening van problemen in orthopedagogisch kader
- C.2: Clustering aspecten van de probleemsituatie
- C.3: Ernsttaxatie
- C.4: Reflectie op hulpvragen

D: Voorlopig pijlenschema

⁴ In principe mag je het aantal woorden NIET overschrijden. Als je denkt dat het voor jouw casus wel nodig is om dit maximum te overschrijden dan moet je daar eerst toestemming voor krijgen van je stagedocent.

E: Hypothesevorming en toetsing

- a. 3 soorten hypothesen mogelijk:
 - Onderkennende hypothesen (OND)
 - Verklaringsgerichte hypothesen (VKL)
 - Veranderingsgerichte hypothesen (VER) 5
- b. Theorie (inclusief wetenschappelijke referenties)
- c. Operationalisatie in onderzoekshypothesen en onderzoeksmiddelen
- d. Toetsing van de onderzoekshypothesen

F: Diagnostische conclusie / integratief beeld

- F.1: Samenvatting en integratie van de onderzoeksresultaten; aansluiting van de conclusie bij de klacht en vragen van de cliënt/ cliëntstelsel
- F.2: Definitief pijlenschema

G: Advies en strekking van de interventie

- G.1: Welke interventies geadviseerd
- G.2: Welke interventies gekozen
- G.3: Totstandkoming advies

H. Reflectie op de casus en het diagnostisch proces

- H.1: Reflectie op de casus
- H.2: Reflectie op de gevolgde werkwijze
- H.3: Reflectie op het eigen leerproces

Referenties

Met opmaak zoals omschreven in APA 6^{de} editie (2010).

Bijlagen (maximaal 2500 woorden):

- a. per gebruikt onderzoeksmiddel worden de ruwe en (genormeerde) onderzoeksgegevens weergegeven (inclusief de gebruikte normtabel);
- b. indien er gebruik gemaakt is van andere onderzoeksmiddelen (denk aan gesprek, observatie, speldiagnostiek, projectief materiaal) wordt een kort verslag per middel toegevoegd;
- c. iedere bijlage voorzien van een nummer en titel/ beschrijving

⁵ Definitie volgens de NVO richtlijn voor casusbeschrijving (2010): "*Een veranderingsgerichte hypothese onderzoekt de potentiële veranderbaarheid, het groeipotentieel, de invloed van externe condities en de mogelijkheid om gebruik te maken van protectieve factoren, bepaalde interventietechnieken of werkzame principes. Door externe condities te manipuleren en vervolgens de reactie van het cliëntstelsel te observeren binnen een van te voren vastgestelde tijdslijm kan de invloed van externe condities worden bepaald. Een veranderingsgerichte hypothese is vooral prospectief en geeft aanwijzingen voor interventie: hoe wordt het probleem beïnvloed en hoe wordt veranderbaarheid benut?*". De setting van de stage instelling is hierbij van belang: in een klinische setting of in een schoolsituatie waar kinderen vaak gezien kunnen worden, kan een dergelijke hypothese beter onderzocht worden dan in een ambulante setting.

Vanuit de masteropleiding Orthopedagogiek willen wij hierbij de opmerking maken dat, gezien de setting waarin veel studenten stage lopen en de duur van de stageperiode, het moeilijk blijkt om veranderingsgerichte hypothesen daadwerkelijk te toetsen. Hoewel je als student op de hoogte moet zijn van dit type hypothese en je deze gevraagd wordt op te stellen als de hulpvraag hiertoe aanleiding geeft, is het *toetsen* van een veranderingsgerichte hypothese niet verplicht in het kader van het behalen van de NVO Basisaantekening Diagnostiek (maar mag wel natuurlijk en kan heel informatief zijn!).

4.2 Toelichting bij de casusbeschrijving Diagnostiek

A: Personalia

Noteer de persoonsgegevens (A.1) en relevante situatiegegevens (A.2) om aan te geven welke persoon, in welke opvoedingssituatie het betreft. Ga na bij wie het ouderlijk gezag (c.q. mentorschap bij wilsonbekwame volwassen cliënten zoals mogelijk in het geval van mensen met een verstandelijke beperking) ligt! Je geeft ook aan wat de hulpverleningssetting is en of het om vrijwillige of gedwongen hulpverlening gaat.

Geef bij 'bijzonderheden' (A.3) die gezins- en omgevingsfactoren aan die een beeld geven van de context waarin de cliënt / cliëntsysteem opgroeit c.q. wordt opgevoed. Bijvoorbeeld, 'ouders zijn gescheiden', 'het gezin verkeert in financiële problemen', 'de relatie tussen ouders en school / instelling is verstoord', 'moeder ontvangt psychiatrische hulpverlening', maar ook 'oma is als belangrijke opvoeder bij het gezin betrokken'. Beschrijf hierbij vooral die factoren die relevant (kunnen) zijn voor verdere hulpverlening.

VOORBEELD CASUS X ⁶

A. Personalia

A.1: Persoonsgegevens

Naam: X (jongen)

Geboortedatum: 17-4-1996

Leeftijd: 14j;11m

A.2: Situatiegegevens

Schooltype: HAVO-2.

Schoolverloop: Bao 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; VWO-1, HAVO-1, HAVO-2

Gezinssamenstelling: moeder (51 jaar, leerkracht basisonderwijs), zus (Y, 16 jaar), zus (Z, 11 jaar); vader (50 jaar, loodgieter, woont in Turkije)

Woonomstandigheden: thuis bij moeder en zussen.

Culturele achtergrond: Nederlands/Turks.

Ouderlijk gezag: moeder.

Aanvrager onderzoek: moeder.

Verwijzer: huisarts.

Hulpverleningssetting: Specialistische GGZ-instelling (vrijwillig).

A.3: Bijzonderheden

Vader en moeder zijn 10 jaar geleden gescheiden. Sindsdien is er geen contact meer met vader. [[verderop in de casusbeschrijving kan dan uitgewerkt worden wat de reden is dat er geen contact meer is met vader en hoe dit door het kind wordt beleefd](#)]

⁶ Casus X wordt in deze richtlijn gebruikt om de stappen te illustreren. Het betreft geen volledig uitgewerkte casus! Het kan daarom zijn dat gegevens 'opeens' gepresenteerd worden die je nog niet eerder bent tegengekomen.

B: Vraagstelling en klachtanalyse

Zowel de klacht- als probleemanalyse vinden in het hulpverleningsproces binnen de intakefase plaats.

B.1: Aanmeldingsreden

Eerst wordt (kort) vermeld waarom het cliëntsysteem wordt aangemeld.

B.2: Klachtanalyse (aanmelder / cliëntsysteem)

Daarna wordt de klacht geïnventariseerd. De klacht is het probleem zoals geformuleerd en ervaren door de aanmelder, het kind, de cliënt of het cliëntsysteem. Het gaat hierbij om de subjectieve beleving van de problemen door de cliënt/ het cliëntsysteem over het eigen gedrag en de beleving van de omgeving van het probleemgedrag. Daarbij kan het voorkomen dat betrokkenen, zoals ouders of leerkrachten, elkaar aanvullende of tegenstrijdige problemen ervaren. Als er verschillende opvoeders bij de aanmelding betrokken zijn, is het van belang hier in dit stadium al zicht op te krijgen.

De klachtanalyse begint met een zo concreet mogelijke beschrijving en inventarisatie van actueel als probleem ervaren gedrag van de cliënt en de (probleem)interacties in de opvoedings- en/of onderwijssituatie zonder verdere interpretatie. Geef duidelijk aan sinds wanneer de klachten worden ervaren en in welke situaties en onder welke condities de gedragingen en interacties zich voordoen en wie daarbij betrokken zijn. Geef aan hoe de omgeving reageert op de situatie. Deze informatie kan worden verzameld tijdens een intakegesprek. Probeer tijdens het intakegesprek, middels doorvragen, zicht te krijgen op wat positieve gevolgen voor het kind/ cliëntsysteem kunnen zijn van het van het probleemgedrag (+S+, -S-, °S-). Kijk hierbij vanuit het perspectief van het kind/ cliëntsysteem (bijv. welke nare emoties kan het kind met gedrag ontwijken).

