Diagnostische vaardigheden voor hulpverleners

Markus van Alphen

Tweede druk

Boom

inclusief website!

Met behulp van onderstaande unieke activeringscode kun je een studentaccount aanmaken op **www.diagnostischevaardigheden.nl** voor toegang tot extra materiaal bij dit boek. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de 2e druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk worden geactiveerd.

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp omslag: Dog & Pony, Amsterdam
Omslagontwerp: Haagsblauw, Den Haag

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

© M.F. van Alphen & Boom uitgevers Amsterdam, 2019
Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

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

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

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

www.diagnostischevaardigheden.nl
www.boomhogeronderwijs.nl

Derde stap: probleemonderkenning tijdens de onderzoeksfase

8

Uit de voorgaande stappen, klachteninventarisatie en hulpvragen vaststellen, heb je helder gekregen waar de cliënt last van heeft en wat je allemaal moet uitzoeken. Vervolgens staat in de stap probleemonderkenning de vraag centraal: 'Wat is er aan de hand?' Je beantwoordt de onderkennende hulpvragen van de cliënt. Waar je in de klachteninventarisatie de taal van de cliënt gebruikt, vertaal je de klachten nu in termen van je vakkennis over mens en gedrag. Je past je kennis over gedrag toe, je gebruikt psychologische termen, theorieën en classificatiesystemen.

Dit hoofdstuk begint met een aantal begrippen die belangrijk zijn om te onderkennen, zoals locus of control en geloof in eigen kunnen, en presenteert vervolgens een model waarmee je de koppeling tussen gedrag, emotie en gedachten beter kunt plaatsen. Daarna komt het verschil tussen een dilemma, een probleem en een stoornis aan bod. De volgende paragraaf gaat

in op de klachten van de cliënt als symptomen van iets 'groters', een syndroom genoemd, en geeft aan hoe je de klachten ordent, de onderliggende syndromen herkent en je vermoedens vertaalt in onderkennende hypothesen. Paragraaf 8.5 gaat in op hoe je de begrippen in je hypothesen meetbaar maakt, bij welke criteria je een hypothese aanhoudt, en paragraaf 8.6 geeft aan hoe je de onderkennende hypothesen toetst. Paragraaf 8.7 beschrijft hoe je differentiële diagnostiek toepast met als resultaat het in professionele termen vaststellen van wat er aan de hand is. De laatste paragraaf beschrijft hoe je het resultaat van deze stap vastlegt in je rapportage in de vorm van een zogenoemde onderkennende diagnose.

8.1 Locus of control, self-efficacy, attributie en mindset

Een aantal zaken zijn belangrijk om te onderkennen op het moment dat je de klachten van de cliënt gaat analyseren. Bijvoorbeeld waar de cliënt de verantwoordelijkheid legt om te veranderen (de zogenoemde *locus of control*), self-efficacy (oftewel geloof in eigen kunnen), waar de cliënt haar of zijn klachten aan toeschrijft (attributie) en welke mindset zij of hij aanhoudt.

8.1.1 Locus of control

Kenmerkend aan hoe sommige cliënten spreken over hun klachten is dat zij vooral verwijten uiten in plaats van wensen. Die verwijten zijn dan gericht op iedereen en alles, behalve op zichzelf. Dit hangt samen met een zogenoemde externe locus of control (Rotter, 1966). Locus is Latijn voor plaats, het gaat er dus om of de cliënt gelooft of zij of hij in staat is vanuit zichzelf iets te veranderen aan de situatie (een zogenoemde interne locus of control) dan wel dat zij of hij gelooft geen invloed te kunnen uitoefenen en dat er niks zal veranderen tenzij de buitenwereld verandert (een externe locus of control). Kortom, wanneer een cliënt een externe locus of control heeft, plaatst zij of hij de verantwoordelijkheid om iets aan te pakken in haar of zijn situatie buiten zichzelf.

