

# Richtlijn Casusformulering

Een leidraad om casusgericht te werken

---



KWALITEITSCENTRUM  
DIAGNOSTIEK<sup>VZW</sup>



KWALITEITSCENTRUM  
DIAGNOSTIEK<sup>vzw</sup>

**Coördinerend adviseur**

Julie De Ganck

**Auteur**

Kimberly Van Nieuwenhove

**Redactie**

Cynthia Van Gampelaere

Sien Van der Heyden

**Vormgeving**

Eefje Claerhout

© 2023 Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw  
Kortrijksesteenweg 405 - 9000 Gent  
[www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be](http://www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be)  
[communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be](mailto:communicatie@kwaliteitscentrumdiagnostiek.be)  
+32 (0) 497 53 23 79

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw wordt gesubsidieerd door het Departement Zorg en het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming van de Vlaamse Overheid.



**Vlaanderen**  
is zorgzaam en  
gezond samenleven

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>1</b>
Doelstelling	1
Beoogde gebruikers	3
Werkgroep	4
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
Een proces van beschrijven, verklaren en voorschrijven	6
Cultuurverandering binnen het diagnostisch landschap	9
<b>Idiografisch</b>	<b>12</b>
BOX 1. De plaats van classificerende diagnostiek in een casusformulering	13
Finaliteit van het diagnostisch proces	15
Een unieke cliënt in een unieke context	16
BOX 2. Contextuele inbedding van menselijke problemen	17
Gedetailleerde beschrijving van de ervaringen van de cliënt	19
BOX 3. Overzicht belangrijke domeinen	21
<b>Integratief</b>	<b>25</b>
BOX 4. Integratieve modellen	30
Een hypothese binnen een dynamisch proces	32
<b>Intermezzo: documenteren van de casusformulering</b>	<b>34</b>
Verschillende vormgevingen	34
Een hulpmiddel in communicatie met de cliënt	39
Juridisch kader: verslaggeving en informatiedeling	39
<b>Interventie-gericht</b>	<b>43</b>
Gunstige effecten van casusformulering	44
Flexibiliteit binnen het begeleidingstraject	45
<b>Interactief</b>	<b>47</b>
Interdisciplinaire teamformulering	47
BOX 5. Teamformulering: hoe doe je dat?	49
Participatie en co-constructie	52
BOX 6. Participatie bij minder mondige doelgroepen	54
BOX 7. Diversiteitssensitief aan de slag gaan	56
<b>Introspectie</b>	<b>59</b>
Abductief redeneren	59
Modellen voor kwaliteitscontrole	60
BOX 8. Kwaliteitsindicatoren casusformulering	61
BOX 9. Hoe kan je de kwaliteit van het proces bewaken?	62
Kwalitatieve methodieken, instrumenten en werkvormen	63
Redeneerfouten en andere vormen van bias tegengaan	64
BOX 10. Veel voorkomende vormen van bias	65
Reflexiviteit	69
Training	70
<b>Infographic: 5 i-model</b>	<b>72</b>
<b>Referenties</b>	<b>74</b>

**Elke casus vertelt een uniek  
verhaal, en in dat verhaal schuilt  
de sleutel tot zorg op maat.**

# Voorwoord

---

## Doelstelling

In de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek (AIRD, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek [KCD], 2020, p. 16 ev.) wordt kwaliteitsvolle diagnostiek omschreven aan de hand van zeven pijlers. Kwaliteitsvolle diagnostiek (1) is ingebed in een biopsychosociale visie op het menselijk functioneren, (2) kenmerkt zich door haar idiografisch karakter, (3) leidt tot het vormen van een integratief beeld over een cliënt, (4) stelt participatie van een cliënt en diens context voorop, (5) is gebaseerd op het gebruik van kwaliteitsvolle methodieken en instrumenten, (6) wordt gekenmerkt door reflexiviteit van de diagnosticus en het diagnostisch team en (7) heeft aandacht voor interdisciplinaire samenwerking.

In 2022 voerde het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw een praktijkgericht focusgroeponderzoek uit om enerzijds zicht te krijgen op de mate waarin de pijlers van de AIRD momenteel geïmplementeerd worden in de praktijk en op welke wijze dit gebeurt, en anderzijds op wat de bestaande knelpunten en praktijkondersteunende noden zijn die ervaren worden om de AIRD verder te implementeren. Uit de resultaten kwam onder meer naar voren dat er nood is aan een meer concrete leidraad om casusgericht te werken met handvaten om integratief aan de slag te gaan voorbij een beschrijvend niveau; alsook aan richtlijnen/handvaten om participatie, cultuursensitiviteit, reflexiviteit en interdisciplinaire communicatie en samenwerking te bevorderen (KCD, 2023). De huidige Richtlijn Casusformulering beoogt een antwoord te bieden op de gerapporteerde noden uit te praktijk. Daarnaast biedt ze een verdere **concretisering van de zeven kwaliteitspijlers** die in de AIRD worden beschreven:

- **Biopsychosociale visie:** in een casusformulering wordt ingezet op het verzamelen en integreren van biologische, psychologische en sociale factoren die deel uitmaken van de problematiek, de moeilijkheden mee helpen verklaren, en positief of negatief beïnvloeden. Er is ruime aandacht voor diverse factoren die een belangrijke invloed kunnen hebben, zoals de ontwikkelingsgeschiedenis, genetische predisposities, culturele factoren, existentiële kwesties, persoonlijke betekenisverlening, enzovoort.

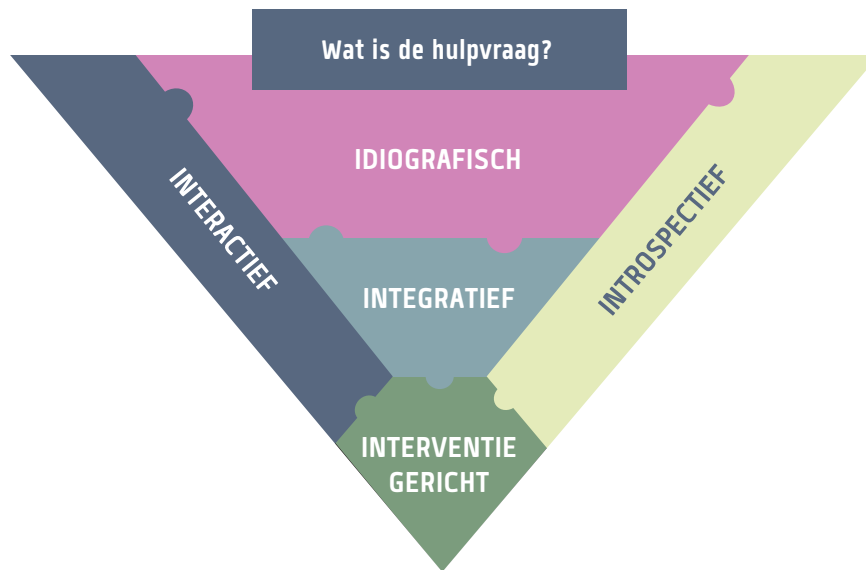
- **Idiografisch kader:** een casusformulering richt zich bij uitstek op de uniciteit van de cliënt en diens context.
- **Integratief beeld:** een casusformulering vereist een dialoog tussen verzamelde diagnostische gegevens en theoretische kennis om een hypothese te formuleren over het ontstaan en aanhouden van moeilijkheden. Op die manier leidt een casusformulering tot een integratief beeld dat verder gaat dan een loutere opsomming van klachten en moeilijkheden. Dit biedt concrete handvaten om de hulpverlening vorm te geven.
- **Kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken:** een casusformulering komt tot stand op basis van nauwkeurig verzameld materiaal dat kan bestaan uit informatie verkregen uit (semi)gestructureerde interviews en klinische gesprekken, observaties, projectieve technieken of testmateriaal. Er wordt sterk ingezet op kwaliteitsbewaking door aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid en validiteit van het diagnostisch proces en reflexiviteit van het diagnostisch team.
- **Participatie:** Casusformulering is bij uitstek een participatief proces omdat het vertrekt vanuit een co-constructieve benadering. Elke cliënt (en waar aangewezen diens context) wordt niet alleen geïnformeerd over het diagnostisch proces, maar wordt beschouwd als een actieve informant. De stem van de cliënt is niet alleen van belang voor het inwinnen van informatie, maar speelt ook binnen de verklarende analyse een belangrijke rol.
- **Reflexiviteit:** Casusformulering stimuleert en vereist een reflexieve houding van het diagnostisch team door onder meer stil te staan bij het eigen referentiekader en de manier waarop maatschappelijke denkkaders ons begrip kleuren.
- **Interdisciplinaire samenwerking:** In een casusformulering worden de input en inzichten vanuit verschillende disciplines samengebracht en geïntegreerd tot een teamformulering. Dit kan plaatsvinden binnen één en dezelfde diagnostische setting, maar kan ook voortvloeien uit een meer intensieve samenwerking tussen verschillende diagnostische organisaties.

Het **5 i-model** (zie Figuur 1) dat in deze richtlijn wordt voorgesteld bouwt verder op deze zeven kwaliteitspijlers en de vijf fasen van handelingsgerichte diagnostiek die in de AIRD worden beschreven<sup>1</sup>. De basis voor dit model is **casusformulering**. Bij casusformulering wordt naast een grondige analyse van de hulpvraag gestreefd naar een gedeeld en theoretisch begrip over het ontstaan en in stand houden van de ervaren moeilijkheden om tot haalbare handelingsgerichte adviezen te komen. Volgens dit model is een goede casusformulering gefocust op:

- het unieke verhaal van een cliënt, in een unieke context, met een unieke hulpvraag (**idiografisch**)
- het formuleren van onderbouwde hypothesen over het ontstaan en in stand houden van moeilijkheden (**integratief**)
- het bepalen of hulpverlening nodig is en welke interventies aangewezen zijn (**interventiegericht**)
- het bekomen van een gedeeld begrip via interdisciplinaire dialoog en een co-constructief proces met de cliënt (**interactief**)
- een reflexieve praktijk met oog voor de kwaliteit van het diagnostisch proces (**introspectief**)

<sup>1</sup> Voor een uitgebreide bespreking van de vijf fasen van handelingsgerichte diagnostiek (intakefase, strategiefase, onderzoeksfase, integratie- en aanbevelingsfase, adviesfase), zie Hoofdstuk 3 in de [Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek](#) (KCD, 2020, pp. 26-31).

Aan de hand van deze vijf i's bieden we een theoretisch kader in combinatie met praktische tips en voorbeelden van good practices om casusformulering in de praktijk om te zetten. De infographic op het einde van deze richtlijn biedt een samenvatting van de belangrijkste principes die aan bod komen.



Figuur 1. Het 5 i-model van casusformulering

## Beoogde gebruikers

De richtlijn is bedoeld voor hulpverleners vanuit diverse disciplines die werkzaam zijn in diagnostische organisaties of in hun dagelijkse praktijk bezig zijn met diagnostiek. Daarnaast kan het ook dienen als informatiebundel voor cliënten, hun context, studenten, beleidsmakers en -ondersteuners en anderen om zicht te krijgen op hoe een diagnostisch proces vorm krijgt en welke elementen daarin belangrijk zijn.

De richtlijn is ontwikkeld als algemeen kader. Daarom spreken we doorheen de richtlijn over 'de cliënt', 'de hulpverlener' en 'de hulpverlening' of 'de begeleiding'. De cliënt verwijst naar hulpvragers vanuit diverse doelgroepen, gaande van zeer jong aangemelde kinderen die nog niet in de taal staan tot volwassenen en ouderen die al of niet beslissingsbekwaam zijn. De cliënt kan bestaan uit één individu, maar kan ook betrekking hebben op een cliëntsysteem (bijvoorbeeld een koppel, een gezin). Met 'de hulpverlener' verwijzen we naar een professional die betrokken is in het diagnostisch proces. Hulpverleners kunnen vertrekken vanuit verschillende theoretische denkkaders en werkzaam zijn in diverse disciplines (psychologie, kinesitherapie, pedagogie, geneeskunde, sociaal werk, enzovoort). Met de hulpverlening of begeleiding bedoelen we de adviezen, interventies en andere vormen van begeleiding of hulpverlening die tot stand komen op basis van het diagnostisch proces.

De richtlijn beoogt een gedeeld, kwaliteitsvol en wetenschappelijk gefundeerd kader aan te bieden. Het slaat een brug tussen classificerende diagnostiek en handelingsgerichte diagnostiek via de praktijk van casusformulering. Niet alle principes die in deze richtlijn aan bod komen, zullen in elke situatie of context van toepassing zijn. Het is een algemeen richtinggevend kader dat in het gebruik ervan een vertaling vereist naar de specifieke context waarin ze wordt geïmplementeerd.

## Werkgroep

De ontwikkeling van deze richtlijn werd opgevolgd door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende diagnostische organisaties en betrokken sectoren. De stuurgroep kwam samen op 31 mei 2023, 30 juni 2023 en 6 september 2023.

### Leden van de werkgroep

Guy Bosmans	Klinisch psycholoog, hoogleraar, Katholieke Universiteit Leuven
Klaartje Cops	Beleidsmedewerker Agentschap Opgroeien
Julie De Ganck	Klinisch psycholoog, directeur, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Nicolas De Vos	Stafmedewerker Solidaris, Dienst Maarschappelijk Werk
Karen De Vuyst	Stafmedewerker Zorgnet-Icuro, Centra voor Geestelijke gezondheidszorg
Kathrine Goffart	Orthopedagoog, teamleider, Oriëntatiecentrum (vzw OLO-rotonde), RCA-antwerpen, volwassenen
Loes Houthuys	Beleidsmedewerker Departement Zorg
Jo Lebeer	Arts, emeritus hoofddocent, Dept. Huisartsgeneeskunde & Volksgezondheid/unit Handicapstudies, Universiteit Antwerpen
Herbert Roeyers	Klinisch psycholoog, gewoon hoogleraar, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie, Universiteit Gent
Sarah Schaubroeck	Klinisch psycholoog, coördinator Prodia-team, verantwoordelijke Permanente Ondersteuningscel CLB GO!
Sophie Tessier	Orthopedagoog, therapeutisch directeur, CAR Overleie
Katrien Van der Steen	Verantwoordelijke bij Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen, Onthaal-, observatie, en oriëntatiecentra
Kim Van der Velde	Klinisch psycholoog, Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen Universitair Ziekenhuis Brussel
Stijn Vanheule	Klinisch psycholoog, hoogleraar, Vakgroep Psychoanalyse en raadplegingspsychologie, Universiteit Gent
Cynthia Van Gampelaere	Klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw
Kimberly Van Nieuwenhove	Klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker, Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw





# Inleiding

Casusformulering wordt beschouwd als een belangrijke vaardigheid voor verschillende hulpverleners (Division of Clinical Psychology [DCP], 2011; Hoge Gezondheidsraad [HGR], 2019; Sturmey, 2009). In zekere zin is (casus)formulering iets wat we als mens gewoon zijn om te doen. Zonder er ons altijd even bewust van te zijn, trachten we te begrijpen hoe we zelf en hoe anderen in elkaar zitten om inzicht te krijgen in onze relaties, gevoelens, gedachten en motieven (Johnstone & Dallos, 2014). Binnen het proces van casusformulering doen we hetzelfde, maar baseren we ons op theoretische en empirische principes om tot kwaliteitsvolle en onderbouwde besluiten te kunnen komen.

# Inleiding

---

## Een proces van beschrijven, verklaren en voorschrijven

**E**r bestaan verschillende concepten in de literatuur om naar de praktijk van een zorgvuldig, casus-specifiek diagnostisch proces te verwijzen: casusformulering, casusconceptualisering, casusonderzoek, psychologische formulering, planformulering, enzovoort. Deze concepten kunnen als synoniemen worden beschouwd. In deze richtlijn kiezen we gericht voor het concept 'casusformulering' omdat het zowel verwijst naar het *proces* als het *product* van een casusgericht diagnostisch traject (Dawson & Moghaddam, 2016; Johnstone & Dallos, 2014; Westmeyer, 2003).

- **Casusformulering als proces:** het proces waarin een casusformulering vorm krijgt. Het is het heen-en-weer gaan tussen het vergaren van (diagnostische) informatie en het ontwikkelen en toetsen van hypotheses op basis van dat materiaal. Dit gebeurt in dialoog met zowel de cliënt en het team, als met de theorie en wetenschappelijke bevindingen. Dit is een continu en voortdurend proces.
- **Casusformulering als product:** het resultaat van het proces van casusformulering in de vorm van een concreet product. Het kan de vorm aannemen van een figuur of diagram, een geschreven verslag of een verwijs- of adviesbrief. De vorm kan variëren naargelang het beoogde doelpubliek (bijvoorbeeld de cliënt, het team, een externe organisatie). Gezien het dynamisch en iteratief proces van casusformulering, zal het product dat voortvloeit uit dit proces ook steeds tijdelijk en veranderbaar zijn.

Net zoals er verschillende concepten voor bestaan, circuleren er ook verschillende definities van casusformulering. Lazare (1976) beschreef casusformulering als:

*“een conceptueel schema dat grote hoeveelheden gegevens organiseert, verklaart of betekenis geeft en invloed uitoefent op de behandelingsbeslissingen.”* (geciteerd in Ingram, 2012, p. 3).

Een casusformulering wordt door de Hoge Gezondheidsraad (HGR, 2019, p. 19) gedefinieerd als:

*“een narratieve beschrijving waarin symptomen en psychische klachten worden ingekaderd binnen de context van het bredere functioneren van een persoon, zodat de impact van symptoom en context, de logica van het functioneren en de sterktes en aspecten van veerkracht in kaart worden gebracht.”*

Hier wordt de klemtoon gelegd op casusformulering als product. In een andere definitie leggen Johnstone en Dallos (2014, p. xx) meer nadruk op het procesmatige aspect van casusformulering:

*“Een formulering puurt uit psychologische theorie om een werkhypothese of ‘beste gok’ te creëren over waarom een cliënt moeilijkheden ervaart, in het licht van hun relaties en sociale contexten en de betekenis of zin die ze verlenen aan de gebeurtenissen in hun leven. Formuleringen worden samen met cliënten geconstrueerd met als voornaamste doel om input te verlenen voor de behandeling.”*

Samengevat stellen Rainforth en Laurensen (2014, p. 208) dat de essentie van casusformulering bestaat uit:

*“het vermogen om een gedeeld begrip te bieden van de problemen die iemand presenteert door middel van een theoretische uitleg van veronderstelde oorzaken en in stand houdende factoren, zodat passende interventies kunnen worden ingezet.”*

In de literatuur schuiven verschillende prominente instellingen en auteurs enkele cruciale elementen naar voren die gelden voor elke invulling van casusformulering. Zo stelt de DCP (2011) dat elke formulering

- de centrale problemen van de cliënt samenvat,
- op basis van psychologische theorieën en principes een idee naar voren schuift van hoe de problemen van de cliënt met elkaar samenhangen,
- een verklaring poogt te bieden voor de ontwikkeling en het in stand houden van de problemen in de huidige context,
- een interventieplan indiceert dat inwerkt op deze mechanismen, en
- steeds gereviseerd en geherformuleerd kan worden.

Gelijkaardig schuift Sturmey (2009, p. 8) de volgende vier kenmerken naar voren: een casusformulering

- bespreekt de kernaspecten van een casus,
- integreert de informatie over een casus vanuit een samenhangend idee over de aard van de problemen waarmee de patiënt worstelt,
- is altijd voorzichtig en geeft weer wat de hulpverlener tot dan toe weet (m.a.w., aanvullende informatie kan er altijd voor zorgen dat een casusformulering kan worden herzien), en
- heeft tot doel richting te geven aan interventies.

We kunnen stellen dat een casusformulering ruwweg bestaat uit drie onderdelen: een beschrijvend luik, een verklarend luik en een voorschrijvend luik. Deze drie onderdelen kunnen ook teruggevonden worden in de diagnostische cyclus van De Bruyn en Ruijsenaars (2015).

- **Beschrijvend:** in het beschrijvend of descriptief luik worden de moeilijkheden en problemen in kaart gebracht. Daarnaast is er ook aandacht voor belangrijke contextfactoren en positieve of protectieve factoren. Een casusformulering laat toe informatie uit verschillende bronnen en van meerdere informanten te integreren. Door het dynamisch karakter kan bijkomende informatie worden toegevoegd en krijgen verschillende perspectieven een plaats.
- **Verklarend:** in het verklarend luik wordt gestreefd naar het begrijpen of verklaren van hoe de klachten ontstaan zijn en in stand worden gehouden. Casusformulering laat toe om hypothesen te formuleren over verklarende factoren, mechanismen en processen door het plaatsen van de klachten en symptomen binnen de ruimere biopsychosociale context en geschiedenis van de cliënt. Door het dynamisch karakter van een casusformulering kunnen hypothesen herzien worden op basis van bijkomende inzichten.
- **Voorschrijvend:** in het voorschrijvend of prescriptief luik wordt de brug gemaakt tussen het diagnostisch proces en de hulpverlening of begeleiding. Op basis van een casusformulering is het mogelijk om de belangrijkste moeilijkheden te identificeren en op basis daarvan te bepalen welke interventies aangewezen zijn en in welke volgorde. Een casusformulering is een dynamische werkhypothese. Dit betekent ook dat beslissingen omtrent de begeleiding flexibel aangepast kunnen worden op basis van nieuwe ontwikkelingen.

## Cultuurverandering binnen het diagnostisch landschap

Inzetten op casusformulering kan zorgen voor de nodige **cultuurverandering** in het diagnostisch landschap, maar ook in de ruimere maatschappelijke visie waarin diagnostiek nog vaak te eng wordt begrepen als het identificeren van de juiste stoorniscategorie of label (Dinh et al., 2012; Johnstone & Dallos, 2014; Krause & Behn, 2022). Al lang wordt gepleit voor een shift weg van het dominant (biomedisch) model waarin louter classificerende labels worden bepaald door de expert (HGR, 2019; Lebeer et al., 2011). In de praktijk levert een dergelijk model immers weinig handvaten op om met cliënten aan de slag te gaan (KCD, 2023). Integendeel, vanuit een pathologie-model worden cliënten vaak gereduceerd tot hun klachten en symptomen zonder na te gaan op welke manier deze klachten en symptomen ingebed zijn in een ruimere context en welke factoren meespelen in het ontstaan en in stand houden ervan. Hierdoor sluiten interventies vaak te weinig aan bij de concrete noden van de cliënt (Hudson, Dallos, & McKenzie, 2017; Johnstone & Dallos, 2014; Savander et al., 2019) en worden cliënten vaak naar verschillende en uiteenlopende instanties doorverwezen. Dit kan leiden tot ervaringen van hopeloosheid, hulpeloosheid en onveranderbaarheid bij de cliënt (Seery et al., 2021).

Dit betekent niet dat er geen ruimte kan zijn voor classificerende diagnostiek, maar wel dat diagnostiek hier niet toe gereduceerd kan worden. Casusformulering biedt in die zin een alternatief kader omdat de aandacht verschuift van een probleem-georiënteerd expert-gedreven (biomedisch) model naar een persoon-georiënteerd perspectief waarin de ervaring, beleving, sterktes en ruimere context van de cliënt worden meegenomen (Dinh et al., 2012; Johnstone & Dallos, 2014). Door het perspectief en de stem van de cliënt een centrale plaats te geven in het diagnostisch proces, wordt gekomen tot een gedeeld begrip van de situatie en kunnen haalbare doelen en aangepaste interventies worden geformuleerd. Casusformulering sluit op die manier aan bij de toenemende tendens tot dynamische interactieve diagnostiek (Haywood & Tzuriel, 1992; Lebeer, Partanen et al., 2013) en handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & Draaisma, 2011). Om te bepalen welke hulp zinvol is voor een specifieke cliënt of casus, is een casusgerichte aanpak noodzakelijk. Werken met casusformulering biedt immers veel voordelen. Door moeilijkheden binnen een verhaal te plaatsen, eerder dan te vertrekken vanuit diagnostische labels, verkleint de kans op stigma, vooroordelen en denkbeelden die aan bepaalde diagnoses gekoppeld worden, niet alleen bij de hulpvrager zelf, maar potentieel ook in de ruimere maatschappij (Seery et al., 2021). De praktijk van casusformulering biedt ook veel voordelen voor de hulpverlener (DCP, 2011). Hulpverleners getuigen dat casusformulering een erg zinvolle, bruikbare, productieve en leerzame manier is om aan de slag te gaan met cliënten. Daarnaast zorgt casusformulering voor een toegenomen reflexieve praktijk in het team, waarin hulpverleners zich ook gehoord en gewaardeerd voelen (e.g., Bealey et al., 2021; De Lange et al., 2020).