B.3: Visie cliëntsysteem op problemen en ervaringen eerdere hulpverlening

Om de hulpverlening daadwerkelijk af te kunnen stemmen op de hulpvragen en de problemen van de cliënt/cliëntsysteem is het van belang dat de orthopedagoog kennis heeft van diens visie(s) op de problematiek. Hiertoe moeten expliciet de wensen, verwachtingen en attributies (wat ziet het cliëntsysteem als mogelijke verklaringen voor de problemen?) gevraagd worden. Inventariseer ook *ervaringen* van het cliëntsysteem met eerdere hulpverlening. Verder vraag je in dit stadium naar wat het cliëntsysteem (niet) als mogelijke oplossingen ziet. In het kader van goede samenwerking kun je hier in het onderzoek en eindgesprek rekening mee houden en bij aansluiten.

B.4: Hulpvragen

De volgende stap is het inventariseren van de hulpvraag / hulpvragen van de cliënt/cliëntsysteem in samenspraak met de orthopedagoog. Hierna onderscheidt de orthopedagoog vervolgens zelfstandig deze hulpvragen in een van de volgende drie categorieën (zie de Bruijn et al., 2008, p.106):

- i. *onderkennende vragen (ODK)*: wat is er aan de hand? Om welke type probleem en/of stoornis gaat het?
- ii. *verklarende vragen (VKR)*: waarom zijn deze problemen er? Welke factoren van de cliënt/cliëntsysteem en zijn sociale omgeving beïnvloeden deze problemen?
- iii. *indicerende vragen (IDC)*: hoe kunnen we deze cliënt/cliëntsysteem zo goed mogelijk ondersteunen? Welke vorm van begeleiding of behandeling is gewenst?

LET OP: dit zijn nog niet (perse) de hulpvragen waar je je op gaat richten in de casus. Een reflectie op de hulpvragen (na fase C.1, C.2, en C.3) en uiteindelijke

keuze voor de te beantwoorden hulpvragen volgen aan het einde van de probleemanalyse.

B.5: Overweging vanuit hulpverleningssetting

Vervolgens gaat de orthopedagoog na of deze vragen binnen de huidige hulpverleningssetting kunnen worden beantwoord (bedenk hierbij dat voor sommige hulpvragen de expertise van, bijvoorbeeld, een psychiater, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, logopedist, fysiotherapeut nodig is).

VERVOLG VOORBEELD CASUS X

B: Vraagstelling en klachtanalyse

B.1: Aanmeldingsreden

X wordt aangemeld door de huisarts, omdat hij slechte studieresultaten behaalt, snel boos wordt en sombere gedachten heeft.

B.2: Klachtanalyse

Intake gesprek met moeder: Moeder maakt zich zorgen over [et cetera; zorg dat de informatie hier volledig is maar beschrijf het zeer beknopt]. Ze wil graag weten wat er met X aan de hand is en hoe hij geholpen kan worden.

X geeft aan dat hij niet meer weet hoe hij zijn problemen moet aanpakken, dit geeft hem het idee dat hij de grip verliest, hij gaat dan gamen dan is dit nare gevoel weg. ... [et cetera; weer volledig maar beknopt uitwerken].

Gesprek met de mentor: De mentor merkt op dat X erg chaotisch is en slordig werkt aan zijn schooltaken... Daarnaast maakt ze zich zorgen over .. [et cetera; volledig maar beknopt uitwerken]. De mentor wil graag weten wat er aan de hand is en hoe ze X kunnen helpen op school.

B.3: Visie van cliëntsysteem op de problematiek (wensen, verwachtingen, attributies) en ervaringen met eerdere hulpverlening

Moeder: Moeder is bang dat ... en denkt dat hij misschien ADHD heeft. Moeder hoopt dat het huidige diagnostisch onderzoek (in tegenstelling tot eerder onderzoek toen X nog wat jonger was) nu wel

X: X wil meewerken aan het diagnostisch onderzoek en wil graag dat het weer beter met hem gaat (thuis en op school).

Mentor: De mentor verwacht dat

B.4: Hulpvragen ⁷

1: Op welk niveau liggen de leerprestaties van X? [ODK]

2: Is er bij X sprake van een stoornis zoals bijvoorbeeld ADHD? [ODK]

3: Zijn de symptomen die X vertoont passend bij een classificatie depressiviteit? [ODK]

4: Wat verklaart de tegenvallende leerprestaties van X? [VKR]

5: Welke factoren kunnen de psychische problemen van X verergeren dan wel in standhouden? [VKR]

6: Welke interventies zijn nodig om problemen thuis te verminderen? [IDC]

7: Welke interventies zijn nodig om problemen op school te verminderen? [IDC]

B.5: Overweging vanuit hulpverleningssetting

Omdat binnen de instelling onvoldoende expertise is op het terrein van leerproblemen wordt nauw samengewerkt met de orthopedagoog van de school om de aard en de ernst van de leerproblemen vast te kunnen stellen.

⁷ **LET OP;** dit zijn nog NIET (perse) de hulpvragen waar je je op gaat richten in de casus. Een reflectie op **alle** hulpvragen en een (onderbouwde) **keuze** voor de hulpvraag / -vragen die je daadwerkelijk gaat onderzoeken in de casus volgen aan het einde van de probleemanalyse!

C: Probleemanalyse

In de probleemanalyse worden de problemen geclusterd volgens de visie van de orthopedagoog.

C.1.: Beschrijving en ordening van problemen in orthopedagogisch kader

Geef aan vanuit je rol als hulpverlener welke klachten je ziet als problemen. Om hier meer zicht op te krijgen, kun je overleggen met je stagebegeleider. Je kunt voorafgaand aan dit overleg zelf nagaan in hoeverre er daadwerkelijk een afwijking is van een statistisch gemiddelde/ afwijking van een sociaal culturele norm (bijv. leesachterstand, nog steeds huilen met afscheid nemen van ouders als 6-jarige, nog niet zindelijk overdag met 4 jaar). Of dat er sprake is van een weinig succesvolle adaptatie van kind en/of gezinssysteem/schoolsysteem (bijv. 9-jarig kind slaapt elke nacht bij ouders, 8-jarig kind heeft driftbuien, waarop ouders reageren met toegevend gedrag, kind met storend gedrag in de klas krijgt van de leerkracht negatieve persoonsgerichte feedback). Deze informatie leid je af uit de intakegesprekken met ouders, kind, leerkracht, groepsleider. Ook kan een verkennende observatie in de klas of op de leefgroep behulpzaam zijn bij het beter inschatten of er vanuit het perspectief van de hulpverlener daadwerkelijk sprake is van een probleem en of dit overeenkomt met de klachten van de betrokkenen.

- *Positieve gedragingen en interacties:* Er wordt ook expliciet aandacht besteed aan positieve gedragingen en interacties en/of aan situaties en condities waarin de problematiek zich niet voordoet. De informatie kan worden verzameld tijdens een intakegesprek of, bijvoorbeeld, een verkennende observatie (bijvoorbeeld in de klas of op de leefgroep).
- *Beknopte ontwikkelingsanamnese:* Een kort chronologisch overzicht geeft de ontwikkeling van de cliënt binnen de context van opvoeding en onderwijs weer (denk hier bij onderwijsleerproblemen aan een overzicht van de leerlingvolgsysteemgegevens). Uit de anamnese worden alleen die gegevens gebruikt die relevant worden geacht voor de probleemanalyse of de hypothesevorming in relatie tot de huidige problematiek en de daaruit voortvloeiende hulpvragen.
- *Eerdere hulpverlening:* Geef kort aan of er eerder hulp is geweest, wat de aard van de hulp was, waar deze op gericht was (bijvoorbeeld vaardigheidstraining of ouderbegeleiding), door wie ze werd aangeboden en met welk effect.