8.1.2 Geloof in eigen kunnen

Een ander zeer belangrijk kenmerk van een cliënt betreft haar of zijn geloof in eigen kunnen, oftewel self-efficacy (Bandura, 1977). Het betreft de overtuiging van een cliënt of zij of hij in staat is bepaald gedrag uit te voeren, dus ook zich te onthouden van bepaald gedrag en gewenst gedrag te volbrengen. Self-efficacy gaat zelden over of iemand objectief in staat is dat gedrag uit te voeren: het betreft een subjectieve inschatting van hoe succesvol zij of hij zich acht in het volbrengen van dat gedrag. Uitspraken van een cliënt zoals '*Dat* kan *ik niet*',

'*Dat is niks voor mij*' en twijfels uiten of iets wel haalbaar is zijn signalen dat het schort aan self-efficacy bij de cliënt.

Jargon & definities

Locus of control: waar mensen de verantwoordelijkheid plaatsen om in actie te komen. Dit is of intern (dus binnen de persoon) of extern (in de omgeving).
Self-efficacy: het geloof in eigen kunnen, soms ook zelfeffectiviteit genoemd.
Naderingsdoel of *approach goal*: een doel dat je nastreeft om de positieve resultaten te verkrijgen.
Vermijdingsdoel of *avoidance goal*: een doel dat je nastreeft om negatieve consequenties te vermijden.
Extrinsieke beloning: de beloning komt van buiten. De omgeving beloont het gedrag.
Intrinsieke beloning: de beloning komt van binnen: je doet iets omdat je er plezier aan beleeft.
Competentie- versus prestatieoriëntatie: waar je je op oriënteert: hoe goed je in iets bent (competentie of masteryoriëntatie) of hoe goed je presteert.
Mindset: je mentale instelling wat betreft je eigen vermogens. Bij een fixed mindset denk je dat je vermogens niet veranderbaar zijn terwijl je bij een growth mindset gelooft dat je je eigen vermogens door inspanning kunt vergroten.

8.1.3 Attributies

Mensen schrijven allerhande gebeurtenissen aan iets of iemand toe – een attributie genoemd. Paragraaf 6.3 noemt bijvoorbeeld de fundamentele attributiefout als een van de vertekeningen waar jij als psychosociale hulpverlener rekening mee moet houden. Ook heb je oog voor hoe je cliënt de situatie attribueert. Grofweg kunnen attributies ingedeeld worden in interne versus externe, met andere woorden: een situatie wordt in de ogen van de cliënt veroorzaakt door iets wat zij of hij doet (interne attributie) of door iets buiten zichzelf (externe attributie).

8.1.4 Naderings- en vermijdingsdoelen

Je kijkt ook naar waarom je cliënt iets wil bereiken via het hulpverleningstraject en ook in het algemeen. Mensen stellen zich (impliciet of expliciet) steeds doelen. Een naderingsdoel is iets waartoe je gemotiveerd bent omdat het je positieve resultaten zal opleveren, terwijl een vermijdingsdoel erop gericht is bepaalde ongewenste consequenties niet te laten optreden (Elliot & Covington, 2001). Een naderingsdoel motiveert beter en is langer vol te houden. Ook zijn mensen die een vermijdingsdoel nastreven geneigd om meer risico's te nemen (Ballard, Yeo, Neal, & Farrell, 2016). Een naderingsdoel bevordert een positieve visie.

8.1.5 Competentie- en prestatiedoelen

Paragraaf 1.4 legde de drie psychische basisbehoeften voor welbevinden uit volgens de zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000): verbondenheid, competentie (of mastery) en autonomie. Als je iets doet om je eigen competentie te vergroten, doe je dat omdat het goed voelt. Een succesvolle poging je competentie te vergroten levert een intrinsieke beloning op en ondersteunt daarmee je eigenwaarde. Een intrinsieke beloning motiveert beter en langer dan een extrinsieke. Doe je iets om beter te presteren, dan doe je dat om de waardering van een ander te bemachtigen (een extrinsieke beloning) of om te laten zien dat je beter bent dan een ander, zie bijvoorbeeld Darnon, Jury en Aelenei (2018). Bijvoorbeeld: je kunt een studie gaan doen omdat het onderwerp je interesseert en je daarom daar meer over wilt weten. Dit is een competentiedoel. Je kunt een vaardigheid gaan aanleren omdat deze je zal helpen meer te verkopen, even goed of zelfs beter te zijn in wat je doet dan een collega, enzovoort. Dit zijn allemaal prestatiedoelen.