Hoewel het proces van casusformulering een zekere tijdsinvestering vraagt, leert praktijkervaring en onderzoek ons dat het op de langere termijn loont in de hulpverlening of begeleiding van de cliënt en voor het teamfunctioneren (e.g., Dudley et al., 2010; Silberschatz, 2017). Uit onderzoek blijkt bovendien dat casusformulering niet altijd zo tijdrovend hoeft te zijn. Onderzoek van Savander et al. (2019) toont bijvoorbeeld aan dat casusgerichte diagnostiek minder tijdsintensief is dan werken met logge standaardprocedures (bijvoorbeeld gebruikmaken van een standaardbatterij aan diagnostische interviews en tests bij elke aanmelding)

omdat het proces heel specifiek wordt aangepast aan de noden van de cliënt. Daarnaast heerst ook de misconceptie dat casusformulering enkel bij complexe gevallen wenselijk zou zijn (Sim et al., 2005). Ook dit kan gecounterd worden door het argument dat casusformulering aangepast wordt aan de specifieke vereisten die een situatie stelt. Casusformulering kan verschillende vormen aannemen en de grondigheid en uitgebreidheid zal afhangen van wat specifiek nodig is om een antwoord te bieden op de hulpvraag. Met andere woorden, casusformulering kan eenvoudig of complex zijn, afhankelijk van de opdracht en de finaliteit van het diagnostisch proces. Natuurlijk lost casusformulering niet alle moeilijkheden op. Er moet bij casusformulering ook rekening gehouden worden met de structurele beperkingen die van tel zijn binnen de werkcontext, zoals beperkte financiële middelen, een opgelegd maximum aantal contactmomenten en administratieve verplichtingen (Johnstone & Dallos, 2014; Sanchez et al., 2022). In de praktijk zal het proces van casusformulering ook beïnvloed worden door deze institutionele factoren. De mogelijke barrières waar we vandaag tegen aanlopen en die in de toekomst hopelijk verder worden weggewerkt, wegen niet op tegen de vele voordelen die het proces van casusformulering biedt. Naast de reeds opgesomde gunstige effecten van casusformulering, zijn er nog tal van andere voordelen, zowel voor de kwaliteit van het diagnostisch proces, de ervaring van het diagnostisch proces voor de cliënt als voor de hulpverlener en de uitkomsten van het diagnostisch proces. Deze voordelen komen doorheen de richtlijn uitgebreid aan bod.

**Een casusformulering vormt de brug  
tussen diagnostiek van de hulpverlener  
en het verhaal van de cliënt.**

**Idiografisch**



# Idiografisch

De term **idiografisch** is afkomstig van het Griekse idios: 'eigen' en graphein: 'beschrijven'. In het kader van onderzoek, betekent idiografisch dan ook letterlijk het beschrijven en begrijpen van individuele casussen. Binnen de diagnostische praktijk verwijst idiografisch voornamelijk naar het in kaart brengen van **die informatie die de cliënt uniek maakt**.





## BOX 1. De plaats van classificerende diagnostiek in een casusformulering

**C**lassificerende diagnostiek, bijvoorbeeld op basis van de DSM, is een **nomothetische aanpak**, wat gezien kan worden als de tegenhanger van een idiografische aanpak.

Classificerende diagnoses worden bepaald op basis van gestandaardiseerde methodes waarbij wordt nagegaan of de cliënt voldoet aan bepaalde vooropgestelde criteria. Classificerende diagnostische systemen zorgen voor een gemeenschappelijke taal waardoor hulpverleners dezelfde terminologie gebruiken om een bepaalde problematiek te definiëren. Deze gedeelde taal zorgt ervoor dat informatie makkelijker kan worden overgedragen. Classificerende diagnostiek is daarnaast ook soms nodig om de deur naar geschikte hulpverlening te openen (bijvoorbeeld voor een aangepast budget of aangepast onderwijs bij een globale ontwikkelingsachterstand).

Er zijn echter verschillende nadelen verbonden aan het werken met diagnostische classificatiesystemen, zeker wanneer enkel ingezet wordt op het bepalen van aanwezige stoorniscategorieën. Ten eerste levert een classificerende diagnose slechts **een momentopname**. Dit betekent dat de aan- of afwezigheid van bepaalde klachten slechts op één moment wordt nagegaan, terwijl een **dynamische visie** (i.e., klachten fluctueren over de tijd en over contexten) vaak meer aangewezen is. Ten tweede laat een classificerende diagnose **geen verklarende of causale uitspraken** toe. Op grond van een label is het dus niet mogelijk om een uitspraak te doen over de factoren die bijdragen aan de ontwikkeling of ontstaansgeschiedenis van de ervaren moeilijkheden. Ten derde wordt **informatie over de context en ervaring (gevoelens, gedachten, gedrag) van de cliënt weggefilterd**. Ten vierde laat een classificerende diagnose weinig tot **geen ruimte voor protectieve of positieve factoren**. Met andere woorden, factoren die de moeilijkheden verminderen of verzachten worden niet in kaart gebracht. Tot slot biedt een label **weinig handvaten om interventies aan te passen** aan de specifieke noden van de cliënt.

In de praktijk zien we ook vaak cliënten die niet voldoen aan de criteria van bepaalde classificerende categorieën. Daartegenover kan er bij meervoudige en **complexe problematieken** net sprake zijn van co-morbiditeit waarbij verschillende diagnostische labels worden toegekend en diverse factoren (sociaal, biologisch, economisch, cultureel) een invloed hebben op de ervaren moeilijkheden. In deze situaties is een casusformulering vaak veel zinvoller, omdat het een uniek en persoonlijk beeld schetst van de moeilijkheden die worden ervaren en de onderlinge of onderliggende samenhang kan onderzocht worden (e.g., Bergner, 1998; Dudley et al., 2010; Krause & Behn, 2022; Persons, 2006).

Het hanteren van een idiografisch kader sluit classificerende diagnostiek echter niet per definitie uit. Wel wordt aangeraden om casus per casus af te wegen of classificerende diagnostiek al dan niet aangewezen is. Een idiografisch kader gaat verder door de classificerende diagnose te plaatsen binnen de ruimere, unieke context of het verhaal van de individuele cliënt (e.g., Krause & Behn, 2022). Casusgerichte of idiografische diagnostiek brengt de ervaring en context van de cliënt wél en uitdrukkelijk in rekening, waardoor de begeleiding aangepast kan worden aan de specifieke noden van de cliënt en in functie van de specifieke verklaringsmechanismen of betekenis die de aanwezigheid van de moeilijkheden mee helpt begrijpen.

**Illustratie.** W. heeft het syndroom van Down en is nu 18 jaar. De ouders, en ook hijzelf, wilden dat hij zijn schoolloopbaan in een inclusieve omgeving zou kunnen doorlopen. Gedurende die schoolloopbaan waren de testresultaten, of eerder de interpretatie hiervan, een obstakel. Telkens werden ze aangevoerd als argument om naar het buitengewoon onderwijs te verwijzen. Zowel op cognitieve, taalontwikkeling- als sociaal-emotionele testing scoorde W. laag. Aan het einde van het derde leerjaar bijvoorbeeld was het teruggetrokken gedrag zo alarmerend dat een deel van het team de hypothese autisme voorstelde. Er werd aangedrongen diagnostisch onderzoek in een kinderpsychiatrische dienst te doen en meteen werd er vanuit gegaan, zonder de resultaten af te wachten, dat dit een verwijzing naar buitengewoon onderwijs inhield. Door echter tijdens het multidisciplinair overleg te gaan kijken naar de context (interactie met leerkracht, het programma, de andere leerlingen) kon het teruggetrokken gedrag anders geduid en ook aangepakt worden. [...] Het uitdagend gedrag werd “herkaderd” in plaats van medisch geëtiketteerd. Het ene hoeft het andere niet uit te sluiten, maar in de casus W. verzetten de ouders zich tegen een kinderpsychiatrisch traject. Deze herkadering bleek ook effectief. De drie volgende leerjaren van de lagere school waren participatie, leren en ontwikkeling tot ieders tevredenheid veel beter. De ouders vonden ondersteuning in een ruim netwerk van vrijwilligers en professionals uit de school-, CLB en therapeutische wereld. W. heeft leren lezen, schrijven, rekenen, studeert Engels, Frans, geschiedenis, algemene vakken, muziek, gaat met de fiets of bus naar school, gaat naar de muziekschool en speelt in een fanfare. Indien men de resultaten van de klassieke testings en aanbevelingen had gevolgd, zou hij nu met een dubbeldiagnose verstandelijke beperking en autisme in ontwikkelingsniveau 1 van buitengewoon beroepsonderwijs zitten, en slechts een fractie van het aanbod krijgen dat hij nu heeft. (illustratie overgenomen uit Lebeer, Van de Veire et al., 2013, p. 14-15).



**“Symptomen zijn zoals woorden in een woordenboek: de betekenis verandert naargelang de context.”**  
- Jellinek en McDermott (2004, p. 914)

## Finaliteit van het diagnostisch proces

Een belangrijke eerste stap die soms over het hoofd wordt gezien is het duidelijk bepalen van de **hulpvraag** van de cliënt en zo ook de **finaliteit van het diagnostisch proces**. Met andere woorden moet de vraag *'waarom doen we aan diagnostiek bij deze cliënt?'* uitdrukkelijk gesteld worden. Het doel van diagnostiek kan immers uiteenlopend zijn. Enkele illustraties:

- Iemand ervaart psychische of sociale moeilijkheden (bijvoorbeeld veel piekeren, angst, depressieve gevoelens, moeilijk verbinding maken met leeftijdsgenoten, relatieproblemen, eenzaamheid) die de levenskwaliteit of het ruimer functioneren belemmeren ('Ik voel me niet gelukkig.'). Diagnostiek kan er dan op gericht zijn om in kaart te brengen hoe deze moeilijkheden ingebed zijn in het verhaal en de ruimere context van de cliënt om zo tot een goed advies te komen dat de levenskwaliteit en het ruimere functioneren kan bevorderen.
- Iemand voldoet niet aan de (normatieve) verwachtingen van de omgeving (bijvoorbeeld een leerkracht signaleert dat een kind storend gedrag stelt in de klas; een werkgever kaart aan dat een werknemer onvoldoende flexibiliteit aan de dag legt; de omgeving merkt op dat iemand zich isoleert en er vreemde ideeën op nahoudt). Een belangrijke eerste vraag hierbij is: 'Wie ervaart het probleem?' Ervaart de persoon ook moeilijkheden in het functioneren of moeten vooral de (normatieve) verwachtingen van de omgeving bijgesteld worden?
- Iemand heeft een delict gepleegd. Vanuit gerechtelijke instanties komt de vraag om een inschatting te maken van de beweegredenen van de persoon en de kans op recidive.
- Iemand wordt aangemeld vanuit de vraag naar aangepaste zorg (bijvoorbeeld vermoeden van een verstandelijke beperking, nood aan aangepast onderwijs, nood aan persoonsvolgend budget).

Belangrijke vragen zijn dus: wie is de cliënt? Wat is de hulpvraag? En wat is onze opdracht? Afhankelijk van de hulpvraag en de specifieke noden van de cliënt, kan de insteek en het verloop van het diagnostisch proces verschillen. Dit zal dan ook een impact hebben op de samenstelling van het diagnostisch team (multidisciplinair, interdisciplinair, transmuraal) en de gelaagdheid van het diagnostisch traject. Diagnostiek kan een 'een-voudige' focus hebben (probleem-gefocus) waarbij binnen het diagnostisch traject vooral aandacht gaat naar **classificatie** of **inschaling**. Bij classificatie is het doel om de problematiek te benoemen op basis van bestaande diagnostische categorieën (zie Box 1). Inschaling betekent het inschatten van de ernst van de problematiek en de mate van ondersteuning die nodig is. Wanneer een 'meer-voudige' focus vooropstaat, zal het diagnostisch proces een meer gerichte, persoons-specifieke aanpak vragen.

## “Een belangrijk onderdeel in het ontwikkelen van een formulering is bepalen wie de cliënt is, wat de hulpvraag is en wat het doel is van het diagnostisch proces.”

### Een unieke cliënt in een unieke context

Een cruciale uitgangsvraag is wie de cliënt is en welke de belangrijke betrokkenen en belanghebbenden zijn (DCP, 2011). De cliënt kan een individuele persoon zijn, maar het kan ook gaan om meerdere personen, zoals een koppel of een gezin (e.g., Westmeyer, 2003). Het is ook goed om na te gaan of er andere vragende partijen, betrokken partijen of belanghebbenden zijn, zoals andere gezins- of familieleden, de school, de huisarts, werkgevers, andere hulpverlenersorganisaties, enzovoort. De vraag dient gesteld te worden of en hoe elk van de belangen behartigd kan worden en welke de gevolgen daarvan zullen zijn (DCP, 2011). Ook hier speelt de finaliteit van een diagnostisch proces een doorslaggevende rol. Wanneer een diagnostisch traject gestart wordt vanuit een handelingsgerichte benadering, met als doel een hulpverlening-op-maat, dan krijgen de cliënt en diens belangen steeds prioriteit.

Zeker wanneer de aangemelde persoon een kind of jongere betreft, is het belangrijk om te bepalen wie de cliënt is. Een aandachtspunt hierbij is om dat kind of die jongere niet onmiddellijk te gaan isoleren of pathologiseren, in de zin dat in het diagnostisch proces enkel wordt gefocust op de aanwezige problematiek bij het kind (de zogenaamde ‘kindfactoren’). Problemen of moeilijkheden spruiten vaak voort uit problemen binnen de opvoeding of het gezinsfunctioneren, of het klas- of schoolkader, waardoor de aandacht in het diagnostisch proces niet enkel gelegd moet worden op het individuele kind of de jongere maar ook op de interactie tussen kind en zorgfiguren<sup>2</sup>, de gezinscontext als geheel of de afstemming met de leerkracht of school. Ook bij volwassenen geven klachten of moeilijkheden vaak mee uitdrukking van een dynamiek in een bredere context (bijvoorbeeld gezin, werk). Met andere woorden, er moet aandacht gaan naar de manier waarop gerapporteerde moeilijkheden zijn ingebed in een bepaalde context (zie BOX 2).

Ervaringen van kinderen en jongeren, maar ook volwassenen, worden steeds beïnvloed door familiedynamieken (tussen ouder en kind(eren), met broers en zussen, tussen de ouders onderling, enzovoort), die op hun beurt gekleurd worden door ruimere maatschappelijke en culturele invloeden (e.g., Baudinet et al., 2021). Daarom is het belangrijk om de unieke context van de cliënt in beeld te brengen en aandacht te hebben voor het betekenisverleningskader dat de cliënt hanteert om zichzelf, anderen, de wereld, gebeurtenissen en ervaringen te begrijpen (e.g., Johnstone & Dallos, 2014).

2 In een klassieke gezinscontext gaat dit over de interactie tussen kind en ouders, maar het kan ook gaan om adoptie- of pleegouders en andere figuren die een belangrijke rol spelen in de opvoeding van het kind of de jongere. Binnen de jeugdhulp is hier vaak ook een belangrijke rol weggelegd voor professionele hulpverleners. De interactie tussen het kind of de jongere en hulpverleners moet in dat verband zeker ook mee in rekening worden gebracht.

## BOX 2. Contextuele inbedding van menselijke problemen

**D**e uitdagingen waarmee mensen geconfronteerd worden, worden vanuit onze huidige westerse maatschappelijke normen vaak geïndividualiseerd voorgesteld. Succes heb je aan jezelf te danken, maar ook moeilijkheden en tegenslagen komen op eigen conto terecht. Als het misgaat, komt vaak de vraag centraal te staan: "Wat is er mis met deze persoon?" Vanuit de Disability benadering wordt deze redeneerwijze betwist (Davis, 2013). Er wordt gepleit dat hindernissen, uitdagingen, moeilijkheden of bepaalde (individuele) kenmerken ook steeds onderzocht moeten worden in de context van en in de interactie met sociale, politieke, economische, culturele en ruimere maatschappelijke processen. De vraag verschuift dan naar: **"Hoe wordt een bepaalde eigenschap of uitdaging een probleem wanneer we de context mee in rekening brengen?"** De reactie en het aanpassingsvermogen van de omgeving en de context vormen op deze manier een cruciale factor in het bepalen of en hoe een bepaalde eigenschap een probleem vormt, dan wel gezien wordt als een karakteristieke eigenheid of kwaliteit.

Een eenvoudig voorbeeld: de mate waarin een bepaalde omgeving rolstoeltoegankelijk is, zal bepalen of iemand die aangewezen is om zich te verplaatsen met een rolstoel zich belemmerd voelt in diens bewegingsvrijheid. De mate waarin de omgeving aangepast is, zal dus mee bepalen in welke mate er sprake is van een beperking. Op dezelfde manier kan nagedacht worden over psychologische kenmerken of sociale uitdagingen. Dominant geïdentificeerde problemen (bijvoorbeeld klachten in verband met burn-out, storend gedrag in de klas) kunnen evenzeer begrepen worden in het licht van hoe de omgeving of context gekleurd wordt door dominante maatschappelijke tendensen. Er kunnen natuurlijk bepaalde eigenschappen, eigenheden, karakteristieken of kwetsbaarheden aanwezig zijn bij een individu, die bijdragen aan ervaren uitdagingen of moeilijkheden. Dat neemt niet weg dat het ook nodig is om te kijken hoe die karakteristieken al of niet matchen met de omgeving waarin ze voorkomen en of aanpassingen in die omgeving helpend kunnen zijn. Op die manier verschuift het identificeren van een deficit in de persoon naar de interactie of afstemming met de omgeving.

**Illustratie.** Jason (7 jaar) zit in het tweede leerjaar samen met 29 klasgenootjes. Jason heeft moeite om lang stil te zitten op zijn stoel en kan zich moeilijk lang zelfstandig bezighouden. De meester kan het niet bolwerken en signaleert moeilijkheden. We zouden ervan uit kunnen gaan dat er bij Jason bepaalde aspecten in zijn cognitief en gedragsmatig functioneren aanwezig zijn die opvallen in de vergelijking met die van zijn klasgenoten. We kunnen ons echter ook de vraag stellen of Jasons gedrag daarnaast niet ook expressie geeft aan bepaalde moeilijkheden die hij ervaart in zijn functioneren, op school of zelfs daarbuiten. Daarnaast moeten we ook het onderwijssysteem durven in vraag stellen. Op welke manier worden leerlingen geacht en verwacht zich te gedragen binnen de klas, de school, in interactie met de juf of meester? En op welke manier gaan we om met leerlingen die niet in dat ideaalplaatje passen?

**Illustratie.** Nora (35 jaar) voelt zich overspannen, overvraagd, uitgeput en opgebrand. Ze is een alleenstaande moeder van twee jonge kinderen en werkt als verpleegster in een ploegensysteem. De combinatie van de opvoeding van de kinderen en de verwachtingen van haar werkgever eisen steeds vaker hun tol. Nora slaagt er steeds maar moeilijker in om alle ballen tegelijk de lucht in te houden. Ze vreest dat ze afstevent op een burn-out en zoekt professionele hulp. Burn-out wordt vaak geassocieerd met persoonlijke eigenschappen, zoals perfectionisme, anderen willen pleasen, onzekerheid of moeite hebben met grenzen bewaken. Deze eigenschappen spelen mogelijk ook bij Nora. Daarnaast is het echter belangrijk om ook vragen te stellen bij de mate waarin de context (familieleden, werkgever, anderen) een rol speelt en bij de maatschappelijke tendensen die burn-out mogelijk in de hand werken. Naast het aanpakken van persoonlijke hindernissen, is het minstens even belangrijk om ook de mismatch in interactie met de omgeving en maatschappijnormen in kaart te brengen en aan de kaak te stellen.

## Gedetailleerde beschrijving van de ervaringen van de cliënt

Een gedetailleerde beschrijving van de ervaringen van de cliënt is fundamenteel binnen het diagnostisch proces. Hierbij wordt vaak het **biopsychosociaal model** als kader naar voren geschoven. Een biopsychosociale visie op menselijke problemen impliceert dat zowel biologische, psychologische als sociale factoren in kaart worden gebracht. De *International Classification of Functioning, Disability and Health* [ICF] van de Wereldgezondheidsorganisatie [WHO] (2002, 2008) biedt een pragmatisch model om het biopsychosociaal kader in de praktijk te brengen. Het ICF-model onderscheidt vijf belangrijke componenten om de gezondheidstoestand van een individu in kaart te brengen: 'Functies en Anatomische eigenschappen', 'Activiteiten', 'Participatie', 'Externe factoren' en 'Persoonlijke factoren'. Ook het Component System Model (Magnavita & Anchin, 2014) biedt een kader om de relaties tussen verschillende domeinen van functioneren in kaart te brengen. Zij schuiven vier belangrijke domeinen naar voren: (1) intra-psychisch biologisch, (2) interpersoonlijk-dyadisch, (3) relationeel-triadisch, en (4) socio-cultureel-familiaal.

In de literatuur wordt verwezen naar **de 5 P's** die een kader bieden om informatie over het functioneren van de cliënt te verzamelen en te beschrijven (e.g., Macneil et al., 2012; Winters et al., 2007). De 5 P's zijn de (1) presentatieklacht, (2) predisponerende factoren (kwetsbaarheden op lange termijn), (3) precipiterende factoren (triggers op korte termijn), (4) bestendigende (perpetuating) of in stand houdende factoren, en (5) positieve of protectieve factoren:

- **Presentatieklacht:** ophijsting van de moeilijkheden, zorgen, problemen en klachten die de cliënt ervaart. Dit kan gaan over psychische klachten (bijvoorbeeld angst, somberheid), fysieke klachten en/of socio-culturele problemen (bijvoorbeeld relatieproblemen, financiële problemen). Onder de presentatieklacht kunnen ook classificerende diagnoses worden vermeld. Het is wel belangrijk om hierbij ook steeds de individuele klachten op te lijsten die hebben geleid tot het vaststellen van de diagnose. Daarnaast kunnen binnen een cliëntsysteem verschillende meningen en perspectieven bestaan over de voornaamste bezorgdheden. Het is ook belangrijk om deze in kaart te brengen en na te gaan waar raakvlakken of discrepanties zijn.
- **Predisponerende factoren:** factoren op lange termijn die een zekere kwetsbaarheid kunnen vormen. Deze factoren kunnen biologisch van aard zijn (bijvoorbeeld genetische predisposities, al dan niet aangeboren hersenletsels), maar ook psychologisch (bijvoorbeeld traumatische voorgeschiedenis<sup>3</sup>, onveilige hechting, temperament en persoonlijkheidsfactoren). Daarnaast kunnen ook bepaalde omgevingsfactoren (bijvoorbeeld sociaal-economische status, woonomgeving, opvoedingsstijl) tot de predisponerende factoren behoren.
- **Precipiterende factoren:** factoren, stressoren of triggers op korte termijn (bijvoorbeeld middelengebruik, acute stressoren op gebied van gezondheid, relaties, werk). Het kan belangrijk zijn om te polsen naar gebeurtenissen (life events) of veranderingen die optraden rond de periode van het ontstaan van de moeilijkheden en op welke manier daarmee werd omgegaan door verschillende betrokkenen.