C.2: Clustering probleemgedragingen en risicofactoren

De beschrijving wordt gevolgd door:

- een clustering van de probleemgedragingen. Gedacht kan worden aan vrij *globale* clusters zoals: schools presteren, informatieverwerking (o.a. intelligentie, geheugen, executieve functies) emotioneel functioneren, relationeel functioneren, lichamelijk functioneren. **Let op:** het voorbeeld dat gegeven wordt (p. 14) is slechts **één** mogelijkheid om deze clustering te maken. Neem deze niet 'automatisch' over maar ga zelf na hoe specifiek je deze clustering het best weer kunt geven. Voor de ene casus kunnen de CBCL categorieën handig zijn voor de andere casus is dit niet passend.
- een clustering van de risicofactoren (in bv. school, gezin, groep, kind)

C.3: Ernsttaxatie

- Screeningslijsten: Voor het vaststellen van de ernst en de aard van de problematiek is het wenselijk om in de fase van de probleemanalyse

standaard een algemene screeningslijst, zoals de CBCL, TRF, YSR⁸, SEV⁹ of VOG¹⁰, te laten invullen. Deze lijsten geven aan wat de aard van het probleemgedrag is en of de problemen zich in het klinische bereik bevinden. Het is een eerste brede, maar betrekkelijk oppervlakkige manier om de problematiek te verkennen. Het is belangrijk om steeds de vraag te beantwoorden of het om afwijkend gedrag (=afwijkend van de norm) gaat of om algemeen voorkomende problemen die horen bij een bepaalde ontwikkelingsfase en waarschijnlijk slechts van tijdelijke aard zijn. In dat laatste geval volstaan algemene opvoedingsadviezen en is meestal verder diagnostisch onderzoek niet nodig. De resultaten op de screeningslijsten zijn richtinggevend voor verdere hypothesevorming.

- Toepassing van de criteria van Rutter (1975; zoals vermeld in De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Van Aerle, 2008, p.134) voor de ernst van de probleemsituatie
- Eventueel bepalen van een Children's Global Assessment Scale score (C-Gas; 6-17 jaar) of Global Assessment of Function score (GAF; 18 jaar en ouder).

C.4: Reflectie op hulpvragen en formuleren hypothesen

In de eindfase van de probleemanalyse sta je nu bewust stil bij de volgende punten:

- wat weet je al om de hulpvragen (zoals geformuleerd in B.4) op dit moment m.b.v. de informatie die je nu verzameld hebt (intakegesprek; screeningsvragenlijsten, eventueel gegevens uit dossier) te beantwoorden?
- wat moet je nog weten om de hulpvragen te beantwoorden?
- wat is daarvoor nog nodig?
- kun jij dit als basis-orthopedagoog-in-opleiding doen of moet je doorverwijzen?
- waar ligt de prioriteit op dit moment?
- wat is jouw inschatting dat als je meer informatie verzamelt dit ook inderdaad tot verbetering van de probleemsituatie gaat leiden? Belangrijk hierbij is dat je overdenkt en overweegt wat **veranderbare factoren** zijn in de probleemsituatie. Om je op weg te helpen: Pameijer en van Beukering (2004) bespreken op p. 211-214 kenmerken en factoren die te beïnvloeden zijn en welke factoren juist moeilijk te beïnvloeden zijn (zie ook Pameijer & van Laar-Bijman, 2007 en Pameijer & Draaisma, 2011).

Formuleer nu:

- 1) **welke** hulpvragen en bijbehorende hypothesen je gaat onderzoeken in deze casus: dat kunnen alle vragen zijn of een selectie hieruit. Geef, beargumenteerd aan welke hulpvragen je *niet* gaat onderzoeken. Geef eveneens expliciet aan op welke klachten je niet verder ingaat.

Vergeet niet: De orthopedagoog stelt vast in hoeverre de resultaten van de probleemanalyse corresponderen met de klachten zoals beleefd door de cliënt/cliëntensysteem. In het geval dat de probleemanalyse resulteert in een nog **niet** eerder met de cliënt/cliëntensysteem besproken hypothese dan moet je hierover in overleg gaan met de cliënt/cliëntensysteem en tot consensus komen alvorens de hypothese daadwerkelijk te gaan onderzoeken.

⁸ Child Behavior Checklist (CBCL; [referentie](#)), Youth Self Report (YSR; [referentie](#)) en Teacher Report Form (TRF; [referentie](#))

⁹ Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV; [referentie](#))

¹⁰ Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG; [referentie](#))

VERVOLG VAN VOORBEELD CASUS X:

C. Probleemanalyse

C.1: Beschrijving en ordening van problemen in orthopedagogisch kader

Actuele problemen en interactie met de context

- *Informatie van moeder:* Uit de intake blijkt dat X thuis en op school ... [et cetera; volledig maar beknopt uitwerken hoe het actuele probleemgedrag eruit ziet en sinds wanneer het bestaat]. Moeder probeert hem vaak te helpen met huiswerk, maar dit werkt averechts... [et cetera, volledig maar beknopt uitwerken hoe ouders met hem omgaan]. Als positieve factoren noemt moeder ... [et cetera ...]
- *Informatie van X:* X vertelt dat hij sinds de start op de middelbare school last heeft van[et cetera; volledig maar beknopt uitwerken waar het actuele probleemgedrag uit bestaat].
- *Informatie van school (gesprek met de mentor):* De mentor vertelt dat X sinds dat hij op het VO zit [et cetera; volledig maar beknopt uitwerken waar het actuele probleemgedrag uit bestaat].
- *Aanvullende informatie van school (rapporten en verslagen van studiebegeleidingsgesprekken):* X heeft gedurende zijn schoolloopbaan ...

Positieve gedragingen en interacties (bron: moeder, school en indruk orthopedagoog)

X wordt omschreven als een vriendelijke jongen, hij heeft vrienden ...[et cetera; volledig maar beknopt uitwerken].

Beknopte ontwikkelingsanamnese

Uit de ontwikkelingsanamnese blijkt dat[et cetera; volledig maar beknopt uitwerken met informatie die relevant is voor de problematiek]

Eerdere hulpverlening

X heeft gedurende 4 maanden hulp gehad van een coach op school (maatschappelijk werker). Het doel van deze hulp was.... Het effect was....[beknopt bespreken].

C.2: Clustering van probleemgedragingen / risicofactoren ¹¹

	Probleemgedragingen		Risicofactoren
Cognitief functioneren	Leervoorwaarden en schoolse vaardigheden	Relationeel en emotioneel functioneren	Medisch functioneren
-moeite om aandacht te richten - geen hoofd- en bijzaken kunnen onderscheiden - problemen met beginnen aan taken -problemen met afmaken van taken -traag werktempo	- ernstig schoolverzuim (min. 1 dag per week) - afleidbaar - leidt klasgenoten af - kan niet zelfstandig taak afmaken - kwijtraken van spullen - vergeten van spullen - op school veel wiebelen - slechte fijne motoriek en handschrift	<i>Relationeel:</i> - roept thuis negatieve reacties op door chaotische gedrag - niet zelfstandig - veel conflicten met moeder over schoolwerk <i>Emotioneel:</i> - teruggetrokken - snel boos - snel gespannen	- ernstige hooikoorts - vermoeidheid

¹¹ De probleemclustering moet logisch volgen uit de eerdere beschrijving van de gedragingen uit het intakegesprek. Hier mag geen nieuwe informatie staan die eerder nog niet besproken is in het verslag!

C.3: Ernsttaxatie

- Screeninglijsten (beknopte weergave van scores; zie de bijlagen voor volledige scoring).

instrument	moeder	mentor
CBCL/TRF	Tot. probl., ext en int: klinisch gebied	Tot. probl., ext en int: klinisch gebied
SEV	-Aandachtstekort: klinisch hoog (perc 98-100) -Angst in het algemeen: subklinisch (perc 90-94) -Sociale angst: klinisch (perc 95-97)	-Aandachtstekort: klinisch (perc 95-97) -Sociale angst: normaal-hoog (perc 80-89)

- Aan de hand van de criteria van Rutter (1975, zoals vermeld in De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aerle, 2008, p.134) is een inschatting van de ernst van de problemen gemaakt. Het blijkt dat [[loop de criteria systematisch één voor één na](#)].

Conclusie t.a.v. de ernst. Op basis van zowel de screeninglijsten als de criteria van Rutter kan geconcludeerd worden dat er sprake is van ernstige problematiek.

C.4: Reflectie op hulpvragen

[[beschrijf hier alle hulpvragen \(zoals opgesteld bij B.4\) en geef beargumenteerd aan met welke hulpvragen je al dan niet verder gaat](#)]

D: Voorlopig pijlenschema

Het kan verhelderend zijn om de verschillende symptoomclusters en verklaringen en hun onderlinge samenhang in een pijlenschema te zetten.