Door competentie- en prestatiedoelen af te zetten tegen naderings- of vermijdingsdoelen, ontstaan vier mogelijkheden, zoals in tabel 8.1 uitgebeeld:

Tabel 8.1 Type doelen

	Competentiedoel	Prestatiedoel
Naderingsdoel	Ik wil mij meer competent voelen – doel is me ontwikkelen	Ik wil beter presteren dan een ander – doel is beter zijn dan anderen
Vermijdingsdoel	Ik wil mij niet minder competent voelen – doel is behouden wat ik heb en niet (voor mezelf) afgaan	Ik wil niet slechter presteren dan een ander – doel is niet afgaan in de ogen van anderen

De allerbeste doelen om na te streven zijn daarom doelen die zowel een naderingsdoel zijn als gericht zijn op het vergroten van je gevoel van competentie. Het doel dat het minst motiveert is een competentie-vermijdingsdoel (Van Yperen, Elliot, & Anseel, 2009).

8.1.6 Growth mindset versus fixed mindset

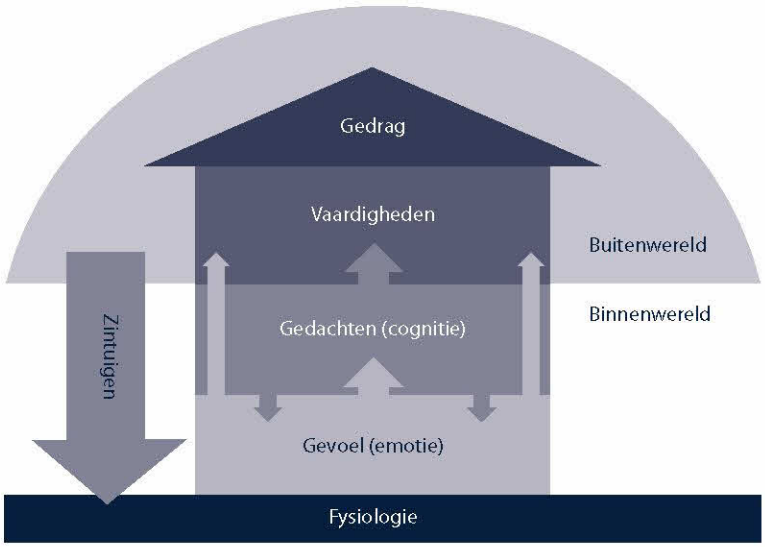
Als laatste het verschil tussen een zogenoemde growth mindset en een fixed mindset (Dweck, 2017). Iemand met een fixed mindset gelooft dat de eigen vermogens onveranderbaar zijn, dat zij of hij het moet doen met de vermogens waarmee zij of hij is geboren. Iemand met een growth mindset gelooft dat zij of hij door eigen inspanning de eigen vermogens in positieve zin kan beïnvloeden. Een growth mindset hangt samen met de neiging tot gebruik van intrinsieke motivatie in het stellen en behalen van doelen (Ng, 2018) en stimuleert daarmee een mastery-naderingsdoeloriëntatie. Dweck (2017) stelt dat je iemand kunt helpen haar of zijn mindset te veranderen. Je helpt je cliënt geloven dat

door eigen inspanning ontwikkeling van haar of zijn vermogens mogelijk is. Daarmee stimuleer je haar of hem tot geloof in eigen kunnen, het stellen en daadwerkelijk behalen van vooral competentie-naderingsdoelen, intrinsieke motivatie en welbevinden.

Bij het analyseren van de klachten van de cliënt kijk je ook naar factoren zoals locus of control, geloof in eigen kunnen (self-efficacy), welke attributies de cliënt maakt en welke mindset zij of hij aanhoudt. Een interne locus of control betekent dat de cliënt de verantwoordelijkheid neemt om zelf aan de slag te gaan, en wanneer zij of hij gelooft in eigen kunnen, vergroot dat de kans dat veranderpogingen succes zullen hebben. Door de cliënt te stimuleren een zogenoemde growth mindset aan te nemen (het geloof dat de cliënt door eigen inspanning in staat is haar of zijn vermogens te ontwikkelen), help je haar of hem om te streven naar doelen die haar of zijn gevoel van competentie vergroten vanwege een intrinsieke drang zich te willen ontwikkelen.