3 Welke gebeurtenissen als traumatisch kunnen worden omschreven, hangt af van de persoonlijke ervaring van de cliënt. Sommige ingrijpende gebeurtenissen zullen we spontaan als traumatisch kwalificeren, terwijl deze voor de cliënt misschien niet dermate invloedrijk zijn geweest (bijvoorbeeld in termen van het ontwikkelen van klachten, disfunctionele interpersoonlijke patronen of schema's). Omgekeerd kunnen incidenten die op het eerste zicht onschuldig lijken een grote impact hebben op de cliënt en leiden tot bepaalde moeilijkheden. Daarom is het belangrijk om ingrijpende gebeurtenissen steeds idiografisch te benaderen (e.g., Gazzillo et al., 2021; Seery et al., 2021).

- **Bestendige (perpetuating) factoren:** duurzame patronen die de moeilijkheden mogelijk mee in stand houden (bijvoorbeeld aanhoudende stress, slaapproblemen, aanhoudende sociale conflicten, vermijding, disfunctionele interpersoonlijke of cognitieve schema's en narratieven, dominante socio-culturele normen- en waardenkaders).
- **Protectieve/positieve factoren:** er moet expliciet aandacht gaan naar sterktes en ondersteunende factoren (bijvoorbeeld gezonde levensstijl, vaardigheden, interesses, dromen en verlangens, culturele gebruiken, waarden en normen, sociale steun), uitzonderingssituaties en positieve ervaringen in het verleden (bijvoorbeeld in het omgaan met moeilijke situaties). Deze factoren worden binnen een diagnostisch proces vaak verwaarloosd (KCD, 2023; Magelhaes et al., 2022), terwijl ze essentieel kunnen zijn voor het verdere verloop en handvaten kunnen bieden voor het plannen van interventies (bijvoorbeeld het installeren van hoop en een gevoel van agency).

Baudinet et al. (2021) voegen hier nog **2 P's** aan toe, met name (6) personen, en (7) plannen:

- **Personen:** het is belangrijk om zicht te krijgen op het relationeel netwerk. Wie zijn belangrijke personen in het leven van de cliënt? Wie zijn mogelijke sociale ondersteuningsbronnen? Hierbij kan het helpend zijn om het sociaal netwerk visueel voor te stellen. Via een genogram of familiestamboom kan ook informatie ingewonnen worden over eventuele intergenerationele factoren (bijvoorbeeld mentale of gezondheidsproblemen bij (groot)ouders, trauma's).
- **Plannen:** doelen die de cliënt in de toekomst wil bereiken, op korte, middellange en lange termijn en verwachtingen en doelen in de context van het hulpverleningstraject kunnen mee richting geven aan het interventieplan en de betrokkenheid en motivatie aanzienlijk verhogen.

Lange-termijnfactoren en duurzame patronen die bijdragen aan de ontwikkeling of het in stand houden van moeilijkheden zijn niet per definitie onveranderbaar. Sommige genetische of aangeboren predisposities kunnen misschien niet veranderen, maar verschillende psychologische (bijvoorbeeld cognitieve vaardigheden en schema's, hechting en interactiepatronen) en sociale factoren (bijvoorbeeld armoede, opvoedingsstijl) zijn meer dynamisch van aard en kunnen wijzigen, bijvoorbeeld via leerervaringen en met behulp van begeleiding en ondersteuning.

Deze 7 P's kunnen nog eens opgedeeld worden in verschillende *domeinen* die belangrijk zijn om in kaart te brengen of te bevragen (e.g., DCP, 2011; HGR, 2019; Magalhaes et al., 2022; Sanchez et al., 2022). In BOX 3 lijsten we een aantal kerngebieden op, samen met een aantal mogelijke uitgangsvragen.



## BOX 3. Overzicht belangrijke domeinen

Om een gedetailleerde situatieschets te krijgen, is het belangrijk om informatie in te winnen op verschillende domeinen van ervaren en functioneren. In deze box lijsten we een aantal belangrijke domeinen op. Deze lijst is niet exhaustief, maar kan wel dienen als hulpmiddel om belangrijke thema's in het achterhoofd te houden.

### Klachten en moeilijkheden

Het doel is om inzicht te krijgen in de huidige moeilijkheden, klachten, symptomen en bezorgdheden; maar ook op vroegere episodes en fluctuaties in de klachten. Op die manier kan ook zicht gekregen worden op uitzonderingssituaties, bronnen van veerkracht en ingangspoorten voor verandering. Mogelijke vragen zijn:

- Welke moeilijkheden doen zich momenteel voor? Wanneer zijn ze ontstaan? Hoe uiten deze moeilijkheden zich? Welke gevolgen brengen de moeilijkheden met zich mee (voor wie, in welke context)?
- Zijn er vroeger gelijkaardige of andere problemen geweest?
- Zijn er periodes geweest waarin de moeilijkheden minder aanwezig waren?
- Zijn er bepaalde contexten waarin de moeilijkheden minder aanwezig zijn?

### Hulpverleningsgeschiedenis

Het doel is om zicht te krijgen op mogelijke eigen oplossingen en steun(figuren) in de context. Wanneer er reeds hulpverlening in het verleden is geweest, is het goed om een beeld te krijgen van de positieve ervaringen en in te spelen op eventueel negatieve ervaringen.

- Wat hebben jullie zelf al geprobeerd? Wat heeft geholpen? Op welke manier?
- Met wie heb je al over je problemen gepraat? Heb je al hulp gezocht in je omgeving?
- Was er al eerdere hulpverlening? Heeft dat iets opgeleverd? Wat was de ervaring?

### Persoonlijke betekenisverlening/ziektetheorie

Het doel is om inzicht te krijgen in de manier waarop de cliënt zelf invulling geeft aan de ervaren moeilijkheden of de aangemelde problemen. Belangrijk hierbij is om aandacht te hebben voor verschillende, mogelijk conflicterende perspectieven binnen het cliëntsysteem. Indien in het verleden reeds een classificerende diagnose werd gesteld, is het van belang om de impact daarvan te bevragen en na te gaan welke betekenis de cliënt hier zelf aan verleent.

- Wat denk je zelf dat er aan de hand is? Hoe begrijp je de huidige situatie? Waar heb je het zelf het lastigst mee?
- Welke factoren hebben volgens jou een belangrijke rol gespeeld in wat er nu aan de hand is?
- Wat zou helpen om de situatie op te lossen?



## Ontwikkelingsgeschiedenis

Het doel is om zicht te krijgen op de ruimere ontwikkelingsgeschiedenis van de cliënt en om na te gaan of en hoe bepaalde mijlpalen in de ontwikkeling werden bereikt. Of iets al dan niet atypisch is, wordt bepaald door de normen die gebruikt worden: wat mogen we normaliter verwachten op basis van de leeftijd en gegeven een specifieke sociaal-economische of cultureel-maatschappelijke context? (zie bijvoorbeeld Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteractie van Timmermans et al., 2015). Als hulpverlener is het van belang om je bewust te zijn van de normen die gehanteerd worden en om deze normen naar waarde in te schatten. Om de ontwikkelingsgeschiedenis in kaart te brengen, kan het handig zijn om samen met de cliënt een tijdslijn op te stellen, waarbij al kan nagedacht worden over hoe bepaalde levensgebeurtenissen hebben ingespeeld op de ontwikkeling of op de evolutie van de klachten.

- Hoe is de zwangerschap, bevalling, geboorte en kraamperiode verlopen? Waren er belangrijke complicaties of moeilijkheden?
- Zijn er bepaalde medische problemen of gekende familiale, organische, biologische of genetische condities?
- Hoe is de ontwikkeling verlopen tot nu toe (polsen naar belangrijke ontwikkelingsmijlpalen)?
- Hoe zou je jezelf/je kind omschrijven? Hoe zouden anderen je (kind) omschrijven? (polsen naar temperament, persoonlijkheidsfunctioneren, zelfbeeld)
- Hoe is de gender- en seksualiteitsbeleving?
- Hoe reageer je wanneer de dingen niet lopen zoals je ze had verwacht? Hoe ga je om met tegenslag? (polsen naar coping- en hanteringsmechanismen, bijvoorbeeld agressiehantering).

## Huidige leefomstandigheden en -geschiedenis

Het doel is om zicht te krijgen op de huidige sociaal-economische leefomstandigheden.

- Wat zijn de woonomstandigheden? Heeft men een dak boven het hoofd? Is er financiële stabiliteit? Zijn er belangrijke veranderingen geweest (bijvoorbeeld verlies van werk, uithuiszetting)?
- Wat is de huidige school- of werksituatie?
  - Naar welke school ga je? In welke klas zit je? Welke richting volg je?
  - Welk werk doe je?
  - Zijn er belangrijke veranderingen geweest?
- Hoe ziet een normale dag er uit?

## Belangrijke gebeurtenissen en existentiële thema's

- Zijn er recent bepaalde zaken voorgevallen of gebeurd? Zijn er bepaalde veranderingen geweest? Hoe was dat? Hoe heeft iedereen daarop gereageerd?
- Zijn er in het verleden gebeurtenissen of veranderingen geweest die een grote impact hebben gehad? Hoe was dat? Hoe heeft iedereen daarop gereageerd?
- Was er sprake van een relatiebreuk of scheiding? Hoe is dat verlopen?
- Zijn er sterfgevallen geweest of zijn/waren bepaalde mensen ernstig ziek? Hoe was dat?

## Relationeel/interactief functioneren

- Hoe ziet de gezins- en familiecontext eruit?
  - Hoe is de band met ouder(s)/voogd(en), broer(s)/zus(sen)? Hoe gaat het onderling?
  - Hoe is de band met grootouder(s)? Welke rol spelen zij in het (dagelijks) leven?
  - Zijn er belangrijke tantes, nonkels, neven, nichten, ...? Hoe is de band daarmee?
- Welk ruimer netwerk is er aanwezig?
  - Welke personen spelen nog een belangrijke rol? Denk aan burens, vrienden van ouders, belangrijke juf of meester, ...
  - Welke rol spelen zij?
  - Zijn er sociale conflicten? Hoe wordt daarmee omgegaan?
- Hoe gaat het op school/op het werk?
  - Hoe loopt het contact met leeftijdsgenoten? Collega's?
  - Hoe loopt het contact met autoriteitsfiguren of leidinggevenden? Leerkrachten? Opvoeders?
- Hoe wordt vrije tijd ingevuld? Zijn er belangrijke vrienden of hobby's?

## Normen, waarden en culturele achtergrond

Het is belangrijk om het sociaal-cultureel kader en belangrijke normen en waarden steeds te bevragen. Er kunnen bepaalde culturele verschillen spelen, maar ook bij mensen met dezelfde culturele achtergrond kunnen verschillende overtuigingen aanwezig zijn en verschillende normen en waarden gehanteerd worden. Deze hoeven ook niet altijd te stroken met de eigen visie op gezondheid en welzijn of met die van de organisatie. Wanneer dat het geval is, moet extra aandacht gaan naar hoe een afstemming mogelijk is tussen het cliënt- en hulpverlenerssysteem (zie ook BOX 7).

- Wat zijn belangrijke normen en waarden binnen het gezin? Op welke manier wordt naar (mentale) gezondheid gekeken? Hoe wordt daarover gesproken? Wat zijn de (normatieve) verwachtingen?
- Heeft spiritualiteit of geloof een belangrijke plaats?
- Wat is de culturele achtergrond? Zijn er belangrijke wijzigingen geweest in de culturele omstandigheden?
- Zijn er ervaringen van ongelijkheid, uitsluiting, minderwaardigheid of andere vormen van discriminatie? Zijn er bepaalde taal- of andere barrières?

## Doelen, sterktes, krachten, positieve factoren

Sterktes, krachten en bronnen van sociale steun en veerkracht kunnen ook aan bod komen bij de bovenstaande thema's. Het is zinvol om ook expliciet te bevragen wat goed loopt en te polsen naar sterktes en krachten. Daarnaast is het belangrijk om ook doelen en verwachtingen te bevragen, zodat hier ook rekening mee kan gehouden worden in het nadenken over mogelijke interventies.

- Wanneer loopt het goed? In welke situaties loopt het goed?
- Wat loopt goed? Wat lukt er je goed? Wat vinden anderen dat je goed kan?
- Wat lukt zonder hulp of op eigen kracht? Wat lukt met de hulp van anderen?
- Wat wil je bereiken? Op korte termijn? Op lange termijn?
- Wat zou je graag willen dat lukt wat nu misschien niet lukt? Wat zou daarvoor nodig zijn, denk je?

**Integratief**



## Integratief beeld - met focus op verklaring bovenop beschrijving

---

Een casusformulering start met het verzamelen van relevante biologische, psychologische, sociale, culturele en interpersoonlijke factoren (DCP, 2011; HGR, 2019). De beschrijvende informatie wordt samengevat tot een overzicht van belangrijke gebeurtenissen, gedragingen, interne ervaringen of psychologische processen (e.g., Baudinet et al., 2021). In de praktijk zien we dat het proces van formulering vaak hier stopt (Eells et al., 1998; KCD, 2023).

Een goede casusformulering gaat echter nog een stap verder door de verschillende componenten met elkaar in relatie te brengen en een hypothese of logisch-plausibele verklaring naar voren te schuiven die helpt begrijpen hoe en waarom klachten zijn ontstaan en in stand gehouden worden (Baudinet et al., 2021; Eells et al., 2011; Eells, 2022). Hierbij is het niet zozeer de bedoeling om een concrete uitspraak te doen over de precieze etiologie of oorzaak van de problematiek. Ultiem gaat het erom casusspecifieke, handelingsgerichte adviezen en op-maat-gemaakte interventiestrategieën te kunnen ontwikkelen. Daarom is een casusformulering er eerder op gericht om de interne structuur in iemands functioneren te verduidelijken (HGR, 2019) en inzicht te krijgen in hoe onveranderbare, maar vooral ook veranderbare (inter)persoonlijke factoren en dynamieken een rol spelen in het ontstaan en blijven bestaan van moeilijkheden (Sim et al., 2005) opdat in de interventies hierop ingewerkt zou kunnen worden. Een belangrijke afweging hierbij is welke factoren belangrijk zijn om mee op te nemen in de casusformulering.

## “Een casusformulering richt zich tot de kern. Het is een valkuil om alle informatie te willen behouden. Zo wordt een casusformulering log en onbruikbaar.”

Een **integratief beeld** biedt een samenhangende, narratieve theorie waarin de klachten ingebed worden in de ruimere context en geschiedenis van de cliënt, waarbinnen ook de interacties en dynamieken tussen de verschillende factoren gekaderd worden. Hierbij is het interessant om in eerste instantie te vertrekken vanuit de manier waarop de client (of indien van toepassing, belangrijke anderen) zelf een begrip heeft geconstrueerd rond diens ervaringen. Terzelfdertijd dient een casusformulering ook om een ander of nieuw licht te werpen op de situatie, vanuit het perspectief van de diagnosticus of het interdisciplinair team (e.g., Baudinet et al., 2021). Hierin worden de interacties en dynamieken tussen verschillende factoren gekaderd vanuit **een brede kennisbasis**, die bestaat uit kennis uit verschillende invalshoeken en disciplines, opleidingen, studiedagen, wetenschappelijke en andere literatuur, en andere bronnen van informatie (bijvoorbeeld actualiteit en informatie over wat leeft binnen een bepaalde (sub)cultuur om informatie over de cliënt daarbinnen te kunnen kaderen) (e.g., Pearl & Greenberg, 2020; Sanchez et al., 2022).

Een **theoretische basis** is cruciaal om kwaliteitsvolle hypotheses (i.e., onderbouwd, beredeneerd, beargumenteerd) te formuleren (e.g., Crowe et al., 2008). Er bestaan verschillende theoretische modellen die gebruikt kunnen worden als verklarend kader. In de literatuur zijn er diverse specifieke modellen die vaak gekoppeld zijn aan een bepaald thema of bepaalde problematiek, zoals bijvoorbeeld het ondersteuningsmodel van verstandelijke beperking van de AAIDD, het Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) bij (intergenerationeel) trauma, het tripartite model voor angst en depressie, enzovoort. Daarnaast zijn er de meer algemene psychologische theorieën die vaak als kapstok worden gebruikt, zoals cognitieve (gedrags)modellen, systemische en experiëntiële modellen, psychodynamische en psychoanalytische modellen, enzovoort<sup>4</sup>. Deze modellen vertrekken allen vanuit een brede biopsychosociale visie op menselijke problemen. Desalniettemin zullen verschillende modellen andere kernaspecten in het menselijk functioneren naar voren schuiven. Vanuit een cognitieve gedragsbenadering zal de focus bijvoorbeeld meer liggen op cognitieve en gedragsmatige mechanismen, terwijl vanuit een psychodynamisch perspectief interpersoonlijke dynamieken en onbewuste processen meer op de voorgrond zullen staan. Belangrijk is dat er niet één juist model bestaat. Afhankelijk van de klinische theorie zal het integratief beeld mogelijk wel een andere vorm krijgen (voor illustraties, zie [Intermezzo: documenteren van de casusformulering](#)) en kan de klemtoon op andere belangrijke factoren komen te liggen (e.g., Dawson & Moghaddam, 2016; Flinn et al., 2015; Johnstone & Dallos, 2014; Sturmey, 2009).

4 In de boeken van onder meer Eells (2022), Dawson en Moghaddam (2016), Ingram (2012), Johnstone en Dallos (2014) en Sturmey (2009) wordt casusformulering uitgewerkt en geïllustreerd vanuit verschillende theoretische kaders. Daarnaast bevat het speciaal nummer “Case formulation of interpersonal patterns and its impact on the therapeutic process” van Critchfield et al. (2022) in de *Journal of Clinical Psychology* vijf uitgewerkte casusvoorbeelden vanuit verschillende invalshoeken. Helaas zijn deze bronnen niet altijd vrij en gratis toegankelijk. Het Single Case Archive (SCA, [www.singlecasearchive.com](http://www.singlecasearchive.com), Meganck et al., 2022) tracht een brug te slaan tussen onderzoek en de praktijk door een online platform aan te bieden met toegankelijke casestudies die de praktijk kunnen informeren en inspireren (Notaerts & Van Nieuwenhove, 2019).

Wanneer verschillende theoretische kaders worden gebruikt om het functioneren van een cliënt te begrijpen, is het dus goed mogelijk dat men tot verschillende interpretaties komt en andere hypothesen naar voren zal schuiven. Een mogelijke kritiek op casusformulering zou kunnen zijn dat wanneer men zich vanuit een bepaalde theorie focust op specifieke relevante factoren, men onvermijdelijk andere factoren over het hoofd zal zien (Dawson & Moghaddam, 2016). Positiever geformuleerd, is het goed mogelijk dat verschillende constructies of integratieve beelden relevant kunnen zijn om de problemen waarmee iemand worstelt te kaderen (HGR, 2019; Vanheule, 2015). Vaak zullen casusformuleringen vanuit verschillende oriëntaties elkaar niet tegenspreken of tegenstrijdigheden bevatten, maar door hun verschillende focus juist leiden tot begripkaders die complementair zijn. Belangrijk wel is om steeds in het achterhoofd te houden dat het gehanteerde kader bepaalde keuzes impliceert en de blik onvermijdelijk stuurt. Daarom is het nodig om goed bewust te zijn van het eigen kader en reflexief na te denken over de mogelijke impact daarvan op het proces van casusformulering.

In de literatuur zien we ook een evolutie naar **transtheoretische, integratieve of eclecticische modellen**. In deze modellen wordt gepuurd uit verschillende klinische theorieën en worden verschillende perspectieven gehanteerd om een comprehensief en holistisch beeld van de situatie te creëren (e.g., Ingram, 2012; Johnstone & Dallos, 2014; Marquis et al., 2021; Shahar & Procerelli, 2006). Het uitgangspunt is om een model te hanteren dat bruikbaar is om de moeilijkheden van de cliënt te kaderen eerder dan de moeilijkheden van de cliënt in te passen in een vooraf bepaald kader. Theoretische modellen worden dus flexibel ingezet en niet als dogmatisch keurslijf gehanteerd. Dit vereist natuurlijk wel kennis van en affiniteit met verschillende theoretische modellen. Dit zou kunnen gerealiseerd worden door in een team niet alleen interdisciplinair te werken, maar ook inter-theoretisch. Het inbrengen van theoretische verklaringmodellen is vaak weggelegd voor de klinisch psychologen, maar ook andere disciplines kunnen theoretische kaders binnenbrengen (e.g., Crowe et al., 2008). In de praktijk is dit



allesbehalve evident en moet vaak nog veel meer ingezet worden op vorming en opleiding zodat hulpverleners zich kunnen verdiepen in de theorie en zich bepaalde denkkaders kunnen eigen maken. Een bijkomende moeilijkheid is dat lang niet alle theoretische principes zo makkelijk met elkaar te rijmen zijn. Hoewel hypothesen vanuit verschillende visies complementair kunnen zijn in de zin dat ze een ander licht kunnen werpen op een gegeven situatie, is het niet altijd mogelijk om ze gecombineerd in te zetten. Elke theorie vertrekt immers vanuit bepaalde aannames omtrent menselijk (dis)functioneren die gegrond kunnen zijn in fundamenteel verschillende denkkaders. De clou is om in de praktijk tot een model te komen dat voldoende flexibiliteit toelaat om dicht bij de belevingswereld en attributies van de cliënt aan te sluiten en bruikbaar is om het hulpverleningsproces verder te oriënteren (zie BOX 4).

Per slot van rekening gaat het om een evenwichtsoefening tussen de werking van de diagnostische organisatie en het flexibel en dynamisch kunnen aanpassen ervan aan de specifieke noden van de individuele cliënt. Het warm water kan niet telkens opnieuw worden uitgevonden. Het is daarom aan te raden om een duidelijke visie te ontwikkelen binnen de diagnostische organisatie over hoe menselijke problemen worden gedetermineerd en welke theoretische modellen handvaten bieden om diagnostiek en het ruimere hulpverleningsproces vorm te geven. Tegelijkertijd moet er voldoende openheid en ruimte zijn om elk traject dat gelopen wordt aan te passen aan de specifieke noden van de individuele cliënt. Een aantal **algemene aandachtspunten**:

- Vertrek vanuit het **perspectief** en de **belevingswereld** van de **cliënt** in plaats van het eigen kader als keurslijf te hanteren in het proces van casusformulering. Dit draagt bij tot het idee van co-constructie en het gezamenlijk komen tot een betekenisvolle casusformulering.
- Het doel is om **haalbare en doeltreffende interventies** te **formuleren**. Het identificeren van onveranderbare beïnvloedende factoren (bijvoorbeeld levensgebeurtenissen, biologische factoren) kan relevant zijn en het inzicht in de casus verhogen, maar is onvoldoende om richting te geven aan interventies. Er moet voldoende gefocust worden op veranderbare patronen en dynamieken.
- Maak de zaken **niet onnodig complex**. Concentreer de casusformulering rond factoren en dynamieken die fundamenteel zijn om moeilijkheden op verschillende domeinen te begrijpen en te kunnen veranderen. Puur daarbij ook uit de krachten en sterktes van de cliënt en diens context.
- Gebruik geen jargon, maar **taal die dicht aansluit bij** wat de **cliënt** aanbrengt. Maak de zaken specifiek en duidelijk. Gebruik geen oppervlakkige of vage formuleringen die leiden tot weinig concrete praktijkgerichte interventies, maar formuleer de zaken op een manier die duidelijk maakt dat interventie en dus ook beterschap of verandering mogelijk is.

Integratieve modellen hebben als voordeel dat het diagnostisch veld minder onderhevig is aan de zogenaamde *scholenstrijd*, waarbij verschillende denkkaders of visies op diagnostiek met elkaar wedijveren en botsen (Marquis et al., 2021). In de praktijk kan deze strijd leiden tot een verminderd vertrouwen in elkaars diagnostiek (e.g., KCD, 2023). Een pluralistische bril maakt het mogelijk om vanuit verschillende denkkaders met elkaar te communiceren vanuit een gedeeld kader, met respect voor de eigenheid van de specifieke diagnostische organisaties. Daarnaast zorgt een integratief kader er ook voor dat er minder rigide wordt vastgehouden aan een bepaalde theorie (Baudinet et al., 2021). Door flexibel te kunnen inzetten op



verschillende perspectieven, biedt een integratief model ook een sterk pragmatisch voordeel. Het laat toe optimaal af te stemmen en aan te sluiten bij de unieke noden van de specifieke cliënt. Hierdoor is de kans veel groter dat de casusformulering betekenisvol is voor de cliënt en vooral ook bruikbaar wordt om de hulpverlening vorm te geven. De waarde van een casusformulering hangt immers af van de mate waarin het ons in staat stelt om adequaat te reageren (HGR, 2019; Vanheule, 2015).