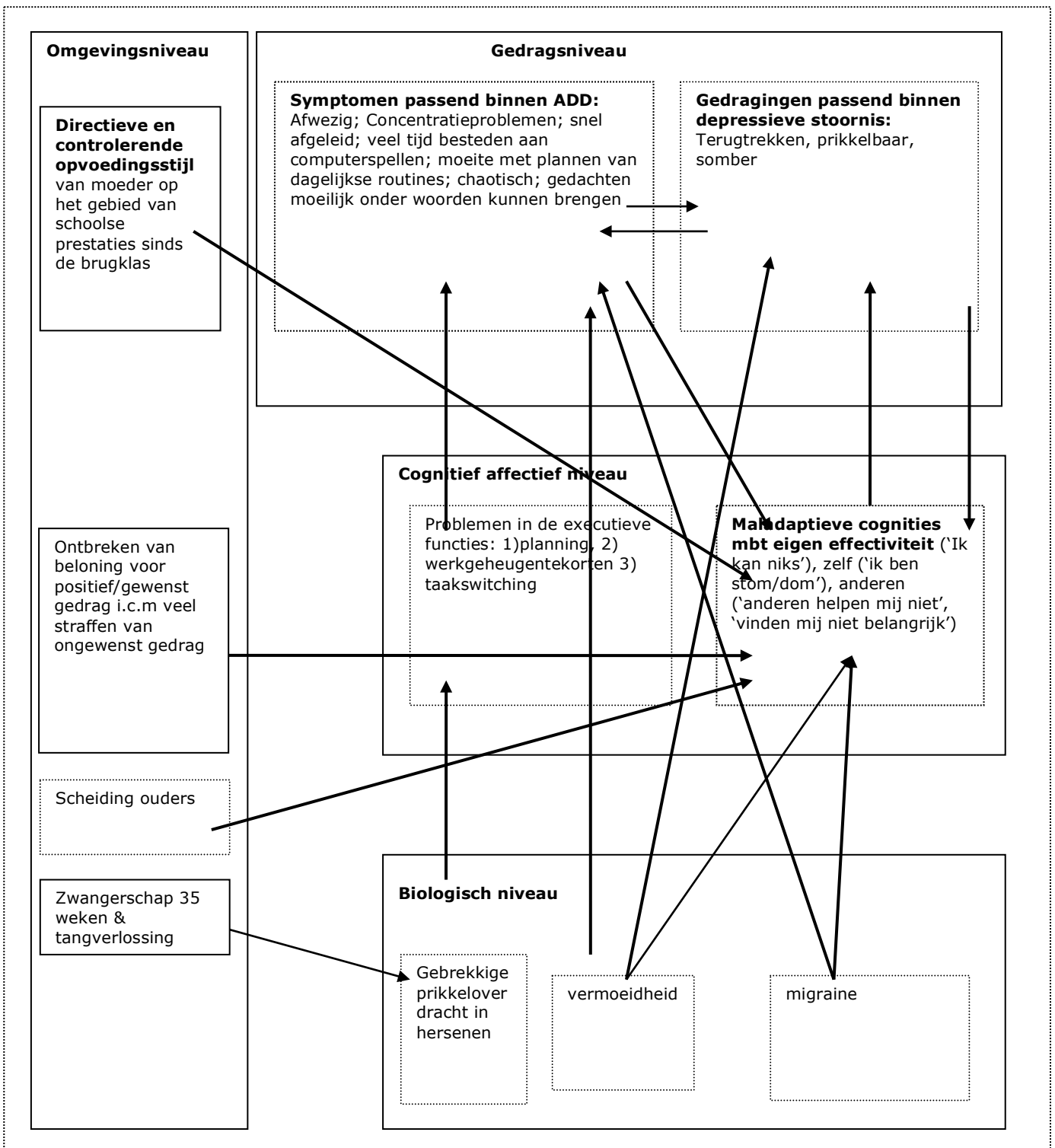
Het model van Morton (2004) is hiervoor zeer geschikt. Dit model maakt onderscheid tussen drie verschillende verklaringsniveaus: biologisch, cognitief en omgeving. Wat je probeert te verklaren is het gedrag. Met *verklaren* bedoelen we dat je inzicht wilt krijgen in de factoren die het gedrag beïnvloeden, in die zin dat je wilt weten welke factoren de symptomen of het (probleem)gedrag verergeren of minstens doen handhaven. Echte verklaringen in termen van causaliteit zijn moeilijk te onderzoeken. Voor het diagnostisch onderzoek is het relevant of deze factoren zelf eventueel te beïnvloeden zijn door ze weg te nemen, te veranderen, of te verminderen (zie ook punt E over de veranderingsgerichte hypothesen). Met *gedrag* kunnen bijvoorbeeld de symptomen bedoeld worden, of de klachten of de waargenomen of ervaren problemen, etc. Dit gedrag is in de klachtanalyse en probleemanalyse naar voren gekomen en vormt het kernprobleem. Ook scores op testen, vragenlijsten, gedragsobservaties zijn gedrag. Gedrag wordt gestuurd door de hersenen en hierbinnen kunnen we twee niveaus onderscheiden: het biologisch niveau en het cognitief/affectieve niveau. Het biologische niveau verwijst naar aanlegfactoren, naar fysiologische processen, naar de hersenstructuur en de communicatie tussen hersendelen. Het cognitieve niveau verwijst naar cognitieve functies, zoals geheugen, aandacht, snelheid van informatieverwerking, planning, het onderdrukken van impulsen, enzovoorts. Maar ook naar cognitief/affectieve processen, zoals persoonlijke ervaringen, opvattingen, attitudes, emoties, persoonlijkheidskenmerken, motivaties, verwachtingen. Het derde niveau, de omgeving, kan alleen invloed uitoefenen op de biologische en cognitieve/affectieve processen, en heeft in principe geen directe invloed op het gedrag. Indirect daarentegen wel. Omstandigheden in het nu of in de levensloop van het kind kunnen de basisbehoeften van een kind frustreren/of hebben gefrustreerd. Het kind kan hierdoor (impliciet) irreële ideeën (maladaptieve cognities) over zichzelf, anderen en de wereld hebben ontwikkeld. Deze ideeën kunnen ten grondslag liggen aan bepaald probleemgedrag waarmee het kind zich probeert te handhaven. Dit kan gedrag zijn wat tegengesteld is aan het idee over zichzelf, we noemen dit overcompensatie (bazig doen omdat je nauwelijks grip ervaart), vermijdingsgedrag om pijnlijke confrontatie met het impliciete idee over zichzelf uit de weg te gaan, of overgavegedrag waarbij het kind zich gedraagt conform het impliciete idee van zichzelf (passief hulpeloos gedrag bij het idee zelf niks te kunnen beïnvloeden). De pijl van omgeving verloopt dus **altijd** via het cognitieve /affectieve niveau naar gedrag. Je kunt geen pijl trekken van omgeving naar gedrag, maar wel van gedrag naar omgeving. Biologische processen, cognitieve processen en gedrag beïnvloeden elkaar en beïnvloeden ook de omgeving.

Het model maakt ook duidelijk dat onderkende hypothesen en classificaties (slechts) uitspraken zijn over gedrag en **nooit** *verklaringen* zijn voor het gedrag. Dus de uitspraak 'dit kind praat nauwelijks omdat het autisme heeft' is een nietszeggende uitspraak.

Indien gewenst kan het voorlopig pijlenschema kort worden toegelicht. De onderlinge verhouding tussen diverse hypothesen kan hiermee verder worden verduidelijkt.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X:

D: Voorlopig pijlenschema



E: Hypothesevorming en toetsing

a. 3 soorten hypothesen:

- Onderkennende hypothesen (Classificatie) (OND)
- Verklaringsgerichte hypothesen (VKL)
- Veranderingsgerichte hypothesen (VER)

b. Theorie en referentie

c. Operationalisatie: onderzoekshypothesen, onderzoeksmiddelen en toetsingscriteria

d. Toetsing van de onderzoekshypothesen

a. Soorten hypothesen

Indien je wilt dat je casusbeschrijving in aanmerking komt voor de basisaantekening diagnostiek van de NVO moeten er **minimaal 2** verklarende en (zo mogelijk; zie voetnoot 5 op pagina 7) veranderingsgerichte hypothesen worden opgesteld.