8.2 Een biopsychosociaal model voor gedrag

Om de klachten van de cliënt goed te kunnen plaatsen, heb je inzicht nodig in hoe gedachte, gevoel en gedrag onderling met elkaar samenhangen. In paragraaf 4.2 is het biopsychosociale *uitgangspunt* al uitgelegd: beleving komt tot stand in de wisselwerking tussen de biologische, psychische en sociale aspecten van de mens. Zowel positieve als negatieve belevingen ontstaan en worden beïnvloed vanuit elk afzonderlijk gebied en de drie gebieden beïnvloeden op hun beurt elkaar. Deze paragraaf begint door je een overzicht te geven van de relatie tussen denken, voelen en doen via het biopsychosociaal model voor *gedrag* van Alan Watkins (2013), zie figuur 8.1.



Figuur 8.1 Biopsychosociaal model voor gedrag (aangepast naar Watkins, 2013)

8.2.1 Gedrag en vaardigheden

In Watkins' model is gedrag (het doen) gevisualiseerd als het dak van een gebouw en het gebouw eronder als de gedragsvaardigheden waarover een persoon beschikt. Over het algemeen wordt gedacht dat om iets te kunnen, het voldoende is als je over de juiste vaardigheden beschikt. Maar het feit dat je over een vaardigheid beschikt, wil nog niet zeggen je die vaardigheid ook daadwerkelijk *inzet*.

8.2.2 Cognities

Voordat je daadwerkelijk een vaardigheid gaat inzetten, moet je eerst weten op welk moment, in welke situatie dat gewenst is (probleemoplossend vermogen) en geloven dat deze inzet het gewenste resultaat gaat opleveren. Ofwel, je moet geloven in je eigen kunnen: je self-efficacy. Beide, probleemoplossend vermogen en geloof in eigen kunnen, zijn onderdeel van het cognitieve domein. Waar gedrag en vaardigheden (mits ingezet) zichtbaar zijn in de buitenwereld, zijn cognities dat niet. Cognities liggen onder de oppervlakte en vormen de eerste kelder van het gebouw.

8.2.3 Het gevoel

Hoe je je voelt, beïnvloedt je denken. Als je bijvoorbeeld een aantal nachten niet goed hebt geslapen, voel je je niet lekker en dit beïnvloedt je vermogen tot nadenken, hoe jij tegen jezelf aankijkt (je zelfbeeld en je eigenwaarde), je geloof in je eigen kunnen en de fut om iets te ondernemen. De tweede kelder is wat het gevoel of het emotionele landschap wordt genoemd. Je moet meer dan alleen dénken dat je iets kunt, je moet ook voelen dat je het aandurft en aankunt. Hoe je je voelt beïnvloedt direct en indirect (via je denken) wat je uiteindelijk doet. Gevoel heeft veel meer invloed op je denken dan andersom.

Het denken beïnvloedt zeker ook het gevoel. Wanneer je je bijvoorbeeld alle keren herinnert dat je je hebt geschaamd, voel je je opnieuw beschaamd. Of als je je suf piekert om een oplossing voor een situatie te bedenken en dit levert geen succes op, dan voel je je machteloos. Soms zetten mensen positief denken in om negatieve emoties het hoofd te bieden. In praktijk blijkt het moeilijk realiseerbaar en helpt het hooguit maar even. Positief denken is een cosmetische ingreep en heeft geen blijvend effect: je gevoel beïnvloeden met je gedachten is een moeizaam proces. Stel je voor dat je een aantal dagen ruzie hebt met je partner of met je beste vriend(in); je slaapt slecht en je voelt je miserabel – hoe gemakkelijk gaat positief denken dan je gevoel beïnvloeden?

8.2.4 *Emoties ervaar je lichamelijk*

Gevoelens veranderen voortdurend en ervaar je lichamelijk. Je weet dat je verschillende emoties op verschillende plekken in je lichaam voelt – denk even aan hoe het voelt verliefd te zijn, boos, bang of verdrietig. Onder de tweede kelder staat het fundament: de fysiologie, met als verbindende factor tussen de binnen- en buitenwereld: de zintuigen. Via je zintuigen en lichaam worden prikkels omgezet naar elektrische, elektromagnetische en biochemische signalen die op hun beurt weer leiden tot gevoelens en gedachten.