## BOX 4. Integratieve modellen

Onderstaande modellen puren uit verschillende theoretische kaders om casusgericht aan de slag te gaan. Ze situeren moeilijkheden niet enkel binnen het individu. Integratief werken spoort aan om problemen niet enkel te koppelen aan intra-individuele factoren, maar de blik te verruimen door systemische of relationele dynamieken in rekening te brengen. Daarnaast plaatsen integratieve modellen de relatie tussen cliënt en hulpverlener centraal, waarin de cliënt een prominente en actieve rol krijgt toebedeeld (Krause & Behn, 2022).

### Het Linchpin principe (Bergner, 1998)

Bergner (1998) gebruikt de metafoor van een *linchpin* (een metalen pin die de verschillende onderdelen van een karrewiel of ander mechanisme samenhoudt) om te beschrijven hoe in een casusformulering getracht wordt sleutelementen te detecteren die alle factoren connecteren en samenhouden. Binnen interventies kan best ingezet worden op deze kernelementen. Bergner redeneert dat wanneer je het fundament, de linchpin van de moeilijkheden, kan wegnemen of wijzigen, alle daaraan gekoppelde klachten en problemen als een kaartenhuisje in elkaar kunnen zakken (i.e., als een domino-effect, *ripple effect*). Het vinden van een concrete, veranderbare gemeenschappelijke basis is hierbij cruciaal. Verschillende theoretische modellen kunnen relevant zijn om die gemeenschappelijke basis te capteren. Bergner (1998) wijst op het belang van een open houding aan te nemen en de keuze voor een bepaald theoretisch kader te laten afhangen van de centrale dynamieken die verschijnen in het verhaal van de cliënt. Immers, wanneer men vertrekt vanuit die factoren die vanuit de geprefereerde theorie naar voren geschoven worden, dreigt men zichzelf daarin te limiteren, waardoor potentiële kernelementen over het hoofd worden gezien.

Belangrijker dan een dominant theoretisch kader te hanteren, is om te overwegen hoe de formulering vormgegeven wordt. Volgens Bergner (1998) moet gefocust worden op factoren die de moeilijkheden in stand houden en de factoren moeten vatbaar zijn voor interventies. Het heeft volgens dit model geen zin om in te zetten op onveranderbare predisponerende factoren (bijvoorbeeld biologische kwetsbaarheden of bepaalde levensgebeurtenissen in de voorgeschiedenis) omdat deze niet kunnen veranderen door interventies. Daarenboven moeten de factoren op een zodanige manier geformuleerd worden dat ze concreet genoeg zijn om mee aan de slag te gaan. Vaag jargon (bijvoorbeeld 'er is sprake van een vermijdende copingsstijl') of de zaken in al te algemene termen benoemen (bijvoorbeeld 'er zijn relatieproblemen') leveren geen concrete aanknopingspunten voor interventie. Tot slot pleit Bergner (1998) ervoor om de formulering te delen met de cliënt of zelfs samen te construeren, omdat dit onmiddellijk een proces op gang brengt van het onderkennen en inzicht krijgen in hoe moeilijkheden samenhangen. Het biedt de cliënt een ankerpunt waarop gefocust kan worden om de situatie om te keren en het zet de cliënt onmiddellijk in zijn kracht omdat duidelijk wordt dat er wel degelijk een uitweg mogelijk is.

### The Action Formulation (TAF; Shahar & Procerelli, 2006)

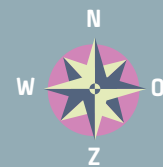
*The Action Formulation* (TAF) is een illustratie van een integratieve manier om aan casusformulering te doen. TAF laat zich leiden door de specifieke noden van de cliënt om de meest geschikte psychodynamische en cognitief-gedragsmatige interventies te selecteren (Shahar & Procerelli, 2006). Dit model schuift hiervoor vier stappen naar voren:

- Het in kaart brengen van de sociale omgeving van de cliënt (ondersteuningsbronnen, chronische interpersoonlijke moeilijkheden, negatieve en positieve levensgebeurtenissen);
- Het nagaan hoe cliënten hun omgeving actief beïnvloeden op basis van persoonlijkheidskarakteristieken, psychopathologische moeilijkheden en sterktes;

- Het differentiëren tussen maladaptieve en protectieve interpersoonlijke dynamieken; en
- Het toepassen van integratieve technieken om adaptieve interpersoonlijke dynamieken te versterken.

Het model vertrekt vanuit het idee dat cliënten een actieve invloed uitoefenen op hun omgeving en zo ook, zelfs schijnbaar onveranderbare elementen in hun leven, mee vormgeven of beïnvloeden. Er wordt eerst gekeken welke de maladaptieve en protectieve factoren en dynamieken zijn om in tweede instantie na te gaan welke interventies de negatieve dynamieken kunnen ombuigen en welke de positieve dynamieken kunnen versterken. Het theoretisch kader dat wordt gehanteerd hangt af van de factoren die worden gedetecteerd in het verhaal van de cliënt. Sommige moeilijkheden zullen een meer cognitieve focus vereisen (bijvoorbeeld cognitieve herstructurering om negatieve of irrationele gedachten uit te dagen en om te zetten naar positieve en realistische gedachten) terwijl andere zaken gebaat kunnen zijn met meer psychodynamische interventies (bijvoorbeeld het identificeren en doorwerken van onbewuste en zich herhalende maladaptieve interpersoonlijke dynamieken). Men streeft ernaar om beide modellen op een gecombineerde en flexibele manier in te zetten in functie van de specifieke noden van de cliënt. Het voordeel van dit model is dat de cliënt als protagonist van het eigen verhaal wordt beschouwd, die actief de eigen leefomgeving kan beïnvloeden. Een valkuil hierbij kan zijn dat de cliënt ook schuldig wordt geacht wanneer zaken in die omgeving niet lopen zoals ze zouden moeten lopen, terwijl er contextfactoren aan het werk kunnen zijn die minder onder de controle van de cliënt staan en toch een grote invloed uitoefenen. Wat aan dit model daarom nog toegevoegd zou kunnen worden is een focus op meer contextgerichte interventies wanneer duidelijk blijkt dat bepaalde contextfactoren heel belangrijk zijn in het begrijpen van blijvende moeilijkheden (bijvoorbeeld in een onveilige thuissituatie of wanneer de omgeving onvoldoende aangepast is aan bepaalde omstandigheden).

## The Plan Formulation (Silberschatz, 2017; Seery et al., 2021)



Ook de *Plan Formulation* zet een casusgerichte aanpak op het voorplan. Er wordt gestreefd naar zo passend mogelijke interventies om de doelen van de cliënt te bereiken, los van de theoretische oriëntatie, de favoriete technieken of de specifieke stijl van het team. Het is dus niet het kader van het team dat bepaalt hoe er zal gewerkt worden, maar wel de manier waarop de moeilijkheden van de cliënt georganiseerd zijn. De planformulering kan zo gezien worden als een soort landkaart of kompas dat het team kan oriënteren om in de juiste richting te manoeuvreren.

Dit wil niet zeggen dat de diagnosticus of het team blindelings te werk moet gaan. Bij planformulering worden een aantal ankerpunten naar voren geschoven die een leidraad kunnen bieden voor het diagnostisch proces. Een casusformulering moet volgens deze benadering gericht zijn op:

- Het in kaart brengen van de betekenisverleningspatronen die relationele dynamieken en interpersoonlijke moeilijkheden sturen;
- Hoe geïnternaliseerde patronen (in termen van dysfunctionele gedachten, overtuigingen of schema's) hebben bijgedragen tot de ontwikkeling en instandhouding van de huidige klachten en moeilijkheden en ertoe leiden dat bepaalde adaptieve doelen niet nagestreefd of bereikt kunnen worden; en
- Hoe deze patronen ook een invloed kunnen hebben op de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener.

Aan de hand van deze informatie kan dan nagegaan worden welke interventies het meest geschikt zijn om de doelen van de cliënt te realiseren.

## Een hypothese binnen een dynamisch proces

Het **integratief beeld** dat tot stand komt vormt het **product** van de casusformulering waarin alle puzzelstukjes die tot dan toe verzameld werden, worden samengevoegd tot een samenhangend en verklarend geheel. Casusformulering beschouwen als **proces** impliceert dat dit integratief beeld steeds tijdelijk en veranderbaar is (e.g., DCP, 2011; Sim et al., 2005; Sturmey, 2009). Dat heeft te maken met een aantal factoren.

Eerst en vooral is het mogelijk dat **bijkomende of nieuwe informatie**, op basis van bijkomend diagnostisch onderzoek, observaties of gesprekken, vraagt om aanpassingen of herformulering. Diagnostiek en hulpverlening lopen op die manier in elkaar over. Ook tijdens de uitvoering van interventies moet aandacht geschonken worden aan nieuwe (diagnostische) informatie en inzichten in de problematiek. Het is niet uitzonderlijk dat belangrijke informatie pas aan bod komt wanneer de hulpverlening of begeleiding al geruime tijd bezig is. Dit kan te maken hebben met het feit dat bepaalde informatie in eerste instantie als irrelevant of onbelangrijk werd beschouwd, maar door de hulpverlening of begeleiding in een ander licht wordt gezien. Het kan ook zijn dat de cliënt pas bereid is om bepaalde informatie toe te vertrouwen aan de hulpverleners wanneer de hulpverleningscontext als een stabiele en veilige omgeving wordt ervaren. Dit kan soms tijd vragen. Anderzijds is het ook mogelijk dat de hulpverleners zelf stuiten op nieuwe informatie in (klinische) gesprekken of andere ontmoetingen met de cliënt of derden die leiden tot nieuwe inzichten in de problematiek. Op die manier krijgt het diagnostisch proces een dynamische invulling.

Ten tweede vertrekt een casusformulering ook vanuit een **dynamische visie** op menselijke problemen. Dit wil zeggen dat symptomen, klachten en moeilijkheden door middel van interventies of externe gebeurtenissen kunnen veranderen of verdwijnen. Casusformulering vraagt uitdrukkelijk om wijzigingen in de problematiek op te nemen en eventuele classificerende diagnoses te herzien wanneer niet langer aan de criteria wordt voldaan (e.g., Baudinet et al., 2021; Sturmey, 2009).

Ten derde is het ook mogelijk dat herformulering aangewezen is **wanneer interventies niet leiden tot de gewenste veranderingen**, wanneer er geen of weinig vooruitgang wordt geboekt of de toestand (weer) lijkt te verergeren. Bij herformulering kunnen dan andere accenten worden gelegd die leiden tot meer aangepaste adviezen om interventies vorm te geven (e.g., Bergner, 1998).

Tot slot kan een casusformulering ook wijzigen of verder vorm krijgen door nieuwe inzichten die ontstaan door de casus te bespreken op **interdisciplinair overleg, binnen intervisie of supervisie**.

Casusformulering is dus een flexibel en dynamisch proces. De formulering kan steeds wijzigen op basis van bijkomende informatie of inzichten en veranderingen in het functioneren of de context van de cliënt. In die zin kan een casusformulering best beschouwd worden als een **werkhypothese**.

# Intermezzo: documenteren van de casusformulering



# Intermezzo: documenteren van de casusformulering

---

**E**r wordt aangeraden om casusformulering op papier te zetten zodat het een tastbaar werkmiddel wordt en belangrijke informatie niet verloren gaat (e.g., Baudinet et al., 2021; Sim et al., 2005). Een schriftelijke vorm wordt verkozen omdat het helpt om alle informatie te organiseren en duidelijke focuspunten uit te lichten. Het documenteren van de casusformulering zorgt ook voor een meer reflexieve houding en bevordert de kwaliteit van het proces in termen van betrouwbaarheid en validiteit (zie ook Hoofdstuk 6, Introspectief). Een goed gedocumenteerde casusformulering kan verder de communicatie faciliteren met de cliënt of het cliëntsysteem of andere betrokken partijen binnen het kader van interdisciplinair overleg, supervisie of transmurale hulpverlening. Het vastleggen van gevoelige informatie is echter niet evident en leidt vaak tot twijfel. Verschillende vragen kunnen bij het documenteren van casusformulering oprijzen, zoals 'Welke informatie neem ik wel of niet op?', 'Op welke manier kan ik casusformulering helder vormgeven?', 'Voor wie schrijf ik dit verslag en waar en wanneer moeten aanpassingen gebeuren wanneer gegevens gedeeld worden?'.

## Verschillende vormgevingen

Er zijn geen voorgeschreven regels om een casusformulering te documenteren. De manier waarop een casusformulering vorm krijgt, kan daarom verschillen. Er zijn ruwweg twee manieren om casusformulering vast te leggen:

- Een narratief, in de vorm van een schriftelijk verslag
- Een schema, in de vorm van een visuele voorstelling (al dan niet via een computerprogramma).

Het kan aan te raden zijn om **een combinatie** van beide methodes te gebruiken. Een louter narratieve casusformulering (zie bijvoorbeeld Figuur 2) kan onoverzichtelijk zijn en in communicatie met de cliënt soms log en zwaar overkomen. Een schema of diagram kan hierbij een visueel hulpmiddel zijn. Daartegenover staat dat een

schema vaak onvoldoende alle nuances in een verhaal kan capteren, waardoor een schriftelijke aanvulling aangewezen is. Het werken met vaste sjablonen kan helpend zijn (zie bijvoorbeeld aan de hand van het model van Weerasekera, Figuur 3), maar houdt ook het risico in dat te sterk vastgehouden wordt aan de vooraf vastgelegde structuur waardoor blinde vlekken kunnen ontstaan of minder aandacht gaat naar de onderliggende samenhang.

*De hechtingsproblemen binnen de moeder-dochterrelatie zijn ingebed in een bredere context. De relatie van zowel Janet [aangemelde persoon] als Mary [de moeder] met de vader is cruciaal. Het geweld, het alcoholmisbruik en de aanhoudende huwelijksproblemen zouden in belangrijke mate kunnen bijdragen aan Mary's moeilijkheden en aan Janet's onzekerheden. Er zijn vage aanwijzingen over mogelijk misbruik van Janet. Hoewel hiermee rekening moet worden gehouden tijdens het diagnostisch proces, kan dit ook een afleidingsmanoeuvre zijn. Mary's genegenheid naar de kleinkinderen en Janet's reactie naar hen toe (mogelijk van verschuiving [i.e., copingstrategie waarbij negatieve emoties worden verschoven naar een ander doel] en jaloezie) kunnen een zeer belangrijke factor zijn die hebben bijgedragen aan de huidige verslechtering van de moeilijkheden en de aanmelding. De onveilige hechting kadert daarnaast ook in enkele sociale en culturele aspecten van de gezinssituatie (de migratieachtergrond en de moeilijke aanpassing aan deze cultuur, de sociale ontwrichting in de omgeving en de verwachte maar onzekere herhuisvesting). Mary zal zichzelf waarschijnlijk niet 'vastgehouden' hebben gevoeld in deze omstandigheden en is daardoor minder in staat dit aan haar dochter te bieden. Aan de andere kant kan de nauwe relatie van Janet met een andere volwassene (Cindy) een belangrijke beschermende factor zijn die potentieel aangewend kan worden in de begeleiding. Ondanks haar verschillende problemen functioneert en presteert Janet goed op verschillende terreinen.*

**Figuur 2.** Fragment uit narratieve casusformulering vanuit een psychodynamisch geïnspireerd model. Vertaald uit Leiper (in Johnstone & Dallos, 2014, pp. 61-62)

	Individuele factoren	Systeemfactoren
<b>Predisponerend:</b> factoren die de persoon of het systeem kwetsbaar maken voor het ervaren van moeilijkheden	Jack heeft seksueel misbruik en gezinsontwrichting meegemaakt. Hij is getuige geweest van familiaal geweld en is er mogelijk slachtoffer van geweest, zijn vader was een alcoholicus, het familiebedrijf ging failliet, hij verloor het contact met zijn vader en met de culturele basis van de familie.	Een vergelijkbaar patroon van stress en lijden lijkt ertoe te hebben geleid dat het gezin zich overweldigd, bedreigd en ontoereikend voelt. De banden met de Italiaanse gemeenschap werden verbroken.
<b>Precipiterend:</b> gebeurtenissen die dicht in de tijd liggen bij het ontstaan van het probleem	De 'paranoïde' symptomen van Jack lijken samen te vallen met de ontwikkeling van 'ernstige' gezondheidsproblemen bij zijn moeder en de financiën van het gezin die 'nog meer onder druk gezet' werden.	Familieconflicten kunnen een rol hebben gespeeld bij het triggeren van Jack's problemen.
<b>In stand houdend:</b> factoren die betrokken zijn bij het in stand houden van het probleem	Jack's problemen worden waarschijnlijk in stand gehouden door zijn gebrek aan zelfvertrouwen, negatieve overtuigingen over zichzelf, onveilige hechtingen en zijn vele angsten. De mogelijk blijvende identificatie met zijn vader leidt tot sterke gevoelens van ambivalentie. De invulling van zijn identiteit als ontoereikend, mislukt en 'ziek' wordt nu waarschijnlijk in stand gehouden door zijn positie als psychiatrische patiënt. Bovendien kan de medicatie die hij inneemt het idee verder versterken dat er iets mis is met hem.	Het gezin kan het gevoel hebben dat ze falen, gezinsleden kunnen ook angstig voor en bang zijn van Jack. Deze cyclus van afwijzing en angst kan ervoor zorgen dat Jack buiten de familie wordt gehouden. Hierdoor kan het zijn dat ze blijvend moeten vertrouwen op psychiatrische ondersteuning. Daardoor wordt Jack's 'zieke' identiteit behouden en kan een zichzelf in stand houdende afhankelijkheid ontstaan van het psychiatrische systeem.
<b>Beschermend:</b> factoren die bijdragen aan veerkracht	Jack wordt beschreven als een intelligente, sociale en creatieve jongen. Hij wordt ook omschreven als 'volgzaam', wat wellicht duidt op het potentieel om een goede therapeutische alliantie aan te gaan. Ondanks zijn moeilijkheden toont hij zorg en bezorgdheid over zijn familie, bijvoorbeeld over de veiligheid van zijn zus.	Ondanks tegenslagen lijkt het gezin verbonden te blijven en financieel te hebben overleefd. We weten niet veel over Jack's zussen, maar het is mogelijk dat zij sterke kanten en krachten hebben waarop het gezin kan bouwen.

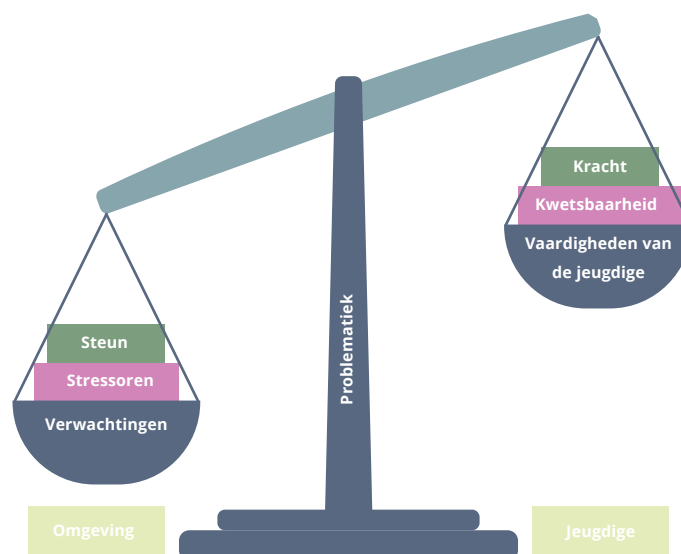
Figuur 3. Illustratie van casusformulering vanuit model van Weerasekera. Aangepast vanuit Dallos, et al., 2014 (p. 182).



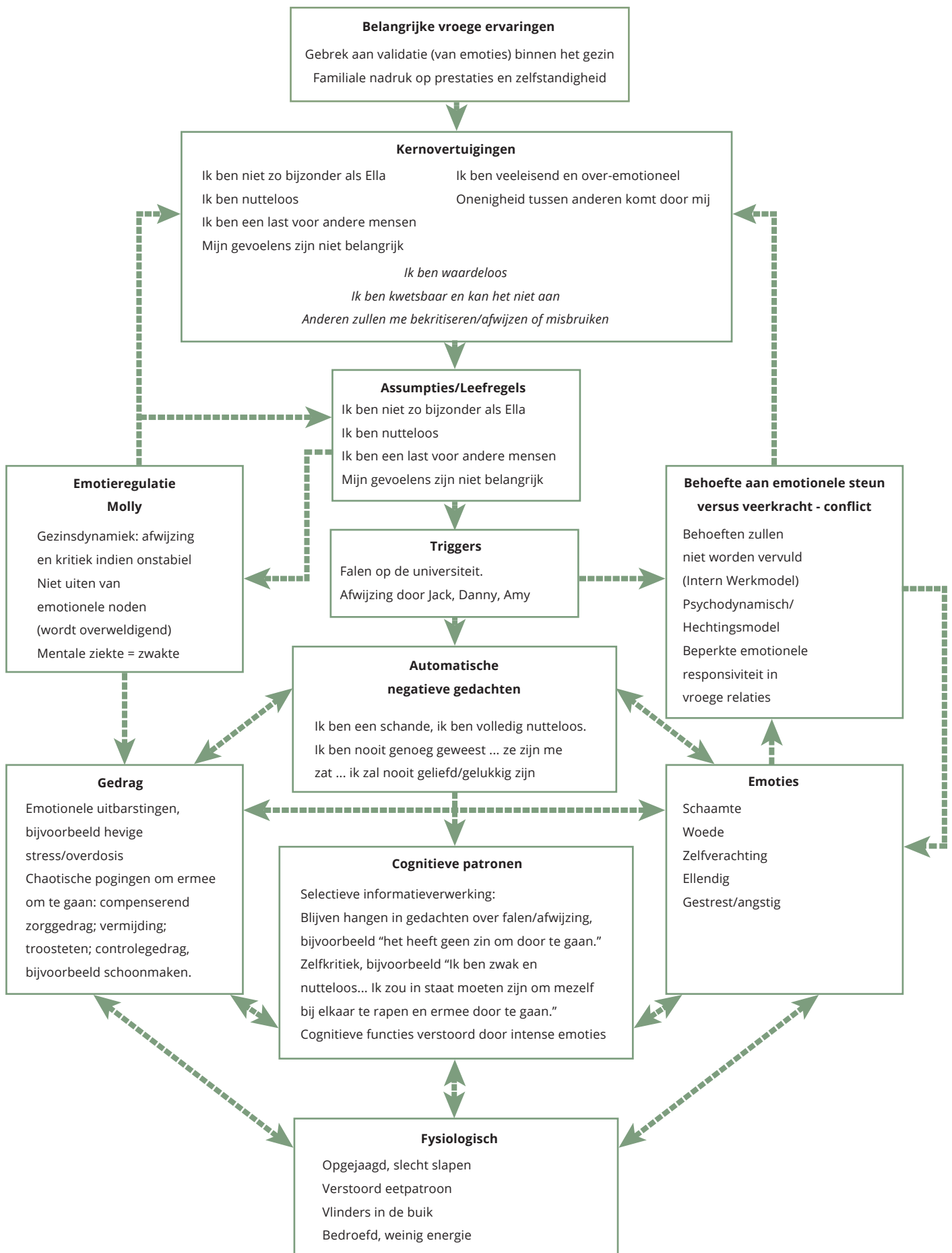
Veel modellen opteren om de verbanden of onderliggende dynamieken in een casus visueel of schematisch voor te stellen. Ook hier zijn er verschillende mogelijkheden. Een schema of diagram kan **organisch** (bottom-up) ontstaan vanuit de verzamelde gegevens of kan geënt zijn op **bestaande modellen** (top-down) die aangepast worden aan de hand van de beschikbare informatie. Afhankelijk van het model kan het schema de vorm aannemen van een cirkel om een cyclisch proces weer te geven (zie bijvoorbeeld Figuur 4), een balans of weegschaal om de wederzijdse beïnvloeding van factoren in de verf te zetten (zie bijvoorbeeld Figuur 5) of een meer complex diagram waar via pijlen onderlinge verbanden en processen worden gerepresenteerd (zie bijvoorbeeld Figuur 6). Recent worden ook computergestuurde programma's voorgesteld om casusformulering vorm te geven en gewichten toe te kennen aan bepaalde factoren. Er zijn echter nog veel vragen rond de klinische bruikbaarheid (in termen van gebruiksvriendelijkheid en toepasbaarheid) van dergelijke modellen (e.g., Haynes et al., 2021).