Dit betekent dat er niet alleen op gedragsniveau onderzoek kan worden gedaan. Voordat een hypothese (gedrag x wordt verklaard door conditie a) geformuleerd en onderzocht wordt, beschrijf je het theoretisch kader en ga je daarna na wat de indicaties zijn en wat de contra-indicaties zijn voor de door jou op basis van theorie opgevoerde conditie. **Bij elke verklarende hypothese worden de indicaties en contra indicaties expliciet vermeld.** Indicaties zijn alle gedragingen, symptomen, factoren en condities die de hypothese ondersteunen. Contra-indicaties zijn factoren of condities die strijdig zijn met de hypothese. Indicaties en contra-indicaties worden apart benoemd. Beide worden gewogen en leiden tot de beslissing of een hypothese daadwerkelijk onderzocht zal worden. De indicaties en contra-indicaties zijn gebaseerd op de informatie uit de klachtanalyse en probleemanalyse.

Met een *onderkennende hypothese* cluster je problemen volgens algemeen aanvaarde classificatiesystemen (DSM-IV-TR¹², ICD-10, DC 0-3R¹³, DM-ID¹⁴). Met de clustering geef je aan dat je een samenhang ziet in een cluster van symptomen, bijvoorbeeld passend binnen ADHD of een depressieve stoornis. Problemen die je eerder al hebt benoemd worden dus samengenomen in één of meer clusters. Zo kan boosheid een symptoom zijn van een depressie, maar ook van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het benoemen van de clusters, ofwel voorlopige diagnoses, is dus de eerste stap in deze fase. Toetsing van de hypothese moet bevestigen welke voorlopige classificaties stand houden en welke er af vallen. Zie Tabel 2 (pagina 21) voor een voorbeeld hoe de clustering weergegeven kan worden in de casusbeschrijving.

Niet elk probleemgedrag hoeft te duiden op een DSM-IV-TR classificatie. Soms kan de fase van onderkenning dan ook overbodig zijn. Het moet wel duidelijk zijn of er sprake is van een probleem. Indien hier twijfels over zijn, omdat betrokkenen een verschil in perceptie hebben (bijv. leerkracht vindt het kind niet faalangstig, ouders wel, scores CBCL, YSR en TRF lopen uiteen) moet er wel een onderkennende hypothese geformuleerd worden, bijv. 'Er is sprake van faalangst.

Het classificeren van gedrag is zelden genoeg. Cliënten willen immers niet alleen weten hoe een probleem benoemd kan worden, maar ook hoe problemen kunnen afnemen. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is het noodzakelijk verklarings- en veranderingsgerichte hypothesen op te stellen.

¹² De DSM-5 is internationaal al wel gepubliceerd maar wordt in Nederland nog niet grootschalig toegepast. Vandaar hier (nog) de verwijzing naar de DSM-IV-TR.

¹³ Gebruikt bij jonge kinderen.

¹⁴ Gebruikt in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

Ook de specifieke problemen dienen zoveel mogelijk te worden verklaard. Sommige kinderen met autisme kunnen bijvoorbeeld zeer angstig zijn of erg agressief. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de agressie voortkomt uit de angsten van het kind. Deze problemen kunnen ook uitgelokt worden door prikkels in de omgeving.

Een verklaringsgerichte hypothese onderzoekt een potentiële verklaring van het probleem. Dat betekent dat een hypothese een probleem beschrijft inclusief de verklarende factoren of condities en de richting van de verklaring of de samenhang. Een verklaringsgerichte hypothese is vooral retrospectief: *waarom is het probleem er gekomen en hoe wordt het in stand gehouden?* Condities kunnen in het kind zelf liggen, maar ook vaak in de omgeving waarin het probleemgedrag zich voordoet. Gezien het transactioneel kader waarin de casus moet zijn ingebed wordt verwacht dat je altijd minimaal één verklarende/versterkende conditie opvoert vanuit de opvoedings-, onderwijs- en/of groepscontext. Richt je bij het zoeken naar verklaringen in eerste instantie op beïnvloedbare factoren in de opvoedings-, onderwijs-, of leef/groepscontext. Maak bij het verklaren van gedrag ook het gebruik van analysemodellen uit de leertheorie (betekenisanalyse, functieanalyse en cognitieve casusconceptualisatie).

Een veranderingsgerichte hypothese onderzoekt de potentiële veranderbaarheid, het groeipotentieel, de invloed van externe condities en de mogelijkheid om gebruik te maken van protectieve factoren, bepaalde interventietechnieken of werkzame principes. Door externe condities te manipuleren en vervolgens de reactie van het cliëntsysteem te observeren binnen een van tevoren vastgestelde tijdslimiet kan de invloed van externe condities worden bepaald. Een veranderingsgerichte hypothese is vooral prospectief en geeft aanwijzingen voor interventie: *hoe wordt het probleem beïnvloed en hoe wordt veranderbaarheid benut?* Door vooraf goed na te gaan onder welke condities het probleemgedrag zich voordoet of juist niet voordoet en welke gevolgen bekrachtigend zijn voor instandhouding van dit gedrag kan een veranderingsgerichte hypothese opgesteld worden. Hierbij kun je gebruik maken van functieanalyses en van de wondervragen uit het oplossingsgericht werken.

Het is niet altijd makkelijk om te bepalen of een hypothese nu verklarings- of veranderingsgericht is. In de voorbeeldcasus wordt bijvoorbeeld onderzocht of de incompetentiegevoelens van X in stand worden gehouden door negatieve cognities (verklaring). Er wordt niet getoetst in hoeverre zijn gevoelens *veranderen* door het veranderen van zijn cognities. Toch kan er vanuit cognitief gedragsmatige theorieën worden verondersteld dat zijn gevoelens veranderen als zijn cognities veranderen. De hypothese is daarom ook veranderingsgericht.

b. Theorie en referentie

Geef bij iedere *onderkennende hypothese* aan welk classificatiesysteem wordt gebruikt (bijvoorbeeld DSM-IV-TR). Geef voor *verklarings- en veranderingsgerichte hypothesen* de theoretische onderbouwing (richtlijn is 2 referenties). Je benoemt kort het wetenschappelijk kader en de kernconcepten. Je legt de link tussen de specifieke klinische informatie, het wetenschappelijke kennisbestand en de verklarende factoren.

c. Operationalisatie van de hypothesen (onderzoekshypothesen, onderzoeksmiddelen en toetsingscriteria)

De onderkennende, verklarings- en veranderingsgerichte hypothesen zijn niet altijd direct onderzoekbaar. De hypothesen moeten geformuleerd worden als empirisch onderzoekbare stellingen; onderzoekshypothesen.

Bij iedere onderzoekshypothese wordt aangegeven welke instrumenten en/of middelen worden gebruikt om de onderzoekshypothese te toetsen. Soms kun je de onderzoekshypothese met één onderzoeksmiddel onderzoeken, maar soms heb je ook meerdere middelen nodig. Bij de keuze voor een onderzoeksmiddel wordt in de eerste plaats gelet op de psychometrische kwaliteiten (denk aan COTAN; zie eerder). De psychometrische kwaliteiten hoeven niet expliciet beschreven te worden in de casusbeschrijving maar ben goed geïnformeerd over o.a. de betrouwbaarheid en validiteit van onderzoeksmiddelen: in sommige gevallen (zie ook reflectie gevolgde werkwijze verderop) moet je wellicht terugkomen op (achteraf gezien) de geschiktheid van de onderzoeksmiddelen voor de onderzochte onderzoekshypothesen. Er mag ook –mits onderbouwd- voor alternatieve onderzoeksmiddelen worden gekozen: denk, bijvoorbeeld, aan systematische gedragsobservatie, een aanvullend gesprek of interview, speldiagnostiek, projectief materiaal, tekeningen.

Tot slot wordt voor ieder onderzoeksmiddel dat gebruikt wordt om een onderzoekshypothese te toetsen het toetsingscriterium genoemd. Dit zijn de te verwachten waarden, scores en beschrijvingen (bijv. scores op tests en vragenlijsten, gedragsbeschrijvingen bij observaties en antwoorden bij interviews) waarbij de hypothese wordt **aangenomen**.