8.2.5 *Biopsychosociaal*

Je kunt in het model van Watkins het biopsychosociale uitgangspunt herkennen: de zintuigen en fysiologie zijn biologisch, het voelen en denken zijn psychisch en alles in het zichtbare gebied (de buitenwereld) omvat de sociale arena. De kring is dan: iets gebeurt in de buitenwereld, dat leidt via de zintuigen tot prikkeling in het lichaam die als een emotie wordt ervaren, die op haar beurt de gedachten van de cliënt beïnvloedt, waardoor zij of hij reageert met het inzetten van bepaalde vaardigheden (dat is: gedrag), en dit beïnvloedt weer de situatie in de buitenwereld. Dit model geeft je dus een raamwerk voor de koppeling tussen lichaam, geest en buitenwereld.

Je voert bepaald gedrag pas uit als je over de juiste vaardigheid beschikt, weet welke vaardigheid wanneer in te zetten en ook gelooft dat je in staat bent dat gedrag succesvol uit te voeren. Hoe je je voelt heeft gevolgen voor je denken en of en hoe je een vaardigheid uitvoert. Emoties worden lichamelijk ervaren en via de zintuigen verbind je de buitenwereld met de binnenwereld. Daarmee is de cirkel rond: wat in de buitenwereld gebeurt, leidt via de zintuigen en het lichaam tot het ervaren van emoties, die het denken beïnvloeden en daarmee de keuze van welke vaardigheden je gaat inzetten. Dit leidt tot gedrag (een reactie op de situatie in de buitenwereld) dat weer invloed zal hebben op de situatie in de buitenwereld.

8.3 Dilemma, probleem of stoornis

Cliënten komen met allerhande klachtervaringen bij jou. Je houdt het verschil in je achterhoofd tussen een dilemma, een probleem en een stoornis. Je zou kunnen denken dat dit een oplopende gradatie van ernst betreft, maar dat hoeft niet zo te zijn. Een dilemma kan de cliënt zelfs meer lijdensdruk opleveren dan een stoornis. Wat een dilemma, probleem en een stoornis met elkaar gemeen hebben, is dat de cliënt er last van ervaart.

Jargon & definities

Dilemma: een lastige keus tussen twee onaangename zaken.
Probleem: iets wat vraagt om een oplossing.
Stoornis: een afwijkend gedragspatroon dat aanzienlijk lijden veroorzaakt, of de kans op ernstig letsel, de dood of vrijheidsverlies aanzienlijk verhoogt (Slot & Spanjaard, 1999).

8.3.1 Dilemma's

Een dilemma veroorzaakt last omdat er een lastige keuze gemaakt moet worden. Die keuze heeft consequenties: elke optie heeft zowel voor- als nadelen. De cliënt voelt zich gevangen omdat wat zij of hij ook kiest, zij of hij met de negatieve consequenties van de keuze zal moeten omgaan. En daar ziet de cliënt tegen op. De man die bij zijn vrouw weg wil omdat hij zijn relatie als liefdeloos ervaart maar het toch niet doet omdat hij financieel van haar afhankelijk is (of denkt te zijn), zit dus met een dilemma. Kiest hij ervoor om weg te gaan, dan zal hij het probleem van zijn financiële afhankelijkheid moeten oplossen met als voordeel dat hij op zoek kan gaan naar een meer liefdevolle partner. Kiest hij ervoor om te blijven, dan zal hij zijn verwachtingen over zijn relatie naar beneden moeten bijstellen waartegenover het voordeel staat dat hij geen financiële problemen zal hebben. Dit eenvoudige voorbeeld illustreert het principe. In werkelijkheid zitten er meestal verschillende voor- en nadelen aan elke optie. Kenmerkend voor een dilemma is het constant wikken en wegen en juist dat breekt de cliënt op. Zij of hij komt soms naar jou in de hoop dat jij de keuze voor haar of hem zult maken. Een goede psychosociale hulpverlener zal daar echter niet intuinen, maar zal de cliënt zodanig ondersteunen dat zij of hij een eigen keuze kan maken.