Figuur 4. Voorbeeld van een casusformulering met cyclisch proces. Aangepast uit Baudinet et al., 2021 (p. 5, 9).



Figuur 5. Casusformulering aan de hand van het 7-factorenmodel. Aangepast van Van Leeuwen en Geeraerts (2022, p. 101)



Figuur 6. Schematische voorstelling casusformulering vanuit een integratief model (aangepast van Braham et al., 2016, in Dawson en Moghaddam, 2016, p. 185)

## Een hulpmiddel in communicatie met de cliënt

Een casusformulering is een handig werkinstrument in communicatie met de cliënt en/of diens context. De taal en vorm die gebruikt wordt is van doorslaggevend belang om echt bruikbaar te zijn. Een aantal tips:

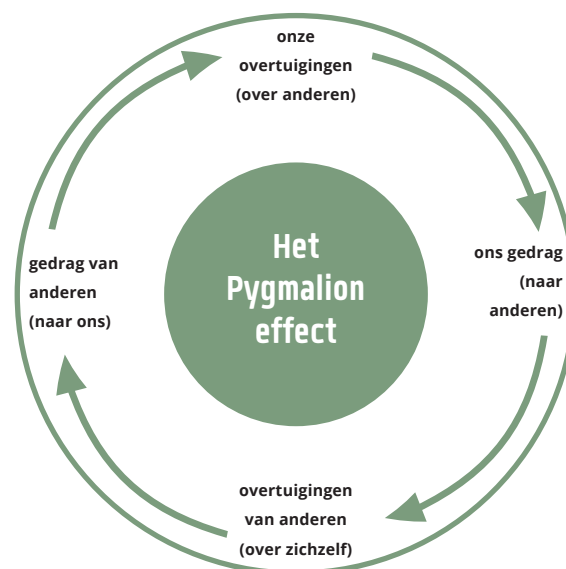
- Hou bij het opmaken van een casusformulering of verslag steeds de cliënt voor ogen.
- Bespreek communicatie en verslaggeving met de cliënt en stem af: op welke manier wil je geïnformeerd worden? Wanneer wil je geïnformeerd worden? Wat kan helpen om de zaken begrijpelijk te maken?
- Pas de vormgeving en het taalgebruik aan naargelang de cognitieve en verbale mogelijkheden van de cliënt. Maak eventueel gebruik van figuren, pictogrammen, tekeningen, of zelfs een ondersteunende geluidsopname.
- Maak gebruik van begrijpbare taal en formuleringen die dicht aansluiten bij het begrippenkader van de cliënt. Gebruik zo veel mogelijk de woorden die de cliënt zelf gebruikt.
- Vermijd het gebruik van vakjargon of containerbegrippen die weinig betekenisvol zijn en let op formuleringen die diskwalificerend, beschuldigend of stigmatiserend kunnen zijn.
- Focus voldoende op positieve factoren, sterktes en veranderbaarheid. Vermijd formuleringen die wijzen op een uitzichtloze situatie.
- Informeer de cliënt ook over welke informatie gedeeld wordt met derden (bijvoorbeeld ouders, maar ook andere organisaties of hulpverleners) en de manier waarop gegevens gedeeld worden. Vraag toestemming aan de cliënt en respecteer de vraag naar geheimhouding of vertrouwelijkheid. Leg uit en informeer waarom er eventueel tegen deze vraag ingegaan wordt (bijvoorbeeld in verontrustende situaties).

## Juridisch kader: verslaggeving en informatiedeling

Informatiedeling is cruciaal om ook de samenwerking tussen verschillende disciplines, organisaties of hulpverleners te faciliteren. Het zorgt er bijvoorbeeld voor dat dubbel werk wordt vermeden, wat belangrijke winsten boekt, zowel voor de cliënt (bijvoorbeeld niet steeds opnieuw hetzelfde verhaal moeten doen, dezelfde vragenlijsten invullen) als voor de hulpverlener (bijvoorbeeld tijd en middelen die anders kunnen worden ingezet). Door relevante gegevens te delen kan ook sneller de beste hulp aan de cliënt aangeboden worden. Het is in de praktijk echter niet evident om op een veilige en correcte manier gegevens te verwerken en te delen. Er moet rekening gehouden worden met tal van juridische kaders en bepalingen, zoals de Wet Patiëntenrechten, Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG, vroegere Privacywet), GDPR, Decreet rechtspositie van de minderjarige (DRM, jeugdhulp), enzovoort.

Het ligt buiten het bestek van deze richtlijn om alle kaders in detail uit te werken, maar hieronder enkele tips:

- Vraag je steeds af welke informatie belangrijk is om te delen. Maak een onderscheid tussen *nice to know* en *need to know*. Wat is relevante en cruciale informatie om mee te geven? Is het nodig dat ik *deze informatie* met anderen deel?
- Vraag je ook steeds af of het nodig is dat *ik* deze informatie deel. Stem af met de cliënt op welke manier de gegevensoverdracht gebeurt en wie welke gegevens met welke instanties deelt.
- Hou rekening met het recht om vergeten te worden. Naast de wettelijke verankering kan dit ook als een principe worden gehanteerd. De cliënt moet bijvoorbeeld steeds de kans krijgen om zijn verhaal opnieuw te vertellen, ondanks dat misschien veel informatie reeds beschikbaar is.
- Hou steeds in het achterhoofd dat een dossier niet zomaar een verzameling papieren is, maar steeds gevoelige informatie en materiaal bevat. Omdat er verschillende risico's en negatieve consequenties gekoppeld zijn aan het 'uitlekken' van deze gegevens (zie bijvoorbeeld het Pygmalion effect, Figuur 7), heeft het hebben van een dossier vaak een negatieve bijklank. Toch kan het soms ook als een belangrijk naslagwerk worden ervaren door de cliënt (bijvoorbeeld voor kinderen die een traject lopen in de jeugdhulp, kan het op oudere leeftijd waardevol zijn om (aan)tekeningen over deze periode te hebben).
- Zorg voor een beveiligd platform om persoonlijke informatie en gegevens te delen. Verstuur bijvoorbeeld geen persoonsgegevens en gedetailleerde situatieschetsen via onversleutelde e-mailservers, cloudopslagdiensten of andere onbeveiligde kanalen.
- Ben je niet zeker? Zoek informatie op of raadpleeg een deskundige. Er zijn verschillende informatiebronnen en kanalen die je op weg kunnen helpen: 't Zitemzo vzw ([www.tzitemzo.be](http://www.tzitemzo.be)), Steunpunt mens en samenleving (SAM vzw, <https://www.samvzw.be/>) [www.jeugdrecht.be](http://www.jeugdrecht.be), [www.jeugdhulp.be](http://www.jeugdhulp.be), [www.rechtspositie.be](http://www.rechtspositie.be).



Figuur 7. Het Pygmalion effect (Rosenthal & Jacobsen, 1968). Informatie uit een dossier (bijvoorbeeld IQ-scores) kunnen bepaalde verwachtingen creëren. Deze verwachtingen kunnen als een self-fulfilling prophecy waargemaakt worden doordat de begeleiding wordt opgezet op basis van deze verwachtingen en leidt tot gedrag dat deze verwachtingen bevestigt.

**Illustratie 'afwezige ouder'.** Uit een rondvraag bij professionals uit verschillende diagnostische organisaties in de jeugdhulp blijkt dat er veel vragen zijn rond toestemming en het betrekken van beide ouders in situaties waarin onduidelijk is of onzeker is dat beide ouders aan hetzelfde zeel trekken of bij niet-klassiek samengestelde gezinnen (KCD, 2023). Nele Desmet (2020) biedt antwoorden op veel gestelde vragen in haar artikel "[Instemming met de jeugdhulp door wettelijke vertegenwoordigers](#)".

# Interventie- gericht



# Interventie-gericht

---

**D**iagnostiek en hulpverlening worden vaak gezien als twee strikt onderscheiden processen, maar dat klopt niet helemaal. Diagnostiek vormt vaak de eerste stap in een begeleidingstraject, maar kan ook binnen een lopend traject ingezet worden om de begeleiding waar nodig bij te sturen. De toenemende tendens tot specialisatie zorgt ervoor dat hulpverleners die instaan voor het diagnostisch proces niet altijd dezelfde hulpverleners zijn als degene die de begeleiding op zich nemen. Het uit elkaar halen van diagnostiek en hulpverlening vergroot het risico dat de adviezen die volgen uit een casusformulering niet worden geïmplementeerd. Uitwisseling tussen hulpverleners is in dat geval cruciaal.

Daarnaast bestaat ook de kans dat de casusformulering een geïsoleerd gebeuren wordt (i.e., casusformulering als een product), terwijl het belangrijk is om casusformulering vooral te beschouwen als een proces. Een casusformulering is een werkhypothese, een diagnostisch instrument om uiteindelijk het begeleidingsplan vorm te geven of aan te passen. Met andere woorden, het construeren van een casusformulering is niet een doel op zichzelf. Het is enkel zinvol wanneer het gekoppeld wordt aan de hulpverlening, begeleiding of de adviezen die eruit voortvloeien (e.g., Bergner, 1998; Baudinet et al., 2021; Sim et al., 2005). Het doel van een casusformulering is dus om interventies af te stemmen op de specifieke noden van de individuele cliënt en/of diens context via inzichten in de problematiek van de cliënt (e.g., DCP, 2011). Er wordt hierbij vaak gezocht naar de minst ingrijpende zorg die nodig is om de hulpvraag aan te pakken en de cliënt te versterken om zelf aan de slag te gaan met toekomstige problemen. Met andere woorden “is het de bedoeling dat onze bemoeienis van tijdelijke aard is en niet langer, intensiever of indringender dan nodig.” (Van Leeuwen & Geeraerts, 2022, p. 191). Op basis van een casusformulering is het mogelijk om de belangrijkste moeilijkheden te identificeren en op basis daarvan te bepalen welke interventies aangewezen zijn en in welke volgorde (e.g., Bergner, 1998). Daartegenover is het ook mogelijk dat vanuit het proces van casusformulering wordt besloten dat geen bijkomende begeleiding of specifieke interventies nodig zijn (Johnstone & Dallos, 2014). Dit kan het geval zijn wanneer de oorzaak van de gemelde problemen eerder extern is, in plaats van te situeren binnen de cliënt. Het kan ook zo zijn dat het co-construeren van een casusformulering op zichzelf voldoende handvaten biedt aan de cliënt of het cliëntsysteem om zelf verder aan de slag te gaan. Het vormen van een casusformulering kan dan ook gezien worden als een krachtige en belangrijke eerste stap in het begeleidingsproces.

## Gunstige effecten van casusformulering

Het proces van casusformulering heeft zelf ook een aantal gunstige effecten. Ten eerste ontstaan door het samen ontwikkelen van een casusformulering de eerste fundamenten van een sterke **therapeutische relatie** (e.g., Baudinet et al., 2021; Johnstone & Dallos, 2014; Rainforth & Laurensen, 2014). De eerste contacten tussen hulpverlener en cliënt zijn zeer belangrijk voor het verloop en de uitkomst van het hulpverlenerstraject. Uit onderzoek blijkt immers dat de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt een doorslaggevende factor is in de werkzaamheid van interventies (Krause & Behn, 2022; Wampold, 2015). Casusformulering kan ervoor zorgen dat de cliënt zich begrepen en geborgen voelt en sterkt het vertrouwen in de hulpverlener. Langs de andere kant, zorgt casusformulering ook bij de hulpverlener of het team voor een beter begrip van de moeilijkheden, waardoor tegenoverdrachtsreacties (i.e., gevoelens die de cliënt (vaak onbewust) oproept bij de hulpverlener(s) en de gedragsdynamieken die daaruit voortvloeien) makkelijker herkend, begrepen en tegengegaan kunnen worden.

Ten tweede kan een casusformulering ook een **correctieve ervaring** betekenen voor de cliënt. Het inzicht krijgen in de omstandigheden waarin de moeilijkheden zijn ontstaan of in stand gehouden worden kan erg verhelderend werken. Dit kan ervoor zorgen dat men zich minder vreemd of abnormaal voelt en kan ook mogelijke schuldgevoelens verminderen, alsook stigma en gevoelens van waardeloosheid, moedeloosheid en machteloosheid (Bergner, 1998; Seery et al., 2021). Casusformulering creëert een meer gebalanceerd en genuanceerd beeld van de huidige situatie die voorheen misschien uitzichtloos leek (e.g., Magalhães et al., 2022).

Ten derde kan ook een gevoel van **agency en hoop** ontstaan; niet alleen bij de cliënt, maar ook bij het team (e.g., Dudley et al., 2010; HGR, 2019). Door ook stil te staan bij de sterktes en positieve factoren in het proces van casusformulering, kan iemand zich gesterkt en in staat voelen om die krachten aan te wenden. De cliënt wordt niet gepathologiseerd ('in de cliënt zit het probleem'), maar de moeilijkheden van de cliënt worden begrepen binnen de ruimere context. Dit creëert ruimte om veranderingsmogelijkheden te zien en er ontstaat hoop op een uitweg.

Tot slot versterkt het proces van casusformulering de **betrokkenheid en motivatie** van de cliënt (e.g., Magalhães et al., 2022). Door te streven naar het samen werken aan een gedeeld begrip van de huidige situatie, is de cliënt van bij aanvang actief betrokken in het proces. Er ontstaat een meer evenwichtige dynamiek omdat de cliënt in een actieve positie wordt geplaatst en uitgenodigd wordt om de regie te nemen over beslissingen die per slot van rekening een belangrijke impact kunnen hebben op het leven van de cliënt. Een casusformulering die aansluit bij de ervaringswereld, de doelen en verwachtingen van de cliënt biedt validering en stimuleert het idee dat interventies die uit het proces van casusformulering voortvloeien heilzaam kunnen zijn. Dit bevordert de motivatie van de cliënt en verhoogt de kans op gunstige uitkomsten (e.g., Johnstone & Dallos, 2014; Silberschatz, 2017).



## Flexibiliteit binnen het begeleidingstraject

Een ander voordeel van casusformulering is dat het proces toelaat om de begeleiding **flexibel** aan te passen. Op basis van een casusformulering kan, samen met de cliënt, gekozen worden voor een specifieke aanpak, aangepast aan de noden en voorkeuren van de cliënt en rekening houdend met belangrijke contextfactoren (culturele factoren, belemmerende en beschermende factoren, enzovoort). Er kunnen doelen vooropgesteld worden en bepaalde criteria naar voren geschoven worden die bepalen wat een gunstige uitkomst voor de cliënt zou zijn. Daarnaast kan ook geanticipeerd worden op hindernissen of factoren die het hulpverleningstraject mogelijk kunnen bemoeilijken. Een casusformulering kan op die manier een duidelijke rationale bieden voor de gekozen weg, wat opnieuw een belangrijke algemene factor is die de uitkomst gunstig kan beïnvloeden (Dudley et al., 2010; Norcross, 2002).

Door regelmatig terug te grijpen naar de casusformulering kan het verloop van de begeleiding geëvalueerd worden (Butler, 1998; Sim et al., 2005; Krause & Behn, 2022). Bij nieuwe ontwikkelingen of wanneer blijkt dat de gekozen aanpak toch niet de gewenste effecten oplevert, kan de begeleiding flexibel worden aangepast. In de praktijk, echter, zien we dat er weinig actief teruggegrepen wordt naar de casusformulering eens de effectieve begeleiding start. Dit kan te maken hebben met verschillende factoren, zoals een gebrek aan vertrouwen in het gebruik van casusformulering, een gebrek aan tijd en ruimte om te reflecteren over eventuele herformuleringen, of het idee dat een herevaluatie onnodig of niet zinvol is binnen de structuur van de eigen werkcontext (Baudinet et al., 2021). Casusformulering kan echter ook in deze omstandigheden een belangrijk hulpmiddel zijn. Door op regelmatige basis de casusformulering te evalueren en reviseren, kan het hulpverleningstraject tijdig herzien worden als dat nodig blijkt, maar kan ook vertrouwen gepuurd worden wanneer duidelijk blijkt dat de uitgevoerde interventies de gewenste effecten opleveren.

**Het construeren van een casusformulering  
is niet een doel op zichzelf.**

**Interactief**



# Interactief

---

**E**en casusformulering komt tot stand door beschrijvende informatie en gegevens van de cliënt te combineren met theoretische kennis om zo tot een integratief beeld te komen. De waarde van een casusformulering hangt mee af van de mate waarin en manier waarop ze gedragen en geaccepteerd wordt door enerzijds het diagnostisch team en anderzijds de cliënt (en waar aangewezen diens context). Daarom is het cruciaal om bij het formuleren van een casus ook in dialoog te treden met het interdisciplinair team (interdisciplinaire teamformulering) en met het cliëntsysteem (participatie).

## Interdisciplinaire teamformulering

**Teamformulering** kan gedefinieerd worden als het proces waarin een groep of een team van professionals een gedeeld begrip ontwikkelen over de moeilijkheden van de cliënt aan de hand van een casusformulering (Johnstone & Dallos, 2014). Dit team kan bestaan uit professionals vanuit diverse disciplines binnen dezelfde organisatie, maar kan ook ontwikkeld worden binnen een netwerk met andere diensten. Interdisciplinaire teamformulering gaat verder dan het louter bijeenbrengen van informatie en diagnostische gegevens uit verschillende disciplines (i.e., multidisciplinair werken). Zoals in Hoofdstuk 3 (Integratief) is uitgewerkt, heeft een casusformulering tot doel verklarende hypothesen naar voren te schuiven waarop hulpverleningsinterventies kunnen geënt worden. Ook bij een teamformulering kunnen deze hypothesen zowel gebaseerd zijn op specifieke therapeutische modellen, maar ook voortvloeien uit een integratief of transtheoretisch model. Er kan een spanningsveld ontstaan wanneer teamleden puur uit verschillende theoretische modellen, afhankelijk van de mate waarin de gehanteerde modellen al of niet gegrond zijn in tegenstrijdige epistemologische kaders (Dinh et al., 2012). Maar evengoed kunnen uiteenlopende visies leiden tot reflexiviteit (i.e., het actief in vraag stellen van de eigen aannames en die van anderen) en een creatieve uitwisseling over een casus, waardoor alternatieve perspectieven kunnen ontstaan en nieuwe pistes voor de begeleiding (Baudinet et al., 2021).

Een teamformulering biedt daarnaast tal van andere **voordelen**, bovenop de algemene meerwaarde van casusformulering. Deze voordelen uit zich niet alleen in het werken met cliënten, maar ook in het werken in een team (DCP, 2011; Johnstone & Dallos, 2014):

- Teamformulering stimuleert samenwerking tussen verschillende disciplines binnen en tussen organisaties.
- Informatie wordt verzameld op één plaats; hierbij wordt rekening gehouden met en waarde gehecht aan de bijdrage en expertise van elk teamlid.
- Teamformulering kan ervoor zorgen dat de cliënt diens verhaal niet moet herhalen bij verschillende instanties/disciplines en kan dubbel werk vermijden.
- Teamformulering helpt om bij complexe of meervoudige problematiek tot een gedeeld begrip te komen over complexe interacties tussen verschillende bevorderende en belemmerende factoren.
- Teamformulering vergemakkelijkt de onderlinge communicatie en kan leiden tot een gedeelde, onderbouwde en consistente aanpak.
- Teamformulering stimuleert diepgaand inzicht in een casus waardoor ook crisissen en weerstand op een andere manier kunnen worden begrepen en aangepakt.
- Door te putten uit de kennis en vaardigheden vanuit verschillende disciplines draagt het proces van teamformulering bij tot reflexiviteit; het daagt uit om moeilijkheden vanuit een ander perspectief te bekijken en begrijpen, daagt vooroordelen uit en kan leiden tot minder bias en vermindert negatieve percepties en bejegening/tegenoverdrachtsreacties.
- Het bereiken van een consistente teambenadering door het creëren van een gemeenschappelijke taal kan negatieve dynamieken in teams (bijvoorbeeld onenigheid, schuldinductie) tegengaan, creëert hoop en kan de moraal binnen het team versterken.

Er bestaat geen handleiding om aan teamformulering te doen (Johnstone & Dallos, 2014). Het kan een uitdaging zijn om de visies en perspectieven van verschillende teamleden bijeen te brengen en te komen tot een betekenisvolle en bruikbare synthese (Baudinet et al., 2021). BOX 5 biedt een aantal handvaten om teamformulering in goede banen te leiden.

## BOX 5. Teamformulering: hoe doe je dat?

### Samenstelling van het team

Een eerste belangrijke stap is om te bepalen wie deel uitmaakt van het team. De teamsamenstelling kan op voorhand vastliggen op basis van de structuur van de organisatie, maar kan ook organisch ontstaan of groeien op basis van de hulpvraag, de hulpverlenersgeschiedenis, context en specifieke noden van de cliënt. Het is goed om steeds de vraag te stellen wie deel uitmaakt van het (professioneel) netwerk en wie een nuttig perspectief kan binnenbrengen in de teamformulering. Tijdens het proces van teamformulering is het ook steeds zinvol om te bekijken of er bijgeschakeld moet worden (bijvoorbeeld op basis van nieuwe informatie) of een (externe) supervisor heilzaam kan zijn (bijvoorbeeld om een ander perspectief in te brengen bij een impasse). Johnstone en Dallos (2014) raden verder aan om een facilitator aan te stellen. Zoals de term impliceert, is de rol van de facilitator om de teambespreking te faciliteren. Dit kan door verschillende taken op te nemen die zowel praktisch (bijvoorbeeld zorgen dat het team bijeenkomt op gepaste tijden, de agenda bewaken, notities bijhouden, enzovoort) als procesgericht (bijvoorbeeld zorgen dat iedereen het woord kan nemen en alle perspectieven gehoord worden, het team dragen door aandacht te hebben voor groepsprocessen en -dynamieken en in te grijpen wanneer het overleg dreigt te ontsporen, enzovoort).

### Neem tijd om aan teamformulering te doen

Vaak wordt slechts een beperkte tijdspanne voorzien om casussen in teamverband te bespreken. Toch is het aan te raden om voldoende tijd te reserveren voor alle componenten van teamformulering (van het samenbrengen van informatie tot het formuleren van interventiegerichte adviezen; Dihn et al., 2014; Johnstone & Dallos, 2014). Ook al lijkt het proces soms omslachtig en tijdrovend, toch leidt teamformulering vaak tot efficiëntere en doeltreffendere interventies, waardoor op langere termijn kortere trajecten ontstaan (Sim et al., 2005). Er zijn geen voorgeschreven regels om een teambespreking te organiseren. Veel zal immers ook afhangen van de complexiteit van de casus en de mate waarin het integratief beeld nog samen moet gesteld worden. Wat wel belangrijk is, is om te bewaken dat niet alle tijd gaat naar het bijeenbrengen van informatie (i.e., de beschrijvende component), waardoor er geen of onvoldoende tijd overblijft om na te denken over de samenhang (i.e., de verklarende component) en mogelijke interventies die daaruit voortvloeien (i.e., de voorschrijvende component). De facilitator kan dit proces mee helpen bewaken. Het kan helpen om het volgende format in het achterhoofd te houden:

- **Beschrijven:** presentatie en overlopen van aanmelding, hulpvraag, hulpverlenersgeschiedenis, informatie afkomstig vanuit de expertise uit de verschillende disciplines (bijvoorbeeld aan de hand van het ICF-model of de 7 P's) met bijzondere aandacht voor het betekenisverleningskader van de cliënt, diversiteits sensitiviteit en context.
- **Verklaren:** ontwikkeling van een integratief beeld via interdisciplinair overleg en discussie. Beschrijven gebeurt gemakshalve vaak op een sequentiële ('ieder om de beurt') manier, waardoor we in die gevallen eerder kunnen spreken van een multidisciplinaire structuur. Interdisciplinariteit wordt bereikt wanneer verschillende (theoretische) perspectieven met elkaar in dialoog gebracht worden en leiden tot een geïntegreerde synthese (Dihn et al., 2014). Dit vereist een evenwichtsoefening. Door te veel uiteenlopende perspectieven in te brengen kan een teamformulering overmatig gecompliceerd worden waardoor het weinig betekenisvol is. Daartegenover mag de teamformulering ook niet een kunstmatig afgietsel worden van het dominant

werkingsmodel en moet opgelet worden dat bruikbare alternatieve visies aan bod komen (Baudinet et al., 2021). Het doel dat steeds voor ogen moet gehouden worden is om tot een betekenisvol verklaringsmodel te komen dat handvaten biedt voor mogelijke interventies.