De bedoeling is dat het onderzoek een meerwaarde heeft. Richt het verklarend onderzoek zo in, dat je onderzoekshypothesen kunt verwerpen of aannemen en het aanhouden van onderzoekshypothesen slechts uitzonderlijk is! Als een onderzoekshypothese wordt aangehouden geef je aan wat er nog verder moet gebeuren om *wel* tot een keuze te komen. Bij tegenstrijdige resultaten moet je:

- OF beargumenteren hoe je wel tot een keuze komt (bijvoorbeeld, je blijkt door omstandigheden iets anders te hebben gemeten dan je van plan was; namelijk de conditie en je laat 1 van de testmiddelen zwaarder wegen)
- OF wat je dan nog zou moeten doen om wel tot een keuze te komen

d. Toetsing van de onderzoekshypothesen

Per onderzoekshypothese worden resultaten beknopt gepresenteerd. In de samenvatting worden in ieder geval die gegevens opgenomen die van belang zijn voor het aannemen, aanhouden, dan wel verwerpen van de onderzoekshypothese. Je vermeldt steeds of de betreffende onderzoekshypothese aangenomen, dan wel verworpen is en alleen als het *echt niet anders* kan aangehouden wordt.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X:

E: Hypothesevorming en toetsing

LET OP: de hypothesevorming is in dit voorbeeld beperkt gehouden en niet volledig. Er wordt één voorbeeld gegeven van een onderkende en één van een verklarings- en veranderingsgerichte hypothese terwijl meer hypothesen passend zijn.

Hypothese 1 (Onderkendend/classificerend): Er is sprake van een Depressieve stoornis.

Classificatiesysteem: DSM-IV-TR

Aanwezige symptomen zoals aangegeven door diverse informanten (zie Tabel 2).

Tabel 2 DSM-IV-TR criteria Depressieve stoornis ¹⁵

<i>DSM-IV-TR criteria</i>	<i>Symptomen</i>	<i>Informant</i>	<i>Bron</i>
Depressieve stemming of prikkelbare stemming grootste deel v.d. dag, bijna elke dag	Somber, trekt zich terug, heeft dagelijks conflicten met moeder, concrete gedachten aan zelfdoding	Moeder X	Intakegesprek SEV-ouder Gesprek mentor
Duidelijke vermindering van interesse of plezier *	Sombere houding, trekt zich terug op slaapkamer, veel tijd besteden aan computerspellen, vindt het thuis en op school niet leuk	Moeder X Mentor	Intakegesprek SEV
Gewichtsvermindering of achterblijvende gewichtstoename bij groei **			
Slaapproblemen (te veel of te weinig slapen)	Inslaapproblemen, dagelijkse gevoelens van vermoeidheid	Moeder X	Intakegesprek
Rusteloosheid of remming/vertraagdheid	Traag werktempo, te laat komen op school door traag fietsen, traag reageren op vragen in gesprek	Moeder X Mentor	Intakegesprek Gesprek mentor
Concentratieproblemen ***	Kan zich niet op taak concentreren, droomt weg, vergeetachtig	Moeder X Mentor	Intakegesprek SEV Gesprek mentor

Contra-indicaties: * lijkt te genieten van bepaalde dingen (bijvoorbeeld met vrienden); ** hij eet goed; *** kan zich in sommige situaties wel goed concentreren.

Onderzoekshypothese: Er is sprake van een Depressieve stoornis.

Onderzoeksmiddelen: Children's Depression Inventory ([CDI], Kovacs vertaald door Timbremont & Braet, 2008), Semigestructureerd interview, observatie tijdens onderzoek.

Toetsingscriterium: Indicatiecriteria (zie bijlage 2) volgens de DSM-IV-TR (APA, 2013). Score van minimaal 13 punten op de CDI.

¹⁵ **LET OP:** in dit voorbeeld zijn niet alle criteria uitgewerkt. Zorg ervoor dat, als je de criteria in de DSM-IV-TR (of een ander classificatiesysteem) gebruikt, je goed op de hoogte bent van alle geldende criteria.

Resultaten: Op de CDI scoort X 20 punten. Tijdens het onderzoek gedraagt X zich teruggetrokken en timide. Hij moet lang nadenken voordat hij een antwoord geeft en is geneigd om te zeggen dat hij iets niet weet. X oogt somber, heeft een witte gelaatskleur met wallen onder zijn ogen. Gaapt regelmatig tijdens het onderzoek en vertelt dat hij altijd erg moe is.

Conclusie: De onderzoekshypothese wordt op grond van deze resultaten aangenomen.

Hypothese 2 (verklarings- en veranderingsgericht)

De sombere gevoelens en de problemen van X met het uitvoeren van (schoolse)taken worden in stand gehouden door negatieve cognities over zichzelf en zijn eigen effectiviteit.

Theoretisch kader: Uit onderzoek blijkt dat depressieve jongeren meer niet-helpende negatieve gedachten hebben over onder meer zichzelf en dat deze maladaptieve cognities een rol spelen in het blijven voortbestaan van de problemen. Indien deze cognities aanwezig zijn, is dit een belangrijk aangrijppunt voor handelen (Stallard, Richardson, Velleman, & Attwood, 2011; Steinhausen, Haslimeier, & Winkler-Metzke, 2007).

Indicaties:

X klaagt dat niks lukt en dat hij er helemaal alleen voor staat

X geeft aan dat al zijn inspanningen niks opleveren

X geeft aan niet te weten waarom het vroeger wel beter ging met studeren

Contra indicaties:

X geeft aan een aantal goede vrienden te hebben, die hem waarderen om zijn betrouwbaarheid

X geeft aan dat hij met geschiedenislessen wel weet hoe hij het moet aanpakken

X geeft aan dat de mentrix hem wel vaker helpt

Onderzoekshypothese 2.1: Er is sprake van een lage competentiebeleving op het gebied van schoolvaardigheden.

Onderzoeksmiddelen: CBSA ¹⁶, SVL ¹⁷, het gespreksgedeelte van het SCICA ¹⁸
Semi-gestructureerd klinisch interview over, onder andere, de beleving van de eigen competenties en thuissituatie ([SCICA], McConaughy & Achenbach, 1994, vertaald door Kasius & Verhulst, 2000).

Toetsingscriteria: Er is sprake van aantoonbare lage beleving van eigen competenties als de score op de schaal schoolvaardigheden van de CBSA lager is dan <15^e percentiel. Op de SVL moeten de scores op de schaal Motivatie en Welbevinden in het klinisch gebied liggen. Aanvullend wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve beoordeling van de antwoorden op de vragen van de SCICA waarbij sprake moet zijn van antwoorden waaruit overwegend negatief over het eigen functioneren gesproken wordt.

Resultaten: Score op de schaal schoolvaardigheden van de CBSA ligt op gemiddeld niveau, aan de ondergrens (percentiel 19). Uit de SVL komt naar voren dat X de schoolse situatie niet als plezierig ervaart. Hij scoort op alle schalen, waaronder de schalen Motivatie en Welbevinden, in het klinisch gebied. Op de vragen van de SCICA werden antwoorden gegeven door X waaruit een overwegend negatieve beoordeling van het eigen functioneren spreekt.

¹⁶ Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten ([CBSA], Treffers, Goedhart, Veerman, Van den Bergh, Ackaert, & De Rycke, 2002)

¹⁷ de Schoolvragenlijst ([SVL], Smits & Vorst, 2008)

¹⁸ Semi-gestructureerd klinisch interview over, onder andere, de beleving van de eigen competenties en thuissituatie ([SCICA], McConaughy & Achenbach, 1994, vertaald door Kasius & Verhulst, 2000).

Conclusie: Onderzoekshypothese 2.1 wordt aangehouden. [geef hier dan aan wat er nog verder moet gebeuren om we/ tot een keuze te komen. Bij tegenstrijdige resultaten moet je:

- OF beargumenteren hoe je wel tot een keuze komt (bijvoorbeeld, je blijkt door omstandigheden iets anders te hebben gemeten dan je van plan was; namelijk de conditie en je laat 1 van de testmiddelen zwaarder wegen)
- OF wat je dan nog zou moeten doen om wel tot een keuze te komen]

Onderzoekshypothese 2.2: X heeft negatieve cognities met betrekking tot zichzelf.

Onderzoeksmiddelen:[geef aan welke onderzoeksmiddelen gebruikt zullen worden]

Toetsingscriteria: ... [geef aan welke scores nodig zijn om de hypothese aan te kunnen nemen]

Resultaten:[beknopte samenvatting van de resultaten]

Conclusie: Onderzoekshypothese 2.2 wordt verworpen.

Onderzoekshypothese 2.3: X heeft negatieve cognities met betrekking tot zijn eigen effectiviteit.

Onderzoeksmiddelen:[geef aan welke onderzoeksmiddelen gebruikt zullen worden]

Toetsingscriteria: ... [geef aan welke scores nodig zijn om de hypothese aan te kunnen nemen]

Resultaten:[beknopte samenvatting van de resultaten]

Conclusie: Op basis van de resultaten wordt onderzoekshypothese 2.3 aangenomen.

Conclusie:

[geef hier een *algemene* conclusie over hypothese 2]

F: Diagnostische conclusie / integratief beeld

F.1: Samenvatting en integratie van de onderzoeksresultaten

De diagnostische conclusie omvat integratie van de onderzoeksresultaten. Er wordt een antwoord gegeven op de vragen van de cliënt/cliëntsysteem. De verbinding met de hulpvragen die ten grondslag lag aan het onderzoek moet duidelijk terug te vinden zijn in de integratie van de onderzoeksresultaten. Je vermeldt welke probleemgedragingen door welke condities wel of niet worden verklaard. Ook vermeld je hoe de samenhang is tussen deze verklaringen en probleemgedragingen. Denk aan het transactionele kader! Deze elementen vormen samen een zogenaamde '*idiografische theorie*' of '*integratief beeld*': een geheel van consistente en samenhangende uitspraken over de aard, de ernst, de verklaring en de veranderbaarheid van de probleemsituatie. Je kunt gebruikmaken van je pijlschema om de samenhang tussen de problemen en de verschillende verklaringen helder te kunnen verwoorden.

Afhankelijk van de hulpvragen en het type diagnostiek bevat de conclusie getoetste uitspraken over:

- de aard van het probleem(gedrag)
- de oorzaak ervan
- de geschiktheid voor een bepaalde interventie om het probleem op te heffen of over een verandering die is opgetreden

De diagnostische conclusie moet worden opgevat als de afronding van het toetsingsonderzoek, waarbij de aan het begin geformuleerde verwachtingen of voorspellingen ten aanzien van de problematische opvoedingssituatie geverifieerd zijn. De orthopedagoog gaat voor zichzelf na of de geformuleerde conclusie ook daadwerkelijk aansluit bij de klacht en de hulpvragen van de cliënt/cliëntsysteem en/of in de conclusie voldoende aandacht is besteed aan het systeem- en opvoedingsperspectief.

Ga (zorgvuldig) na of het integratief beeld een antwoord geeft op alle geselecteerde hulpvragen (zie C.4)!

Kom expliciet terug op de visie van de cliënt/systeem op de problematiek die je in de intakefase bent nagegaan (sluit het aan bij wensen en verwachtingen).

Vergeet niet om ook positieve elementen van het cliëntsysteem hier te benoemen.

F.2: Definitief pijlschema

In het definitief pijlschema wordt de diagnostische conclusie schematisch weergegeven. Het schema zal in veel gevallen voor een belangrijk deel overeenkomen met het voorlopige schema, maar omdat er ook onderzoekshypothesen worden verworpen (of soms zelfs bijkomen) zal het nooit helemaal hetzelfde zijn.

VERVOLG VOORBEELDCASUS X:

F.1: Diagnostische conclusie / integratief beeld

X is aangemeld vanwege problemen thuis en op school. Tijdens de intake kwam naar voren dat[et cetera; samenvatting van de klacht en probleemanalyse geven].

Uit psychodiagnostisch onderzoek blijkt dat X een jongen is die moeite heeft met het richten van zijn aandacht op een taak. Hierdoor verliest hij de motivatie om aan taken te beginnen en/of te volbrengen. In het contact met hem valt op dat [geef een beschrijving van het gedrag van X tijdens het diagnostisch onderzoek].

Geconcludeerd wordt dat de problemen van X benoemd of omschreven kunnen worden als ... [geef de diagnose indien deze gesteld kan worden¹⁹] en dat deze problemen verklaard kunnen worden door enerzijds [geef de belangrijkste resultaten uit de verklaringsanalyse] en anderzijds dat een belangrijke rol speelt in het voortbestaan van de problemen.

Om de problemen te verminderen, worden de volgende interventies wenselijk geacht: [omschrijf de interventies globaal]

1. ...
2. ...
3. ...

[eindigen met een positieve omschrijving/ gedrag van het cliëntsysteem]

De diagnostische conclusie en de handelingsadviezen zijn besproken met moeder en met X. De verslaglegging over de intake en het diagnostisch onderzoek zijn voorafgaand aan het nagesprek opgestuurd aan moeder en X.

F.2: Definitief pijlenschema:

[hier niet weergegeven]

¹⁹ Zoals vastgesteld aan de hand van de DSM-IV-TR of andere classificatiesystemen (indien van toepassing).

G: Advies en strekking van de interventie

G.1: Welke interventies geadviseerd

Aangegeven wordt welke interventies, inclusief theoretische onderbouwing, geadviseerd zouden kunnen worden. Kijk hierbij eerst naar wat de opvoeder/groepsleider/leerkracht anders zou kunnen doen in de situatie waarin het probleemgedrag zich voordoet, teneinde het probleemgedrag positief te beïnvloeden. M.a.w. richt je in eerste instantie op beïnvloedbare factoren in de context waarin het probleem zich voordoet en probeer deze theoretisch te verantwoorden (bijv. bekrachtigende en ontlokkende condities manipuleren).

Verdiep je in tweede instantie in alle mogelijke interventies. Gebruik hiervoor wetenschappelijke literatuur als bron. Als je via een andere bron, bijvoorbeeld het NJI, aanwijzingen vindt voor interventies ga dan de (wetenschappelijke) bron na waarop het oordeel over wel / niet geschiktheid van een interventie gebaseerd is. Of beschrijf, indien deze bestaat, de richtlijn voor behandeling van vastgestelde problematiek. Dit is de fase van het *wenselijk* advies (de fase waarin de orthopedagoog het advies formuleert).

G.2: Welke interventies gekozen

Aangegeven wordt welke van de mogelijke voorgestelde interventiemogelijkheden gekozen wordt om voor te stellen aan betrokken cliënt/ cliëntstelsel. Geef aan of er eventueel sprake is van contra-indicaties voor het inzetten van de beoogde interventiemogelijkheden. Dit is de fase van het *haalbare* advies: wat sluit het beste aan bij de wensen en mogelijkheden van **deze** cliënt in/en **deze** context (de fase van samenwerking met de cliënt / cliëntstelsel).

G.3: Totstandkoming advies

Daarnaast wordt in de casusbeschrijving ook beschreven *hoe* het advies tot stand gekomen is. In dit licht wordt kort ingegaan op twee punten:

1. Bespreek of je het advies zelf hebt geformuleerd of dat het een teambeslissing is geweest.
2. Beschrijf de dialoog met de cliënt/cliëntstelsel over het advies. Aan de orde komt:
 - a. of het cliëntstelsel zelf daadwerkelijk bij de totstandkoming van het advies betrokken is
 - b. in hoeverre de cliënt de conclusies onderschrijft (op welke punten wel/niet)
 - c. in hoeverre het advies al dan niet verenigbaar is met de waarden en normen van de cliënt/cliëntstelsel.