- **Voorschrijven:** nadenken over implicaties voor het hulpverleningstraject, gepaste handelwijze en interventies. Een aantal bijkomende aandachtspunten:
  - De verschillende componenten komen in een overleg vaak iteratief aan bod. Het is niet noodzakelijk (en vaak ook niet wenselijk) om rigide grenzen af te bakenen, maar vooral belangrijk om te bewaken dat alle componenten voldoende aan bod komen doorheen het overleg.
  - Voorzie ook tijd om groepsdynamieken en -processen bespreekbaar te maken en om praktische afspraken te maken (bijvoorbeeld terugkoppeling naar cliënt, evaluatiemoment bepalen, administratieve taken).
  - Niet elke casusbespreking zal een even intensieve tijdsinvestering vragen. De duur voor elke component dient flexibel aangepast te worden aan de noden die de specifieke casusbespreking stelt en aan de fase in het hulpverleningstraject (bijvoorbeeld bij (her)evaluatie en herformulering zal mogelijk minder aandacht gaan naar de beschrijvende component).
  - Verlies de cliënt niet uit het oog! Het kan soms zinvol zijn dat de cliënt mee rond de tafel zit en mee vormgeeft aan de teamformulering. In sommige omstandigheden is dit echter niet mogelijk of soms zelfs contraproductief. Plaats de cliënt in alle omstandigheden centraal en houd steeds rekening met hun perspectief, verwachtingen en doelen. Om blijvend bewust te zijn van het perspectief van de cliënt kan het helpend zijn om een lege stoel mee aan de tafel te zetten die de cliënt of het cliëntsysteem representeert.

## Aandacht voor het proces van het team

Teambesprekingen kunnen soms inefficiënt verlopen omdat te veel tijd en aandacht gaat naar irrelevante details of triviale anekdotes, vaak gevoed door disfunctionele groepsdynamieken, zoals groepsdenken of consensusdenken en het vrienden-effect (e.g., Meehl, 1973). Een reflexieve houding ten aanzien van de aanwezige teamdynamieken is daarom belangrijk. Daarnaast is het wenselijk om tijdens een casusbespreking ook aan teambespreking te doen en hier voldoende tijd voor vrij te maken. Teamleden dragen immers niet alleen 'objectieve' informatie aan. Hun perspectief en ideeën worden ook gevoed en gekleurd door gevoelens en gedachten die werden opgeroepen in het werken met de cliënt. Er moet voldoende veiligheid zijn om ook deze gedachten en gevoelens bespreekbaar te maken, omdat ze vaak ook waardevolle input kunnen zijn om verder na te denken over onderliggende mechanismen en dynamieken. Het gaat dus niet louter over ventileren of uitageren, maar ook en vooral over reflecteren wat het werken met de cliënt bij teamleden oproept en dit beschouwen als een bron van informatie ('Wat leert ons dit over de cliënt?', Johnstone & Dallos, 2014).

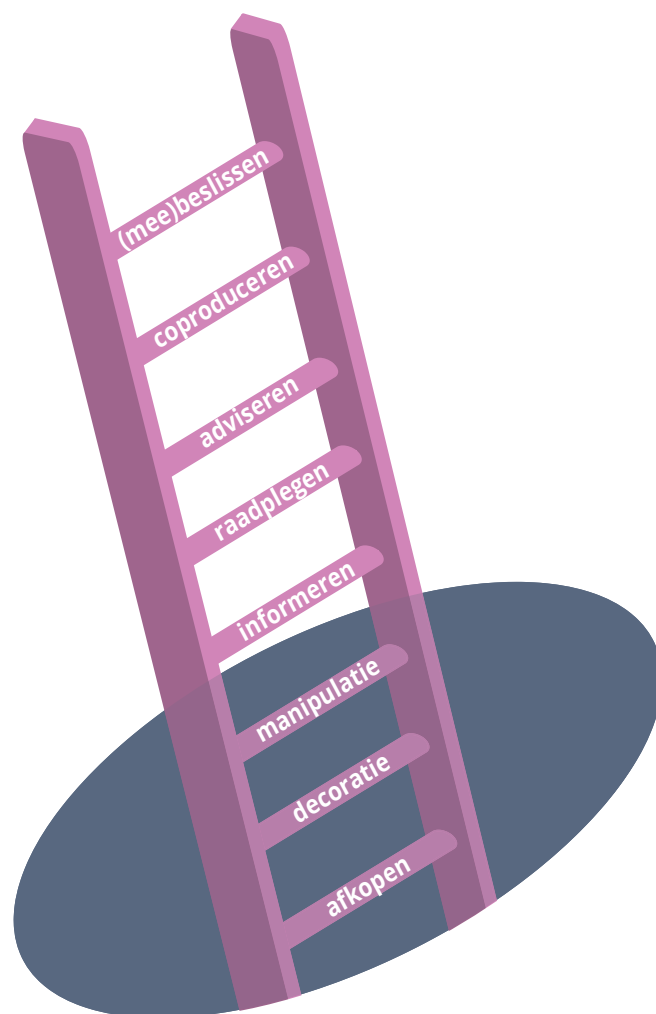
## Tips & Tricks

- Vertrek vanuit een open en horizontale dialoog. Presenteer jouw zienswijze en ideeën, maar leg ze niet op en nodig teamleden uit om hetzelfde te doen. Verdraag het wanneer teamleden ingaan tegen een bepaalde visie, luister actief naar alternatieve argumenten en bouw daarop voort.
- Stimuleer elk teamlid om actief deel te nemen aan de dialoog; heb oog voor teamleden die zich meer op de achtergrond houden en betrek hen in het overleg.
- Moedig creativiteit en vrij spreken aan door uit te gaan van het idee dat er geen foute hypotheses bestaan; toon waardering voor elke bijdrage.
- Merk op wat niet besproken wordt. Het vermijden van bepaalde thema's kan op zich informatief zijn, kan wijzen op een terugkerend patroon en ons iets leren over de inbedding van de problematiek.
- Maak impliciete boodschappen expliciet en bouw er een dialoog rond. Wanneer er bijvoorbeeld een gespannen of gelaten sfeer hangt, kan het zinvol zijn om dit te erkennen en als aanknopingspunt te gebruiken om bepaalde gevoelens (bijvoorbeeld frustratie, wanhoop) naar de voorgrond te brengen, te bespreken en te begrijpen.
- Vertaal vage of algemene opmerkingen en ideeën naar bruikbare en concrete punten en vraag door (bijvoorbeeld: "Hoe kunnen we dit begrijpen in het specifieke geval van de cliënt?", "Zijn er andere manieren om dit te kaderen?").
- Tip: er bestaan verschillende formules om een teamoverleg te stimuleren, zoals OASE, Deep Democracy, PSPT, rollenspel, visualisatietechnieken (bijvoorbeeld Mentimeter), enzovoort.



## Participatie en co-constructie

Afhankelijk van het (theoretisch) model dat wordt gehanteerd, kan de mate van betrokkenheid van de cliënt in het construeren van de casusformulering variëren (Johnstone & Dallos, 2014). Haynes et al. (2021, p. 452) beschrijven een casusformulering bijvoorbeeld als “een hulpmiddel voor hulpverleners om hun oordelen omtrent de gedragsproblemen, de ernst, en de factoren die aan de basis liggen of ze in stand houden te integreren en communiceren.” In dit geval stelt de hulpverlener/expert de casusformulering op en wordt het gezien als een hulpmiddel om de cliënt te informeren over diens problematiek. Uiteraard is het belangrijk om **transparant te communiceren** over het diagnostisch traject en de bevindingen die daaruit voortvloeien. Participatie van de cliënt houdt echter meer in dan het louter **informeren** van de cliënt (zie Figuur 8).



*Figuur 8. De Participatieladder van Hart. Het juist en transparant 'informeren' vormt de onderste trede van de participatieladder. Het is de grondvoorwaarde om hoger te kunnen klimmen. Hoe hoger je klimt, hoe hoger de mate van participatie: van mee weten (informeren), mee praten, denken en uitvoeren (raadplegen, adviseren, coproduceren) tot mee beslissen en evalueren. De participatieladder waarschuwt ook voor schijnparticipatie. Er is bijvoorbeeld geen sprake van participatie wanneer de cliënt de gevolgen van bepaalde beslissingen of de gegeven uitleg niet begrijpt (manipulatie), over het hoofd van de cliënt gepraat wordt ondanks diens aanwezigheid (decoratie) of wanneer de inbreng van de cliënt helemaal geen invloed heeft op het diagnostisch proces of de beslissingen die worden genomen (afkopen).*



Casusformulering wordt gezien als een **co-constructief proces** waarbij een team samen met de cliënt tot een gedeeld begrip komt van de klachten (DCP, 2011; HGR, 2019). De cliënt moet dus **actief betrokken** worden in het proces van casusformulering. Actieve betrokkenheid betekent niet dat alle verantwoordelijkheid bij de cliënt komt te liggen of dat het diagnostisch team geen zeggenschap zou hebben. Een co-constructief proces houdt wel in dat zowel de cliënt als het diagnostisch team hun kennis en expertise aanbrenge om gezamenlijk de gerapporteerde moeilijkheden te beschrijven, verklaren en te komen tot mogelijke pistes om de moeilijkheden te verhelpen of te verzachten (Dudley et al., 2010). De cliënt heeft het meeste zicht op de presentatieklachten en relevante context- en achtergrondfactoren en kan hierover doorgaans uitgebreid rapporteren (i.e., de cliënt is expert van de eigen ervaringen). Daarnaast is het belangrijk om na te gaan hoe de cliënt de ervaren moeilijkheden begrijpt en welke belangrijke factoren naar voren geschoven worden als verklaring voor de moeilijkheden. Het perspectief van het diagnostisch team kan dan weer zorgen voor een vernieuwd inzicht vanuit hun theoretische expertise, kennis van onderzoek en praktijkervaring (Baudinet et al., 2021). Wanneer de perspectieven van cliënt en diagnostisch team niet overeenkomen, kan het een uitdaging zijn om te komen tot een gedeelde en gedragen casusformulering. Het is cruciaal dat het opgebouwde narratief betekenisvol en acceptabel is voor de cliënt. Alleen zo kan een casusformulering een zinvol instrument zijn binnen een hulpverleningstraject.

Het actief betrekken van de cliënt (en waar gepast, diens context) kan door verschillende omstandigheden minder evident zijn. Participatie kan ervaren worden als een moeilijkheid a) bij kwetsbare en minder mondige doelgroepen, zoals jonge kinderen en cliënten met een verstandelijke beperking; b) bij taal- of cultuurbarrières; c) bij niet-klassieke gezinssamenstellingen; of d) wanneer hulpverlening opgestart wordt binnen een gedwongen kader. Om participatief te handelen is het echter cruciaal om ook onder deze omstandigheden cliënten te benaderen als actieve informanten (HGR, 2019) en ingangspoorten te zoeken om in dialoog te treden met de belevingswereld van cliënten (zie BOX 6 en 7).

## “Interactief werken vertrekt vanuit een participatieve basishouding en een diversiteitssensitieve attitude.”

Een **participatieve basishouding** bestaat uit negen ingrediënten: echtheid of authenticiteit, betrokkenheid of empathie, gelijkwaardigheid, openheid, onvoorwaardelijkheid, positieve attitude, professionele nabijheid, betrouwbaarheid en respect (SAM, 2019).

Een **diversiteitssensitieve attitude** is “een open, nieuwsgierige houding naar eigen normen en waarden en die van de ander. Het is een bereidheid om je eigen achtergrond en die van de ander te leren kennen om de betekenis van gedragingen te achterhalen. De attitude erkent dat er verschillende denkkaders bestaan over eenzelfde thema en impliceert een bereidheid tot open communicatie daarover.” (Kenniscentrum WWZ, 2022, p. 6).

## BOX 6. Participatie bij minder mondige doelgroepen

Vaak wordt ervan uitgegaan dat minder mondige doelgroepen ook letterlijk minder te zeggen hebben en dat participatie in deze gevallen enkel mogelijk is door belangrijke contextfiguren te betrekken. Er zijn echter verschillende manieren om in interactie te treden met een cliënt die minder mondig is. Individuen die zich (nog) niet of moeilijk verbaal kunnen uitdrukken, zoals erg jonge kinderen, individuen met een verstandelijke beperking, ouderen met een dementieproblematiek of in situaties waarin een taalbarrière de communicatie bemoeilijkt, kunnen cliënten zich bijvoorbeeld ook uitdrukken aan de hand van non-verbale signalen en gedrag of aan de hand van pictogrammen, symbolen en andere hulpmiddelen. We formuleren een aantal belangrijke aandachtspunten:

- Wanneer een cliënt wordt aangemeld die zich verbaal (nog) niet kan uitdrukken, gebeurt dit dikwijls vanuit bezorgdheden vanuit de omgeving. Het verhelderen van de hulpvraag en het bepalen wie de centrale cliënt vormt, zijn hier cruciale stappen die eigenlijk nooit overgeslagen mogen worden.
- Handel steeds in het belang van en met respect voor de rechten van de cliënt. Kenniscentrum Kinderrechten vzw (KeKi, 2021) ontwikkelde een **stappenplan** om het belang van het kind bij elke beslissing centraal te stellen. Bij uitbreiding kunnen deze stappen ook toegepast worden bij andere cliënten die minder mondig zijn omwille van leeftijd, cognitieve beperkingen of andere communicatieve barrières.
- Het kan helpen om een **communicatieplan** op te maken waarin bijgehouden wordt op welke manier gecommuniceerd kan worden met de cliënt en hoe de cliënt wenst of kan geïnformeerd worden.
- Het installeren van vertrouwen en een vertrouwde omgeving is ontzettend belangrijk. Neem tijd om elkaar te leren kennen, door samen te tekenen, te spelen of andere activiteiten te ondernemen waar de cliënt zich goed en op zijn gemak bij voelt. Zorg voor stabiliteit en voorspelbaarheid en creëer een aangename en veilige omgeving.
- Behandel de cliënt steeds met respect. Respecteer bijvoorbeeld ook wanneer de cliënt geen zin heeft om te communiceren en tracht dit te begrijpen vanuit de belevingswereld van de cliënt (bijvoorbeeld liever willen rusten of spelen in plaats van te spreken met een wildvreemde hulpverlener). Blijf proberen om ingangspoorten te vinden om toegang te krijgen tot de leefwereld van de cliënt, ook wanneer het contact stroef of moeilijk verloopt.
- Wees aandachtig voor en voorzichtig met eigen invullingen en interpretaties.
- Wees steeds eerlijk en transparant. Benoem wat je ziet en leg uit wat je doet. Leg bijvoorbeeld zelf goed uit (eventueel aan de hand van hulpmiddelen, zoals tekeningen, Duplo) wie je bent, wat jouw organisatie doet en hoe met vertrouwelijke informatie wordt omgegaan. Probeer daarbij zeker duidelijk te maken dat je niet kan beloven dat er niets gaat gebeuren met bepaalde belangrijke informatie (bijvoorbeeld in verontrustende situaties). Leg ook uit of maak samen afspraken over hoe informatie gedeeld kan worden met derden, bijvoorbeeld de ouders (Wil de cliënt erbij zijn? Wil de cliënt zelf vertellen? Op welke manier kan je als hulpverlener ondersteunen?).
- Een belangrijke vuistregel is dat wanneer cliënten bij een gesprek aanwezig zijn (bijvoorbeeld met de ouders, of tijdens team- of netwerkoverleg) er steeds wordt gesproken met de cliënt en niet over de cliënt.
- Luister steeds actief naar de cliënt; probeer notities achterwege te laten tijdens de consultatie of sessie om optimaal aanwezig en beschikbaar te zijn. Bied (non-verbale) ondersteuning.
- Het is onvoldoende om enkel via (primaire) zorgfiguren verhaal te krijgen over de ervaringen van de cliënt. Het gebeurt niet zelden dat zorgfiguren een ander perspectief

hebben op de beleving van de cliënt. Beide perspectieven zijn waardevol, maar het is dus cruciaal om ook de cliënt als actieve informant te betrekken om zicht te krijgen op diens ervaringen, gevoelens, moeilijkheden, wensen, oplossingen, enzovoort.

- Ook al zijn sommige cliënten verbaal (nog) niet erg sterk, toch kunnen ze al veel communiceren met de weinige woorden die ze hebben. Ze kunnen ook veel op een non-verbale manier communiceren. Daarom is het belangrijk om goed te observeren. Het kan ook relevant zijn om de cliënt in interactie met belangrijke anderen (ouders, peers) te observeren. Observatie is belangrijk, maar onvoldoende om te spreken over actieve betrokkenheid of participatie. Zelfs bij weinig verbale cliënten kan je contact maken en in interactie treden (bijvoorbeeld door aanrakingen, samen op de grond spelen).
- Er zijn verschillende methodes en tools die gebruikt kunnen worden om participatie te bevorderen:
  - Informele gesprekken, eventueel tijdens spel, een wandeling, ...
  - Formelere gespreksmethodieken (Dialogical conversation method, gesprek van alledag, via gespreksplaatjes die verschillende situaties uitbeelden)
  - Tekenen (vrij tekenen of via bepaald concepten als 'mijn huis' of 'sociaal netwerk')
  - Opstellingen met Duplo-popjes, Sandbox, Yucelmethode
  - Werkbladen, bijvoorbeeld 'Three houses' (Signs of Safety)
  - Digitale tools en apps (bijvoorbeeld 'Mind of my own')
  - ...
- **MAAR** het is belangrijk om deze tools niet als een standaard of one-size-fits-all format te hanteren. Hou rekening met de leeftijd en cognitieve mogelijkheden, geslacht, gender, beperkingen, taal, context en culturele factoren. Kijk wat voor de cliënt werkt en denk out-of-the-box om aansluiting te vinden bij de leefwereld van de cliënt.
- Zorg dat het perspectief van de cliënt wordt meegenomen in belangrijke besprekingen en beslissingen, ook wanneer de cliënt er zelf niet bij is (bijvoorbeeld op een casusbespreking in team). Koppel steeds op een aangepaste manier naar de cliënt terug.

Handige links:

- <https://reacch.eu/nl/mediatheek/methodieken-en-tools/>
- <https://www.participatiekompas.be/tool/toolbox.php>
- <http://helensandersonassociates.co.uk/person-centred-practice/person-centred-thinking-tools>

## BOX 7. Diversiteitssensitief aan de slag gaan

**D**e *American Psychiatric Association* ontwikkelde *The Cultural Formulation Interview* (Lewis-Fernández et al., 2016) om ervoor te zorgen dat (psychische) moeilijkheden ook begrepen worden in het licht van:

- de culturele identiteit,
- de manier waarop de cliënt (mentale) gezondheid, ziekte en hulpverlening beschouwt vanuit het cultureel denkkader,
- hoe sociale relaties gegrond zijn in culturele standaarden en welke plaats sociale ondersteuning krijgt, en
- de potentiële conflicten die er kunnen ontstaan in de hulpverleningsrelatie.

*The Cultural Formulation Interview* biedt een goed uitgangspunt om **diversiteitssensitief** aan de slag te gaan. Deze zaken bevragen is immers altijd belangrijk, niet alleen bij cliënten met een 'andere' (anders dan de dominante, westerse) culturele achtergrond. Iedereen wordt in zijn denken en handelen gekleurd door sociale, culturele en maatschappelijke invloeden. Onze ruimere sociaal-culturele context geeft mee vorm aan hoe we onszelf, anderen, de wereld en gebeurtenissen ervaren en begrijpen. Binnen een steeds diverser wordende samenleving, kunnen we er niet zomaar van uitgaan dat we 'dezelfde taal' spreken en is het belangrijk om de sociaal-culturele invloeden actief te bevragen, zowel bij onze cliënt als bij onszelf. Enkel zo kunnen we goed zicht krijgen op de ervarings- en belevingswereld van de cliënt, aandacht hebben voor machtsdynamieken en nadenken over op welke manier eventuele verschillen een rol kunnen spelen in het proces van casusformulering en het ruimere hulpverleningstraject (Sanchez et al., 2022). Enkele aandachtspunten:

- Reflecteer over de eigen socio-culturele achtergrond en hoe dit het diagnostisch proces kan beïnvloeden. Wees bewust van (1) dominante sociaal-culturele denkbeelden in de maatschappij, onder meer in de manier waarop naar psychische moeilijkheden en welzijn wordt gekeken, (2) de eigen culturele identiteit en achtergrond, en (3) de heersende 'cultuur' in de werksetting (Mezzich et al., 2009).
- Toon interesse in de invulling van de (culturele) identiteit, waarden, normen en sterktes van een cliënt en vraag er actief naar. Respecteer de unieke kijk van de cliënt op de wereld, ook en zeker wanneer de standpunten van de cliënt niet stroken met de eigen opvattingen, en zorg ervoor dat het perspectief van de cliënt ook meegenomen wordt in de casusformulering en doorheen het volledige proces.
- Hanteer het NIVEA-principe: Niet Invullen Voor Een Ander. Dit stimuleert de nieuwsgierigheid en een vragende houding van (nog) niet-weten (Kenniscentrum WWZ, 2022).
- Hou in het diagnostisch proces steeds rekening met de taal, culturele achtergrond, (intellectuele) vaardigheden, gehanteerde etiquette, de interactionele stijl en de mate waarin de cliënt zich al of niet op diens gemak voelt (Mezzich et al., 2009).
- Wanneer er taalbarrières zijn, kan het handig zijn om met taalondersteuners te werken, zoals vertaalapps, gelegenheidstolken, sociale tolken of interculturele bemiddelaars. Wanneer een taalondersteuner betrokken wordt, is het belangrijk om hun rol, achtergrond en expertise helder te communiceren naar de cliënt.
- Het kan goed zijn om een bredere kennisbasis op te bouwen over de dominante waarden en normen die in verschillende culturen of gemeenschappen aanwezig zijn. Het is daarbij wel belangrijk om niet te vervallen in stereotiep denken en clichés. Wees ervan bewust dat er nooit een een-op-een relatie bestaat tussen dominante denkkaders en

de individuele sociaal-culturele beleving. De cliënt kan zich identificeren en een eigen invulling geven aan of net afzetten tegen bepaalde denkbeelden (Sanchez et al., 2022).

- Wees je ervan bewust dat individuen die behoren tot een bepaalde groep (door het delen van bepaalde eigenschappen, bijvoorbeeld etniciteit, culturele achtergrond, gemeenschap; maar ook minderheidsgroepen zoals LGBTQ+, het hebben van een beperking of een bepaalde diagnose) niet allemaal op dezelfde manier denken en zich gedragen. Er moet altijd aandacht gaan naar de individuele sociaal-culturele of maatschappelijke identiteit, die onder andere gekleurd wordt door leeftijd, geslacht, generatie, sociaal- economische omstandigheden, woonplaats, enzovoort (Mezzich et al., 2009).
- Wees steeds aandachtig voor de manier waarop de cliënt en de context communiceren over de ervaren moeilijkheden. Welke termen en concepten worden gebruikt om problemen, zorgen en verwachtingen te bespreken? Welke ideeën bestaan er rond (ab)normaliteit en hulpverlening?
- Wanneer bepaalde termen worden gehanteerd om een probleem te benoemen ('ADHD', 'depressie', 'behekt', 'bezeten'), is het belangrijk om te bevragen op welke manier de cliënt deze concepten invulling geeft. Waar heeft de cliënt deze termen opgepikt? Hoe begrijpt de cliënt deze concepten? Welk gewicht (geruststelling, erkenning, stigma, machteloosheid) hangt vast aan deze termen?
- Stel bij het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten de vraag of een vergelijking met de gehanteerde normgroep mogelijk is en valide interpretaties van de scores mogelijk zijn.
- Let op (onbewust) stigmatiseren. Culturele invloeden kunnen niet alleen een negatieve impact hebben op ervaren moeilijkheden, maar kunnen ook protectief zijn en een bron van veerkracht vormen.

### **Meer lezen?**

Meer informatie, tips en tricks vind je in het "Cahier Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context" van het KenniscentrumWWZ.

# Introspectie



# Introspectie

---

## Abductief redeneren

**B**ij casusformulering wordt een specifieke vorm van redeneren gehanteerd. Een formulering krijgt vorm op basis van zowel inductieve als deductieve processen (Dawson & Moghaddam, 2016). Bij **deductie** wordt vertrokken van theoretische principes om hypotheses te formuleren, waarvan de toepasbaarheid op de specifieke cliënt vervolgens getoetst wordt. Classificerende diagnostiek, zoals de DSM, gebeurt op basis van dergelijke deductieve processen. Op basis van psychiatrische kennis worden observeerbare kenmerken, klachten en symptomen onderzocht en ondergebracht in bestaande categorieën (Savander et al., 2019). Bij **inductie** leidt de unieke informatie over een cliënt bottom-up tot hypotheses over terugkerende patronen en verklarende mechanismen (Savander et al., 2019).

Van Leeuwen en Geeraerts (2022, p. 104) noemen casusformulering 'de vrucht van een gezonde abductieve redenering' (zie ook Vanheule, 2015). Abductief redeneren verwijst naar een dynamisch proces waarbij uit de interactie tussen individuele gegevens en theoretische kennis een logisch-plausibele verklaring tot stand komt voor het begrijpen van de moeilijkheden van een cliënt. Het is als het ware een geïnformeerde gok (*best guess*) of werkhypothese die tot stand komt (Johnstone & Dallos, 2014).

**Abductief redeneren** maakt het mogelijk dat diagnostici vanuit verschillende invalshoeken, of zelfs vanuit dezelfde theoretische achtergrond, andere verklarende hypotheses naar voren schuiven bij eenzelfde cliënt. Met andere woorden, het kan goed zijn dat andere verklaringen naar voren kunnen geschoven worden. Zoals hierboven beschreven hoeft dit zeker niet problematisch te zijn. Integendeel, verschillende invalshoeken kunnen complementair aan elkaar zijn. Echter is het wel zo dat casusformulering op deze manier ook een fragiele werkvorm is. Haynes et al. (2021) beschrijven verschillende 'imperfecties' in het proces van casusformulering, zoals het moeten integreren van vaak grote hoeveelheden gegevens, die niet uitzonderlijk tegenstrijdigheden bevatten, uit onbetrouwbare bronnen komen of niet altijd in optimale omstandigheden werden verkregen. Daarnaast spelen subjectieve processen onvermijdelijk een rol en zijn situaties en contexten veranderlijk waardoor betrouwbare uitspraken over oorzaak-gevolgrelaties geen evidentie zijn. Een casusformulering kan mede hierdoor beïnvloed worden door

denkfouten en andere vormen van bias waar de diagnosticus of het diagnostisch team zich niet altijd even bewust van zijn. Kwaliteitsbewaking of -controle is daarom essentieel.

## Modellen voor kwaliteitscontrole

In de literatuur worden er verschillende criteria naar voren geschoven om de kwaliteit van een casusformulering na te gaan (Dawson & Moghaddam, 2016; Vanheule, 2015; Van Leeuwen & Geeraerts, 2022). Flinn en collega's (2015) beschrijven een spanningsveld tussen richtlijnen die casusformulering zien als een 'wetenschap' waarbij testbaarheid en betrouwbaarheid als belangrijke criteria naar voren geschoven worden, en richtlijnen die casusformulering meer zien als een 'kunst', waarbij de nadruk wordt gelegd op een idiografische aanpak die voorbijgaat aan strakke en strikte wetenschappelijke bepalingen.

Vanuit een meer empirisch-wetenschappelijke benadering, stellen Van Leeuwen en Geeraerts (2022) dat een casusformulering volledig, eenvoudig, samenhangend en toetsbaar (VEST) moet zijn. Gelijkaardig schuiven Dawson en Moghaddam (2016) de volgende vijf criteria naar voren: een casusformulering is 1) duidelijk en spaarzaam; 2) precies en toetsbaar; 3) empirisch verifieerbaar; 4) breedvoerig en generaliseerbaar; en 5) pragmatisch en klinisch relevant. De nadruk komt hier te liggen op de operationaliseerbaarheid en meetbaarheid van concepten die gehanteerd worden om testbare hypothesen te genereren en er zo voor te zorgen dat aannames, assumpties, inferenties en deducties gefalsificeerd kunnen worden. Men streeft naar een model dat accurate voorspellingen oplevert met empirisch gevalideerde mechanismen en processen (zie ook Haynes et al., 2021; Persons, 2006).

Vanuit een meer idiografische benadering, wordt vooral de klemtoon gelegd op het narratief en de persoonlijke betekenis van de cliënt. Gezien verschillende interpretaties van elke gegeven situatie mogelijk zijn, krijgen betrouwbaarheid en validiteit hier een andere invulling dan binnen een empirisch model (e.g., Crowe et al., 2008). Het accent komt te liggen op transparant en zorgvuldig documenteren van de verzamelde gegevens en conclusies om ervoor te zorgen dat redeneerfouten en andere vormen van bias kunnen uitgesloten worden (i.e., betrouwbaarheid) en het verifiëren dat de besluiten die getrokken worden logisch voortvloeien uit het verzamelde materiaal en niet gegeneraliseerd worden naar contexten waarin de besluiten niet gelden (i.e., validiteit) (Vanheule, 2015).

Eells (2022) beschouwt het bewaken van de kwaliteit van een casusformulering als een evenwichtsoefening. Er moet gebalanceerd worden tussen een idiografische formulering die aangepast is aan de specificiteit en uniciteit van een concrete casus en anderzijds het gebruik van generaliseerbare kennis en evidentie uit psychologische theorieën en empirisch onderzoek. Daarenboven stelt hij dat een casusformulering op basis van een vooraf bepaalde structuur de betrouwbaarheid kan versterken, maar dat er niet gestreefd mag worden naar een 'one size fits all' formulering waar het beeld en het verhaal van een individuele casus moeilijk inpast. Op deze manier komt de nadruk te liggen op de bruikbaarheid van de formulering (e.g. Baudinet et al., 2021; DCP, 2011).

Wanneer we alle richtlijnen samennemen, kunnen we een aantal algemene criteria formuleren om de kwaliteit van casusformulering te bewaken (zie BOX 8 en 9).



## BOX 8. Kwaliteitsindicatoren casusformulering

### Grondigheid en omvattendheid

Een casusformulering moet volledig zijn en informatie over verschillende domeinen van functioneren omvatten. Het is hierbij belangrijk om niet alleen aandacht te hebben voor probleemgebieden, maar ook positieve factoren en uitzonderingen in kaart te brengen. Deze informatie moet voldoende uitvoerig de complexiteit van de casus capteren, zonder in te gaan op irrelevante details. Met andere woorden, een casusformulering is niet louter het opsommen van allerlei gegevens over de cliënt, maar bevat de kernaspecten die nodig zijn om de casus te vatten. Als de formulering te complex wordt, bestaat het risico dat ze log, tijdrovend en klinisch onbruikbaar wordt.

**Uitgangsvraag:** Komt de casusformulering overeen met de verzamelde gegevens en brengt ze alle kernelementen in rekening?

*“Soms merken wij ook dat je na een intake eigenlijk een heel breed beeld hebt om van daaruit hypotheses te maken, maar dat het integratief beeld na het onderzoek ook duidelijker en spaarzamer wordt omdat informatie die minder relevant blijkt ook weggelaten kan worden ten voordele van het overzicht.”*

### Nauwkeurigheid en sensitiviteit

De taal en terminologie die gebruikt worden om de cliënt te beschrijven en te bespreken moeten voldoende precies zijn, in die zin dat de formulering betrekking heeft op een uniek individu waarbij stereotiepe uitspraken en vage generalisaties of containerbegrippen (bijvoorbeeld ‘werkhouding’, ‘laag zelfbeeld’) vermeden worden. Specifieke aandacht moet hierbij uitgaan naar het niet veralgemenen op basis van culturele en socio-economische achtergrond, opleidingsniveau, leeftijd of uiterlijke kenmerken (Eells, 2022). Daarnaast is het ook af te raden om onduidelijk jargon te gebruiken.

**Uitgangsvraag:** Sluit de casusformulering voldoende aan bij de unieke leefwereld van de cliënt?

### Coherentie en consistentie

Een goede casusformulering biedt een samenhangend narratief of hypothese over hoe de klachten van de cliënt zich hebben ontwikkeld en wat eraan kan gedaan worden. De beschrijvende, verklarende en voorschrijvende elementen worden op een aannemelijke manier samengebracht. Dit wilt zeggen dat de samenhang en oorzakelijke verklaringen logisch-plausibel zijn. Dit kan op een meer empirisch-wetenschappelijke manier onderbouwd worden (testing, evidence-based literatuur), maar ook op basis van de mate waarin de formulering samen geconstrueerd wordt met de cliënt en gedragen wordt door het interdisciplinair team.

**Uitgangsvraag:** Is de casusformulering begrijpelijk, toegankelijk en aanvaardbaar voor alle betrokken partijen?

### Gevolgtrekking

Bij casusformulering wordt steeds een betekenislaag toegevoegd om een verklaring naar voren te schuiven voor de aanwezige moeilijkheden. Dit gebeurt op basis van een wisselwerking tussen de verzamelde gegevens en theoretische redeneringen (cf. abductief redeneren). Een

bepaalde mate van inferentie (gevolgtrekking, interpretatie) is daarbij noodzakelijk. Het is evenwel belangrijk om dicht genoeg te blijven bij de gegevens van de cliënt en je er bewust van te zijn dat interpretaties ook gekleurd kunnen worden door persoonlijke vertekeningen, vooroordelen of overdrachtdynamieken. Daarom is het belangrijk om af te toetsen of de gehanteerde theorie klinisch relevant is en de opgebouwde hypothesen aansluiten bij de realiteit en de beleving van de betrokken personen en het team.

**Uitgangsvraag:** Is er een goede fit tussen de gehanteerde theorie en het perspectief van de betrokken personen en het team?

## Handelingsgerichtheid en haalbaarheid

De finaliteit van casusformulering is om een geïndividualiseerd advies uit te brengen, op maat van de cliënt, afgestemd op diens hulpvraag, mogelijkheden, noden en wensen en met het oog op het bevorderen van diens functioneren, participatie (maatschappelijk, in onderwijs, ...) en welbevinden. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met de haalbaarheid en structurele barrières die in het hulpverleningslandschap aanwezig zijn (denk aan hoge werkdruk, beperkingen in aanbod, tijd en middelen). De kwaliteit en waarde van een casusformulering hangt steeds af van de mate waarin ze adequate zorg kan waarmaken.

**Uitgangsvraag:** Biedt de casusformulering een hulpmiddel door haalbare handelingsgerichte adviezen naar voor te schuiven? Kan de cliënt zich vinden in het advies?

## BOX 9. Hoe kan je de kwaliteit van het proces bewaken?

### Grondigheid en omvattendheid

Vanheule (2015) vergelijkt het proces van casusformulering met het proces van kwalitatief onderzoek en formuleert verschillende manieren om de betrouwbaarheid en validiteit van het proces te ondersteunen, zoals:

- zorgen voor voldoende contactmomenten en het vertrouwd geraken met de cliënt en de verzamelde informatie;
- oog hebben voor inconsistenties om tot genuanceerde besluiten te komen;
- werken met verschillende methodes, informant(en) en aftoetsen bij collega's om te garanderen dat conclusies gegrond en verifieerbaar zijn.

Daarnaast wijst hij op het belang van het systematisch en transparant documenteren van het gehele proces in werknootities. Hij beschrijft een cyclisch proces tussen documenteren en aftoetsen:

Transparant en grondig **documenteren** van het diagnostisch proces, conclusies en beslissingen in werknootities.



**Af toetsen** aan de hand van het basismateriaal, via zelfreflectie, door af te checken bij de cliënt en in dialoog met collega's.

Om aan de kwaliteitscriteria van een goede casusformulering te voldoen zijn er natuurlijk een aantal universele werkprincipes die gehanteerd kunnen worden, onafhankelijk van het gehanteerde kader. Hieronder gaan we dieper in op het gebruik van kwaliteitsvolle instrumenten, methodieken en werkvormen; het optimaliseren van de betrouwbaarheid door redeneerfouten en andere vormen van bias tegen te gaan; het belang van reflexiviteit; en het belang van training.

## Kwalitatieve methodieken, instrumenten en werkvormen

Kwaliteitsbewaking omvat in eerste instantie het gebruik van **kwaliteitsvolle instrumenten en methodieken** om gegevens te verzamelen. De kwaliteit van een casusformulering zal voor een groot deel afhangen van de kwaliteit van de informatie die uit het informatieverzamelingsproces naar voren komt (Baudinet et al., 2021; DCP, 2011; Krause & Behn, 2022). Een goed diagnostisch proces vereist daarom het competent inzetten en gebruiken van *een range aan mogelijke methodieken*, procedures en tests. Er kan hierbij zowel geopteerd worden voor kwantitatieve methodieken (e.g., psychometrische instrumenten; gestructureerde interviews) als kwalitatieve methodieken (e.g., observatie; open of semigestructureerde interviews; dossierstudie; projectieve technieken).

Het inzetten van bepaalde methodes moet weloverwogen zijn. Dit wil zeggen dat er niet vertrokken wordt vanuit een bepaald (gestandaardiseerd) aanbod, maar wel gekozen wordt in functie van de hulpvraag, eigenschappen en voorkeuren van de cliënt, het type informatie dat je wenst te verzamelen, de hypothese die je wilt beantwoorden, enzovoort. Het gaat hier dus voornamelijk over *waarom* je een bepaald instrument kiest.

Om de verkregen informatie op basis van de gebruikte methodiek naar waarde te kunnen schatten, is het belangrijk om het instrument of de methode 'correct' te gebruiken of toe te passen. Bij kwantitatieve testen is informatie nodig over de psychometrische eigenschappen, de juiste afname, scoring en interpretatie. Wanneer de standaard richtlijnen niet gevolgd worden in het informatieverzamelingsproces of de normgegevens niet goed aansluiten bij de bevroegde persoon, wil dat niet zeggen dat de verzamelde gegevens onbruikbaar zijn. Wel is het belangrijk om de interpretaties te nuanceren en steeds duidelijk te omkaderen. Algemeen is het voor de betrouwbaarheid van het assessmentproces van belang om transparant te documenteren welke gegevens verzameld werden en op welke manier (Vanheule, 2015). Daarnaast is het ook belangrijk om de cliënt hier op een juiste en transparante wijze over te informeren, zeker in situaties waarin voor alternatieve methodes (i.e., andere dan de meest ideale methode in een bepaalde situatie) werd gekozen of de afname niet ideaal kon verlopen.

Let op: het volstaat niet om bijvoorbeeld twee keer dezelfde onderzoeksmethode in te zetten (bijvoorbeeld twee vragenlijsten afnemen in plaats van één bij dezelfde informant) om te spreken over triangulatie. Dit kan immers leiden tot een artificieel gevoel van zekerheid wanneer er sterke overeenkomst is tussen de gevonden resultaten. Je beoogt immers hetzelfde te meten. Om te spreken van triangulatie moet een onderzoeksvraag vanuit verschillende richtingen benaderd worden.

**Triangulatie** of het combineren van verschillende invalshoeken kan daarnaast de kwaliteit van de gegevensverzameling aanzienlijk doen toenemen. Er zijn verschillende vormen van triangulatie mogelijk:

- Multi-methodisch werken: het gecombineerd inzetten van verschillende methodieken
- Multi-informant werken: het bevragen van verschillende relevante personen of het raadplegen van diverse bronnen
- Intercollegiaal overleg, discussie, intervisie en supervisie

## Redeneerfouten en andere vormen van bias tegengaan

In Box 10 worden tal van mogelijke redeneerfouten en andere vormen van bias beschreven die ons beoordelingsproces kunnen beïnvloeden (e.g., DCP, 2011; Meehl, 1973; Van Leeuwen & Geeraerts, 2022) (zie BOX 10).

## BOX 10. Veel voorkomende vormen van bias

### Representativiteitsbias of patroonherkenning

Veel zaken in ons dagelijks leven vinden we vanzelfsprekend doordat ze herkenbaar zijn uit eerder opgedane ervaringen. Doordat ons leven gekenmerkt wordt door terugkerende patronen moeten we niet constant alles in vraag stellen. Binnen ons diagnostisch werk zijn we gevoelig aan het ontwikkelen van prototypes die representatief zijn voor bepaalde problematieken. Nieuwe cliënten worden dan vergeleken met de prototypische voorbeelden die beschikbaar zijn in ons geheugen. Het nadeel hiervan is dat atypische verschijnselen sneller over het hoofd worden gezien of we alternatieve pistes minder in overweging nemen omdat we treffende gelijkenissen zien met een bepaald prototype.

### Beschikbaarheidsbias

Diagnostische organisaties worden vaak met gelijkaardige cliëntprofielen geconfronteerd. Als je veel dezelfde profielen ziet, houdt dat het risico in dat je veel van de moeilijkheden gaat kaderen binnen dat profiel en mogelijk alternatieve hypothesen over het hoofd ziet. De beschikbaarheidsbias houdt in dat wanneer voorbeelden van een bepaald profiel makkelijk voor de geest kunnen gehaald worden, de kans groter wordt ingeschat dat hetzelfde profiel aanwezig is bij een nieuwe cliënt.

### Tunnelvisie, selectieve aandacht en overschaduwing

Tunnelvisie houdt een verengde visie in waarbij de aandacht wordt toegespitst op één facet van de beschikbare informatie en andere facetten worden genegeerd. De focus op bepaalde facetten of kenmerken kan een schaduw werpen op andere signalen, waardoor ze minder aandacht krijgen. Bijvoorbeeld: wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking alle moeilijkheden vanuit dat gegeven (weg)verklaren. Wanneer er bijvoorbeeld sociale isolatie of agressie aanwezig is, wordt dit snel vanuit de verstandelijke beperking gekaderd en worden alternatieve verklaringen niet of onvoldoende overwogen. Dit kan leiden tot voorbarige conclusies, waarbij verklarende factoren naar voren geschoven worden zonder aandacht te besteden aan het mechanisme of de dynamieken die bepalen hoe die factoren hun invloed uitoefenen. Het risico hierbij is dat er minder passende interventies worden ingezet.

### Verankeringsbias en volgorde-effecten

Het is vaak moeilijk om ons van onze eerste indrukken te ontdoen. Onze eerste indruk dient vaak als referentie of anker, creëert verwachtingen en bepaalt onze verdere inschattingen. Nieuwe informatie wordt afgezet tegenover dit referentiepunt. Lezen over een classificerende diagnose in het dossier van een cliënt kan een dergelijk verankerings-effect hebben. Maar ook de volgorde waarin informatie aan

bod komt. Als problemen en moeilijkheden eerst worden vermeld, zullen daaropvolgende sterktes en bronnen van veerkracht in dat licht worden geïnterpreteerd. Als daarentegen positieve eigenschappen eerst aan bod komen, worden moeilijkheden mogelijk anders gepercipieerd. Dit wordt het primacy-effect genoemd. Ook informatie die laatst of meest recent aan bod kwam kan een invloed hebben op de oordeelsvorming en conclusies sturen. Dit wordt het recency-effect genoemd.

Confirmatiebias en  
achterwaarts redeneren

De confirmatiebias houdt in dat je vooral oog hebt voor die informatie die de eigen hypothese ondersteunt en dat je daardoor minder belang hecht aan contrasterende informatie. Achterwaarts redeneren houdt in dat je vertrekt vanuit een bepaalde hypothese om dan te speculeren over de aanwezigheid van bepaalde kenmerken of factoren (bijvoorbeeld vertrekken van de hypothese dat er een autismespectrumstoornis aanwezig is en van daaruit veronderstellen dat er sociale moeilijkheden zijn die moeten onderzocht worden). Deze vormen van bias kunnen tegengegaan worden door te vertrekken vanuit de beschikbare informatie en hypothesen daarop te enten in plaats van te vertrekken vanuit eigen intuïtie, interpretaties of inferenties.

Eenzijdige focus  
versus volledigheidsvalkuil

Eenzijdige focus betekent dat niet alle beïnvloedende of in stand houdende factoren in rekening worden gebracht. Begrepen vanuit het biopsychosociaal model kan dit betekenen dat er enkel wordt ingezet op biologische, psychologische of sociale factoren zonder aandacht te hebben voor de andere componenten. Het kan ook gaan over het eenzijdig focussen op cliëntfactoren (bijvoorbeeld wanneer een kind wordt aangemeld omwille van storend gedrag geen rekening houden met ingrijpende gebeurtenissen in de omgeving) of contextfactoren (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een verontrustende situatie vooral focussen op de gezinssituatie waardoor psychische moeilijkheden bij de cliënt over het hoofd worden gezien). Dit leidt tot monocausaal redeneren waarbij slechts één oorzakelijke factor wordt naar voren geschoven zonder te kijken hoe verschillende factoren dynamisch op elkaar inwerken. Deze bias kan je voorkomen door grondig en omvattend te werk te gaan.

Daartegenover bestaat het risico om steeds alles mee in rekening te willen brengen en door de bomen het bos niet langer te kunnen zien (d.i. de volledigheidsvalkuil). Om dit tegen te gaan is het goed om steeds de vraag te stellen waarom het relevant is om dieper in te gaan op bepaalde facetten.

### Affectieve bias en framing

De emoties die een cliënt of situatie bij ons oproepen beïnvloeden vaak onbewust ons handelen, de keuzes die we maken en de beslissingen die we nemen. Het heeft een impact wanneer we sympathie dan wel een afkeer ervaren of wanneer we een situatie hoopvol dan wel uitzichtloos inschatten. Framing kan hierbij een rol spelen. Hierbij worden affectief geladen termen gebruikt om een bepaalde situatie te benoemen (bijvoorbeeld 'bodemloze kinderen') die al snel leiden tot bepaalde vooringenomen ideeën of vooroordelen.

### Consensusprobleem

De tendens om complexe interpretaties of inferenties over een casus te maken op basis van intuïtie, zonder deze aan een kritische reflectie te onderwerpen. Intuïtieve inzichten geven vaak een vals gevoel van zekerheid en kunnen leiden tot voorbarige conclusies. Een bepaalde mate van interferentie maakt onderdeel uit van het abductief redeneerproces, maar het is belangrijk om interpretaties steeds te beschouwen als hypothesen die onderbouwd dienen te worden aan de hand van beschikbare gegevens en op hun houdbaarheid kunnen onderzocht worden.

### Reïficatie

Classificerende diagnoses onjuist beschouwen als oorzaak van klachten en moeilijkheden. Bijvoorbeeld: 'Hij heeft ADHD en kan zich daardoor moeilijk concentreren in de klas.' De diagnose ADHD biedt een beschrijving van de gezamenlijke aanwezigheid van bepaalde kenmerken, waaronder concentratieproblemen. Het label kan niet als oorzaak naar voren geschoven worden voor de klachten die ze beschrijft. Het label biedt dus geen zicht op de onderliggende biopsychosociale kwetsbaarheden. Om hier zicht op te krijgen is het integratief luik van een casusformulering essentieel.