De betrokkenheid van de cliënt bij de advisering vraagt een moment van dialoog²⁰ waarin de waarden en normen van het cliëntstelsel opnieuw tot uitdrukking

²⁰ Samenwerking tussen orthopedagoog en cliënt/ cliëntstelsel vereist erkenning van elkaars verantwoordelijkheden. Het vereist ook een zodanig gemeenschappelijk referentiekader dat de orthopedagoog op de hoogte is van de 'theorie' van de cliënt/cliëntstelsel en dat deze op de hoogte is van de 'theorie' van de orthopedagoog. Vanuit de orthopedagoog is er openheid over het feit dat zij duidelijk en oprecht is geweest naar de cliënt/cliëntstelsel waardoor de besluitvorming - tot nu toe - transparant is verlopen. Dit zijn de voorwaarden voor een adviesgesprek in dialoog. Wanneer de orthopedagoog de conclusie heeft getrokken en besloten heeft hoe de hulpverlening er uit moet zien, gaat zij na hoe de cliënt/cliëntstelsel hier tegenover staat. In het adviesgesprek wordt daarom aandacht besteed aan:

- de reacties van de cliënt op de conclusies van de orthopedagoog en of hij zich hierin al dan niet kan vinden
- overleg met de cliënt over de aanbevelingen van de orthopedagoog en of hij deze al dan niet accepteert
- inventarisatie van de mogelijkheden en wensen van de cliënt, wat deze wil veranderen en hoe dit te bereiken (*zie voor vervolg van deze voetnoot de volgende pagina*)

kunnen komen. Dit impliceert niet dat de cliënt/cliëntstelsel het met alles eens moet zijn, maar wel dat duidelijk wordt over welke punten verschil van mening bestaat.

Vervolgens beantwoordt de orthopedagoog in overleg met de cliënt (het kind, de hulpvrager en/of de uitvoerder van het advies) de volgende drie vragen:

1. wat willen we veranderen, met welk doel en op welke termijn?
2. welke maatregelen of interventies zijn daarvoor gewenst?
3. welke van deze maatregelen zijn het meest haalbaar?

Hier geeft de orthopedagoog aan of de overeengekomen globale doelen en interventies realiseerbaar zijn binnen de opvoedingscontext van het cliëntstelsel en de professionele context van de orthopedagoog.

VERVOLG VOORBEELD CASUS X:

G.1: Welke interventie geadviseerd

Het verslag van het onderzoek is besproken met zowel moeder als X. X heeft een verkort verslag ontvangen dat afgestemd is op zijn niveau. Ze kunnen zich beiden vinden in de verslaglegging en conclusies. Moeder wil met een psychiater overleggen over de voor- en nadelen van een medicamenteuze behandeling.

Theoretische onderbouwing van de interventies²¹ die bij X geadviseerd zijn:

- Psycho-educatie over de psychopathologie: [geef aan waaruit deze moet bestaan en onderbouw dit]
- Opvoedkundig handelen thuis en op school: zowel thuis als op school heeft X behoefte aan structurering [omschrijf de adviezen en onderbouw deze aan de hand van wetenschappelijke literatuur].
- Medicamenteuze behandeling: op basis van de onderzoeksresultaten lijkt medicamenteuze behandeling gewenst. [onderbouw waarom medicamenteuze behandeling gewenst is]. Contra-indicaties zijn [geef de contra-indicaties. Aangezien er bij X sprake is van zowel ADD als een depressieve stoornis is een zorgvuldige afweging zeer gewenst].
- Individuele interventies voor X: [onderbouw interventies, bijv. zoals hieronder de interventie COGMED wordt onderbouwd]:

COGMED: Om de aandacht en het concentratievermogen van X te vergroten is het volgen van een Cogmed werkgeheugentraining geïndiceerd. Beck en collega's (2010) en Klingberg en collega's (2005) hebben aangetoond dat training van het werkgeheugen middels een computerspel significante resultaten oplevert bij kinderen en volwassenen met ADHD (Beck, Hanson, Puffenberger, Benninger & Benninger, 2010; Klingberg et al., 2005). Onderzoek heeft aangetoond dat deze methode bijdraagt aan het verbeteren van het werkgeheugen, de concentratie, het vergroten van de controle van impulsief gedrag en een toename van de vaardigheden om te kunnen redeneren. Zie voor meer informatie op de website van Cogmed: <http://www.cogmed.com/nederlands>. Een lijst van praktijken die de Cogmed training aanbieden is te vinden op de website van Beter Brein: www.beterbrein.nl.

G.2: Welke interventies gekozen

[geef aan welke interventies gekozen zijn]

G.3: Totstandkoming advies

De reactie van X en zijn moeder op het advies zijn besproken in het diagnostiekteam van de instelling. Dit leidt tot de volgende aanpassingen van het advies: [kort omschrijven].

²¹ **Let op:** in het voorbeeld zijn bij de hypothesevorming geen onderzoekshypothesen uitgewerkt m.b.t. AD(H)D. In de volledige casus moet een duidelijke relatie bestaan tussen de onderzoekshypothesen, resultaten van het diagnostisch onderzoek en het advies.

H. Reflectie

In een reflectie blik je terug op het doorlopen proces op 3 onderdelen:

H.1: reflectie op de casus

Wat vind je zelf sterke en zwakke kanten aan je casusbeschrijving? (denk hierbij bijv. aan: heb je de klachten goed weten te concretiseren, heb je oog gehad voor attributies van cliënt en hierop afgestemd, heb je goed gedacht in transactionele termen, heb je de meest waarschijnlijke hypothesen onderzocht als je kijkt naar je indicaties en contra indicaties, heb je de samenhang tussen probleemgedrag en conditie goed verklaard met literatuur, heb je in je integratief beeld het niveau van onderzoeksresultaten kunnen overstijgen, heb je een advies geformuleerd waarbij je goed hebt afgestemd op de specifieke context, heb je je bij de advisering vooral gericht op beïnvloedbare factoren in de context).

H.2: reflectie op de gevolgde werkwijze

Hoe verliep het proces? Waar ben jezelf tevreden en minder tevreden over (bijv. in de samenwerking met cliënt/ cliëntstelsel en/of de collega's die betrokken waren bij de casus, heb je goed gebruik gemaakt van analysemodellen uit de leertheorie, heb je gebruik gemaakt van goede wetenschappelijke literatuur of maak je vooral gebruik van populair wetenschappelijke bronnen, heb je (achteraf gezien) nog bedenkingen bij de gekozen onderzoeksmiddelen?

H.3: reflectie op het eigen leerproces

Wat heb je geleerd (ook van de feedback die je op eerdere versies van je casus hebt gekregen ²²) en wat zou je in een vergelijkbaar volgend geval anders doen (bijv. een bepaald onderzoeksinstrument afnemen, eerder feedback vragen, wat heb je geleerd over je jezelf, eigen coping gedrag, en welke zaken zou je gezien je professionele ontwikkeling willen veranderen). Dit in beknopte termen weergeven, en later terug laten komen in het reflectiegedeelte van het eindverslag van je totale stage.

²² Geldt alleen nadat je feedback hebt gekregen in het geval van casus 1 en 2.

5. Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Tekst Revision). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Beck, S. J., Hanson, C. A., Puffenberger, S. S., Benninger K. L., & Benninger, W. B. (2010). A controlled trial of working memory training for children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(6), 825-836. doi: 10.1080/15374416.2010.517162
- Bruyn, E. E. J. de, Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Aarle, E. J. M. van (2008). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven/ Den Haag: Acco.
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland: Deel I Testbeschrijvingen*. Assen: Van Gorcum.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P. J., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K. ... Westerberg, H. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD - a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 177-186. doi:10.1097/00004583-200502000-00010
- McConaughy, A. H., & Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the semistructured clinical interview for Children & Adolescents* (2nd ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Morton, J. (2004). *Understanding developing disorders: A causal modelling approach*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Pameijer, N. & van Beukering, T. (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Pameijer, N., & Laar-Bijman, E. van (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: LEMMA.
- Stallard, P., Richardson, T., Velleman, S., Attwood, M. (2011). Computerized CBT (Think, Feel, Do) for depression and anxiety in children and adolescents: Outcomes and feedback from a pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 273-284. doi: 10.1017/S135246581000086X
- Steinhausen, H.-C., Haslimeier, C., Metzke, C.W. (2007). Psychosocial factors in adolescent and young adult self-reported depressive symptoms: Causal or correlational associations? *Journal of Youth and Adolescence, 36*(1), 89-100. Doi: 10.1007/s10964-006-9145-3
- Timbremont, B., & Braet, C. (2008). *Handleiding Children's Depression Inventory (CDI)*. Amsterdam: Pearson.
- Treffers, Ph. D. A., Goedhart, A. W., Veerman, J. W., Van den Bergh, B. R. H., Ackaert, L., & De Rycke, L. (2002). *Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA)*. Amsterdam: Pearson.
- Verschueren, K., & Koomen, H. (Red.). (2007). *Handboek Diagnostiek in de Leerlingbegeleiding*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.