Er zijn tal van manieren om bias tegen te gaan (e.g., Dawson & Moghaddam, 2016; DCP, 2011; KCD, 2020; Rainforth & Laurensen, 2014; Sturmey, 2009; Vanheule, 2015):

- Het is belangrijk om de verschillende vormen van bias te kennen en te herkennen.
- Om de betrouwbaarheid van informatie in te schatten, is het goed om bij te houden van waar de informatie afkomstig is (welke informatiebron, welke informant) en welke bronnen van bias mogelijk een rol spelen.
- Kennis over statistische basisprincipes (bijvoorbeeld probabiliteit) kan helpen om bevindingen in een juist perspectief te plaatsen.
- Interdisciplinair samenwerken, supervisie en feedback kunnen helpen om bias te vermijden.
- Moeilijkheden en problemen kunnen op verschillende manieren geconceptualiseerd worden. Overweeg en test daarom meerdere en alternatieve hypothesen.
- Speel advocaat van de duivel: welke argumenten zijn er om een bepaalde hypothese wel of juist niet te overwegen, zoek actief naar tegenargumenten!
- Het helpt om argumenten expliciet te maken en transparant te zijn over keuzes, beslissingen en conclusies.
- Nagaan of er overeenkomst is tussen verschillende informatiebronnen (gegevens verkregen via verschillende methodes, bronnen en informanten) voorkomt oordeelsfouten.
- Reflexief handelen verhoogt het bewustzijn over de eigen assumpties en vooroordelen, waardoor oordeelsfouten kunnen tegengegaan worden.

**“Zelfs al ben ik overtuigd van een bepaalde hypothese, probeer ik mezelf steeds aan te moedigen om er toch minstens drie andere te formuleren om kokerzicht te vermijden.”**



## Reflexiviteit

Reflexiviteit houdt in dat er een kritische houding wordt aangenomen tegenover het eigen handelen. Het bestaat uit het expliciteren van en reflecteren over de manier waarop we in ons werk beïnvloed worden door onze eigen persoonlijke achtergrond (persoonlijke en professionele ervaringen), onze institutionele inbedding (opleiding, visie en opdracht van de organisatie, theoretisch denkkader) en ruimere dominante maatschappelijke denkkaders (Vanheule, 2015). Het is belangrijk om kritisch stil te staan en bewust te zijn van de ruimere (sociale) context, ook al wordt dit niet steeds expliciet vermeld in de eigenlijke casusformulering (DCP, 2011).

Hoewel reflectief werken breed aanvaard wordt als een belangrijke component in het diagnostisch werk, zien we dat in de praktijk reflexiviteit vaak het hoofd moet bieden aan de hoge werkdruk of acute situaties (KCD, 2023). Net in die omstandigheden kan ruimte scheppen voor reflexiviteit belangrijk zijn, aangezien we onder druk vaak net extra gevoelig zijn voor redeneerfouten en andere vormen van bias. Reflexiviteit helpt niet alleen om bias tegen te gaan. Het biedt ook mogelijkheden om een nieuw licht te werpen op de vaak complexe omstandigheden die samen hebben geleid tot een crisis. Zo kan het een nieuw perspectief bieden om uit de impasse te geraken. Helaas lukt het in de praktijk niet altijd om tijdens het proces intensief te reflecteren en merk je pas later op dat reflectie zinvol had kunnen zijn. Wanneer dat het geval is, kan ook achteraf ruimte maken voor reflectie (bijvoorbeeld in een interdisciplinair overleg of supervisie) helpend en leerrijk zijn om de zaken retrospectief op een rijtje te zetten (Johnstone & Dallos, 2014). Daarnaast is het ook des mensen dat reflexieve praktijken plaats maken voor routinematig handelen, zonder dat we ons daar altijd bewust van zijn (KCD, 2023). Om dit tegen te gaan kan het helpen om op structurele basis ruimte te creëren voor reflexiviteit en bewustmakers te installeren en op regelmatige basis te herhalen. Een externe supervisor of critical friend inschakelen kan hierbij helpend zijn. Een **critical friend** of kritische vriend kent de werking van de diagnostische organisatie, maar is niet direct betrokken in de diagnostische activiteiten. Binnen een atmosfeer van vertrouwen en openheid kan de critical friend kritische vragen stellen en blinde vlekken blootleggen (Stedmon & Dallos, 2009).

Enkele vragen die zelfreflectie stimuleren:

- Wat is je eigen culturele, sociale en economische achtergrond? Zijn daar belangrijke wijzigingen in geweest? Welke waarden en normen vind je belangrijk en waarom? Wat beschouw je als normaal en wat als abnormaal? Hoe wordt dat bepaald? Op welke manier kan dit je werk beïnvloeden?
- Welke bagage draag je mee?
  - Persoonlijk: welke ingrijpende gebeurtenissen heb je meegemaakt? Hoe heb je die ervaren? Ben je zelf geconfronteerd geweest met bepaalde diagnoses, bij jezelf of in je nabije omgeving? Hoe heb je dat ervaren? Hoe ben je daarmee omgegaan?
  - Professioneel: welke opleiding(en) heb je genoten en wat stond daarin op de voorgrond? Welke positieve en negatieve werkervaringen heb je al gehad? Welke impact hebben deze ervaringen gehad? Hoe kunnen deze ervaringen je huidige werk kleuren of beïnvloeden?

- Zijn er bepaalde cliënten waar je moeilijker overweg mee kan of die je net heel na aan het hart liggen? Hoe raken deze patiënten jou? Welke kenmerken van jezelf spelen hierin een rol? Zijn er manieren om deze kenmerken soms tussen haakjes te plaatsen?
- Heb je in het verleden al gemerkt dat er bepaalde blinde vlekken zijn waar je gevoelig voor bent? Hebben je collega's je al eens gewezen op patronen in je denken of in de uitspraken die je doet?

## Training

Uit onderzoek blijkt dat vorming, training en oefening de kwaliteit en betrouwbaarheid van casusformulering aanzienlijk doen toenemen (e.g., Eells et al., 2011; Sturmey, 2009; Rainford & Laurenson, 2014). Een eerste belangrijkste stap is om de theoretische achtergrond en basisprincipes van casusformulering goed te kennen. Om de theorie om te zetten in de praktijk is het belangrijk om daarnaast blijvend in te zetten op training in de vorm van workshops, rollenspel, intervisie en supervisie (e.g., Kendjelic & Eells, 2007; Flinn et al., 2015; Pearl & Greenberg, 2020). Ook casusbesprekingen op de werkvloer zijn leermomenten. Ze laten toe nieuwe inzichten te vergaren wanneer denkprocessen geëxpliciteerd worden. Collega's kunnen ook van elkaar leren door kennis en informatie die binnengebracht wordt vanuit verschillende opleidingsachtergronden of werkervaringen. Bijkomende opleiding of bijscholing (via onder meer vormingen, studiedagen, online training) kan ook gefocust zijn op het oefenen van specifieke vaardigheden of het uitbreiden van de kennisbasis over specifieke thema's, zoals participatief werken of reflexiviteit. Zo wordt bijvoorbeeld ook geadviseerd om bijscholingen te organiseren rond interdisciplinaire samenwerking om zowel elkaars werking beter te leren kennen, maar ook vanuit de uitwisseling van elkaar te leren (e.g., Bestet al., 2021; Fukkink & Laliatu, 2020).

**“Oefening baart kunst.”**

# Infographic: 5 i-model



## Infographic: 5 i-model

---

De bovenstaande richtlijn vormt pas het begin van wat een duurzaam traject van levenslang leren kan zijn. We hopen dat het een kompas biedt om hulpverleners verder te oriënteren in de richting van kwaliteitsvolle diagnostiek en casusgericht werken. De infographic kan hierbij een ondersteunende wegwijzer zijn. Het 5 i-model wordt erin gepresenteerd in de vorm van een trechtermodel. De uitgangsvragen *“Wat is de hulpvraag? Wat is onze opdracht?”* en *“Wie is de cliënt? Wie zijn belangrijke betrokkenen?”* vormen de basis van elk diagnostisch traject. Vervolgens staat een uitgebreide en gedetailleerde beschrijving van de cliënt en diens context centraal (idiografisch). Om de klachten of ondersteuningsnoden van de cliënt goed te begrijpen, wordt een theoretisch-geïnformeerd integratief beeld opgesteld (integratief). Dit dient als werkhypothese om interventies op-maat-van-de-client voor te stellen (interventie-gericht). De wederzijdse pijlen geven weer dat dit een iteratief proces is en geen lineair stappenplan. Er kan steeds nieuwe informatie bij komen, hypothesen kunnen aangepast worden en adviezen kunnen wijzigen op basis van nieuwe ontwikkelingen. Daar komt bij dat tijdens het hele proces rekening gehouden wordt met het perspectief van de cliënt/context en aandacht gaat naar de dialoog tussen disciplines (interactief). De kwaliteit van het proces wordt bewaakt door een reflexieve basishouding en het voortdurend aftoetsen van bevindingen en conclusies (introspectief). Het proces van casusformulering loopt op die manier dynamisch door het hele hulpverleningstraject van de cliënt. Het is daarom niet zomaar een methode, maar het hulpmiddel bij uitstek om kwaliteitsvol en casusgericht te werken.

**Wat is de hulpvraag? Wat is onze opdracht?  
Wie is de cliënt? wie zijn belangrijke betrokkenen?**

### IDIOGRAFISCH

Presentatieklacht Predisponerend Precipiterend Bestendigend Protectieve factoren Personen Plannen

- Rijke beschrijving van cliënt en context
- Persoons-georiënteerd perspectief bij classificerende diagnoses
- Bijvoorbeeld 5 P's: ICF

persoonlijke ervaring/sociaal-emotioneel/hulpverleningsgeschiedenis/relaties/culturele factoren/  
doelen/ ontwikkelingsgeschiedenis/belangrijke gebeurtenissen/existentiële vraagstukken

### INTERACTIEF

TEAMFORMULERING

- Neem tijd
- Heb aandacht voor het proces
- Stel een facilitator aan

PARTICIPATIE

- Participatieve basishouding
- Diversiteitssensitieve attitude
- Denk out-of-the-box

### INTEGRATIEF

- Een integratief beeld heeft een theoretische basis
- Casusformulering is een dynamisch proces
- We hanteren een werkhypothese die steeds aangepast kan worden

### INTROSPECTIEF

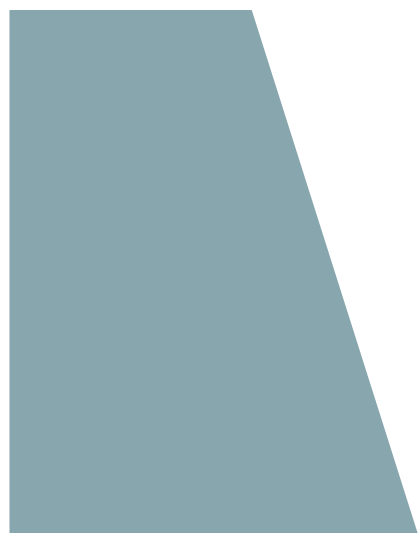
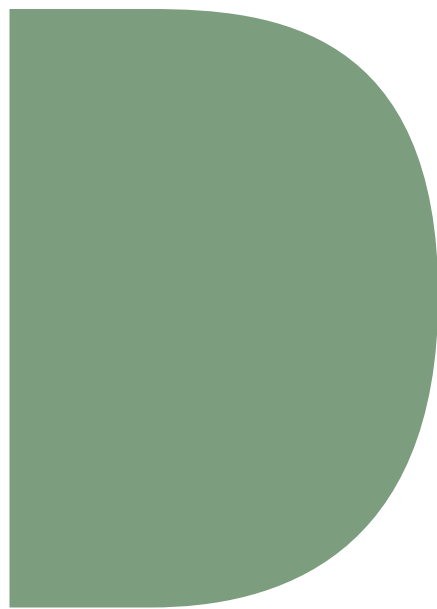
- Documenteren en afrekenen
- Kwalitatieve methodes en instrumenten
- Wees waakzaam voor veelvoorkomende bias

### INTERVENTIEGERICHT

- Handelingsgericht
- Flexibiliteit
- Op-maat-gemaakt
- Hoop & betrokkenheid

- Reflexiviteit
- Levenslang leren

# Referenties



# Referenties

- Bakker, L., Vereecke, M., Sierens, S., & Degraeve, L. (2022). Cahier 22. Ondersteuning voor personen met een handicap in een superdiverse context. Kenniscentrum WWZ. <https://www.kenniscentrumwwz.be/cahier-ondersteuning-voor-personen-met-een-handicap-een-superdiverse-context>
- Baudinet, J., Simic, M. & Eisler, I. (2021). Formulation in eating disorder focused family therapy: why, when and how? *Journal of Eating Disorders*, 9(97). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00451-3>
- Bealey, R., Bowden, G., & Fisher, P. (2021). A systematic review of team formulations in multidisciplinary teams: Staff views and opinions. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/00221678211043002>
- Bergner R. M. (1998). Characteristics of optimal clinical case formulations. The linchpin concept. *American journal of psychotherapy*, 52(3), 287–300. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.3.287>
- Best, S., Beech, C., Robb , I. J., & Williams, S. (2021). Interprofessional teamwork: the role of professional identity and signature pedagogy - a mixed methods study. *Journal of health organization and management*, ahead-of-print(ahead-of-print), 10.1108/JHOM-06-2020-0242. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2020-0242>
- Braham, L., De Boos, D., & Smith, S. (2016). Integrative approaches. In D. L. Dawson & N. G. Moghaddam (Eds.), *Formulation in action: Applying psychological theory to clinical practice* (pp. 185-204). De Gruyter Open Ltd.
- Critchfield, K. L., Gazzilo, F. & Kramer, U. (Eds.). (2022). Case formulation of interpersonal patterns and its impact on the therapeutic process [Special issue]. *Journal of Clinical Psychology*, 78(3).
- Crowe, M., Carlyle, D., & Farmar, R. (2008). Clinical formulation for mental health nursing practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(10), 800–807. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01307.x>
- Dallos, R., & Stedmon, J. (2014). Integrative formulation in practice: A dynamic, multi-level approach. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd. ed.)(pp. 191-215). Routledge.
- Dallos, R., Stedmon, J., & Johnstone, L. (2014). Integrative formulation in theory. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd. ed.)(pp. 173-190). Routledge.
- Davis, L. J. (2013). *The Disability Studies Reader* (4th ed.). Routledge.
- Dawson, D. L., & Moghaddam, N. G. (Eds.). (2016). *Formulation in action: Applying*

- psychological theory to clinical practice. De Gruyter Open Ltd.
- De Bruyn, E. E. J., & Ruijsenaars, A. J. J. M. (2015). De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context. Leuven: Acco Uitgeverij.
- de Lange, M., Holdorp, J., & Heek, E. (2020). Casusonderzoek naar succesvolle integrale hulp en samenwerking. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/system/files/2021-05/Casusonderzoek-naar-succesvolle-integrale-hulp-en-samenwerking.pdf>
- Desmet, N. (2020, 30 september). Instemming met de jeugdhulp door wettelijke vertegenwoordigers. Steunpunt mens en samenleving. <https://www.jeugdrecht.be/search/artikel/instemming-met-de-jeugdhulp-door-wettelijke-vertegenwoordigers>
- Dinh, N. M., Groleau, D., Kirmayer, L. J., Rodriguez, C., & Bibeau, G. (2012). Influence of the DSM-IV Outline for Cultural Formulation on multidisciplinary case conferences in mental health. *Anthropology & medicine*, 19(3), 261–276. <https://doi.org/10.1080/13648470.2011.646944>
- Division of Clinical Psychology (2011). Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation. Leicester: The British Psychological Society.
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. *Clinical psychology review*, 31(2), 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.005>
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation* (3rd ed.). Guilford Press.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M., & Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(2), 144–153.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Salsman, N., Kendjelic, E. M., Schneiderman, C. T., & Lucas, C. P. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(4), 385–399. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.539284>
- Flinn, L., Braham, L., & das Nair, R. (2015). How reliable are case formulations? A systematic literature review. *The British journal of clinical psychology*, 54(3), 266–290. <https://doi.org/10.1111/bjc.12073>
- Fukkink, R., & Lalihatu, E. S. (2020). A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years; Becoming Familiar with Other Professionals. *International journal of integrated care*, 20(3), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5482>
- Gazzillo, F., Dimaggio, G., & Curtis, J. T. (2021). Case formulation and treatment planning: How to take care of relationship and symptoms together. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 115–128. <https://doi.org/10.1037/>



[int0000185](#)

- Haynes, S. N., Godoy, A., & Frias, A. (2021). Selecting treatment foci in clinical case formulations: Estimating the clinical benefits of modifying causal variables. *Psychological assessment*, 33(5), 452–458. <https://doi.org/10.1037/pas0000990>
- Haywood, C.H., Tzuriel, D. (1992). *Interactive Assessment*. New York: Springer
- Hoge Gezondheidsraad (2019). DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen. Brussel: HGR; 2019. Advies nr. 9360. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_9360\\_dsm5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf)
- Hudson, M., Dallos, R., & McKenzie, R. (2017). Systemic-attachment formulation for families of children with autism. *Advances in Autism*, 3(3), 142-153. <https://doi.org/10.1108/AIA-02-2017-0005>
- Ingram, B. L. (2012). *Clinical case formulations matching the integrative treatment plan to the client*. Wiley.
- Jellinek, M. S., & McDermott, J. F. (2004). Formulation: putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 913–916. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000125090.35109.57>
- Johnstone, L., & Dallos, R. (Eds.). (2014). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd. ed.). Routledge.
- Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 44(1), 66–77. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.1.66>
- Kenniscentrum Kinderrechten vzw (2021). *Stappenplan belang van het kind*. <https://keki.be/nl/publicaties/stappenplan-belang-van-het-kind>
- Krause, M., & Behn, A. (2022). Case formulation as a bridge between theory, clinical practice, and research: A commentary. *Journal of clinical psychology*, 78(3), 454–461. <https://doi.org/10.1002/jclp.23328>
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw (2020). *Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek Leidraad voor een kwaliteitsvolle diagnostische praktijk*. <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2020/10/AIRD-Mei-2020-1.pdf>
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw (2023). *De implementatie van de Algemene Intersectorale Richtlijn Diagnostiek in de Integrale Jeugdzorg: Een focusgroepstudie*. <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/wp-content/uploads/2023/03/Onderzoeksrapport-Focusgroepstudie-AIRD.pdf>
- Lebeer, J., Birta-Szekely, N., Demeter, K., Bohács, K., Candeias, A.A., Sønnesyne, G., Partanen, P., Dawson, L. (2011). Re-assessing the Current Assessment

- Practice of Children with Special Education Needs. *School Psychology International*, 33(1), 69-92. DOI 10.1177/0143034311409975
- Lebeer, J., Partanen, P., Candeias, A., Grácio, M. L., Bohacs, K., Sønnesyn, G., Van de Veire, H., Van Trimpont, I., Orban, R., János, R., Demeter, K., Schraepen, B., & Dawson, L. (2013). The need for a more dynamic and ecological assessment of children experiencing barriers to learning to move towards inclusive education: A summary of results of the DAFFODIL project. *Erdélyi Pszichológiai Szemle, Spec Issue*, 175–205.
- Lebeer, J., Van de Veire, H., Denys, A., Van Trimpont, I., Schraepen, B., Partanen, P., Candeias, A., Grácio, M.L., Bohacs, K., Sønnesyn, G., Maior, E., Orban R., Szamoskozi, I. & Dawson, L.(2013). Assessment van kinderen en jongeren: noodzaak om de blik te verruimen. *Caleidoscoop, Leerlingbegeleiding vandaag en morgen*, 25(1), 14-24
- Leiper, R. (2014). Psychodynamic formulation: Looking beneath the surface. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd. ed.)(pp. 45-66). Routledge.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.). (2016). *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC medicine*, 10, 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>
- Magalhães, C., Pinheiro, P., Gonçalves, M. M., & Silva, J. (2022). Innovative moments and case formulation: Finding resources at the onset of the therapy. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 173-190. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35947>
- Magnavita, J. J., & Anchin, J. C. (2014). *Unifying psychotherapy: Principles, methods, and evidence from clinical science*. Springer Publishing Company.
- Marquis, A., Henriques, G., Anchin, J., Critchfield, K., Harris, J., Ingram, B., Magnavita, J., & Osborn, K. (2021). Unification: The fifth pathway to psychotherapy integration. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 51(4), 285–294. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09506-7>
- Meehl, P. E. (1973). Why I Do Not Attend Case Conferences. In *Psychodiagnosis: Selected Papers* (pp. 225-302). University of Minnesota Press.
- Meganck, R., Krivzov, J., Notaerts, L., Willemsen, J., Kaluzeviciute, G., Dewaele, A., & Desmet, M. (2022). The single case archive : review of a multitheoretical online database of published peer-reviewed single-case studies. *PSYCHOTHERAPY*, 59(4), 641–646. <https://doi.org/10.1037/pst0000431>

- Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., Jr, & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural formulation guidelines. *Transcultural psychiatry*, 46(3), 383–405. <https://doi.org/10.1177/1363461509342942>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Notaerts, L., & Van Nieuwenhove, K. (2020). Het Single Case Archief: een brug tussen onderzoek en praktijk. *TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE*, 50(2), 97–104.
- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming*. Leuven: Acco.
- Pearl, P. L., & Greenberg, L. (2020). How the jazz medium can inform interprofessional health care teams in improving patient care. *Medical teacher*, 42(12), 1337–1342. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1805102>
- Persons, J. B. (2006). Case formulation-driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 167–170. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00019.x>
- Rainforth, M., & Laurensen, M. (2014). A literature review of case formulation to inform mental health practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(3), 206–213. <https://doi.org/10.1111/jpm.12069>
- Rosenthal, R., Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectations and pupils' intellectual development*. New York, NY: Holt.
- Sanchez, A. L., Comer, J. S., & LaRoche, M. (2022). Enhancing the responsiveness of family-based CBT through culturally informed case conceptualization and treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(4), 750–770. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.003>
- Savander, E. E., Pänkäläinen, M., Leiman, M., & Hintikka, J. (2019). Implementation of dialogical sequence analysis as a case formulation for the assessment of patients at a community mental health centre: Randomized controlled pilot study. *European Journal of Mental Health*, 14, 209–229. <https://doi.org/10.5708/EJMH.14.2019.2.1>
- Seery, C., Bramham, J., & O'Connor, C. (2021). Effects of a psychiatric diagnosis vs a clinical formulation on lay attitudes to people with psychosis. *Psychosis*, 13(4), 361–372. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901302>
- Shahar, G., & Porcerelli, J. H. (2006). The action formulation: a proposed heuristic for clinical case formulation. *Journal of clinical psychology*, 62(9), 1115–1127. <https://doi.org/10.1002/jclp.20291>
- Silberschatz G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076202>

- Sim, K., Gwee, K. P., & Bateman, A. (2005). Case formulation in psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 29(3), 289–292. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.29.3.289>
- Stedmon, J., & Dallos, R. (2009). *Reflective Practice in Psychotherapy and Counselling*. McGraw-Hill Education (UK).
- Steunpunt mens en samenleving (SAM) (2019, 25 oktober). NEGEN ESSENTIËLE KENMERKEN. Participatieve basishouding. <https://www.samvzw.be/sites/default/files/2019-10/De%20participatieve%20basishouding.pdf>
- Sturmey, P. (Ed.). (2009). *Clinical case formulation: Varieties of approaches*. John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9780470747513>
- Timmermans, M., van Heerwaarden, Y., Pijpers, F., & Carmiggelt, B. (2015). Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteractie (O&O). Toelichting. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/63a73514-4ead-49a2-8d54-95ce6f81ecf8.pdf>
- Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken: Kritieken op de DSM – Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek*. Leuven: Lannoo Campus.
- Van Leeuwen, H. & Geeraerts, M. (2022). *Vakbekwaam redeneren in de jeugdhulp*. Amsterdam: Boom.
- Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 210–216. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.3.210>
- Winters, N. C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(1), 111–ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.07.010>
- World Health Organization (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Nederlandse vertaling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- World Health Organization (2008). *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY)*. Nederlandse vertaling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.