8.3.2 Problemen

Een probleem vraagt om een oplossing. Cliënten met problemen raadplegen jou omdat zij zelf geen afdoende oplossing hebben. Waar zij last van hebben, is meestal niet raar, wel lastig. Een cliënt met slaapproblemen door het piekeren bijvoorbeeld: het is niet raar dat wanneer je kopzorgen hebt, je dan gaat piekeren. Het is niet raar dat je wanneer je naar bed gaat en de dag overziet, die zorgen toch weer de kop opsteken. Het is niet raar dat je daardoor niet kunt slapen of moeilijk in slaap valt. Na twee weken slecht slapen zal zo'n cliënt waarschijnlijk een behoorlijke lijdensdruk ervaren, ook dat is niet raar. Het piekeren is dan een probleem geworden, de cliënt ervaart het als een last en vraagt om een oplossing.

8.3.3 Stoornissen

Tot slot een stoornis. Een stoornis betreft afwijkend gedrag. Dit gedrag vraagt niet om een oplossing, maar om behandeling. Houd er rekening mee dat wat als afwijkend wordt beschouwd, ontstaat binnen een cultuur en binnen een tijdsgeest. Bijvoorbeeld, in sommige culturen is het horen van stemmen heel normaal terwijl het in het westen als raar gezien wordt. Homoseksualiteit stond tot ongeveer 1973 in de DSM als een psychische stoornis te boek (ABC Australia, 2007). De discussie is dus niet of stoornissen wel of niet bestaan, maar waar de grens ligt tussen wat nu als normaal en abnormaal wordt gezien. Seligman, Walker en Rosenhan (2001) noemen de volgende factoren om abnormaal gedrag van normaal gedrag te onderscheiden:

- Persoonlijk lijden: in de regel lijdt de cliënt onder haar of zijn abnormale gedrag (of de gevolgen ervan).
- Disfunctionaliteit van het gedrag: abnormaal gedrag is in de regel belemmerend, het heeft een negatieve invloed op het functioneren van de cliënt.
- Irrationeel en onbegrijpelijk gedrag: wanneer mensen in de omgeving dat wat de cliënt doet niet snappen of de logica ervan niet kunnen volgen, zijn zij geneigd dat gedrag abnormaal te vinden.
- Onvoorspelbaarheid en controleverlies: vaak is abnormaal gedrag door de omgeving moeilijk te voorspellen en wanneer het gedrag zich voordoet, lijkt de cliënt er geen controle over te kunnen uitoefenen.
- Opvallend en onconventioneel gedrag: het abnormale gedrag valt op omdat het niet past binnen de norm van wat de omgeving gepast, gewenst of normaal gedrag vindt.
- Gedrag dat bij een ander een ongemakkelijk gevoel oplevert: vaak voelen mensen zich oncomfortabel wanneer een ander abnormaal gedrag tentoonspreidt.
- Overtreden van morele normen: wanneer bepaald gedrag morele normen overschrijdt (denk aan pedofilie, bijvoorbeeld), wordt het als abnormaal gezien.

Het is niet zo dat alle zeven factoren aanwezig moeten zijn voordat je van een stoornis spreekt. De meest toepasselijke definitie van een stoornis is de definitie van Slot en Spanjaard (1999): een afwijkend gedragspatroon dat aanzienlijk lijden veroorzaakt, of de kans op ernstig letsel, de dood of vrijheidsverlies aanzienlijk verhoogt.

Casus Anja

Een fragment uit de klachteninventarisatie:
Psychosociale hulpverlener: 'Vertel eens wat meer over je neerslachtige gevoel. Wat bedoel je daar precies mee?'
Anja: 'Tja. 's Ochtends opstaan is best lastig. Ik moet dan wel, want ik moet naar mijn werk. Maar ik sleep me echt mijn bed uit. Alles lijkt wel op halve snelheid te gaan. Ik denk dan, wat voor zin heeft het?'
Psychosociale hulpverlener: 'Wat bedoel je daarmee, met zin?'
Anja: 'Ja. Waar doe ik het allemaal voor? Ik sta op, ik ga naar werk, ik kom thuis, ik ben verder alleen. Het voelt allemaal zo zinloos aan. Ik zou net zo goed dood kunnen zijn.'
Psychosociale hulpverlener: 'Klinkt vrij zwaar. Die gedachte dat je net zo goed dood kan zijn. Is dat alleen maar een gedachte?'
Anja: 'Ja. Het is niet dat ik mij van kant zou willen maken. Volgens mij zou ik dat niet eens durven. Maar ik denk wel vaak: was ik maar dood.'
Psychosociale hulpverlener: 'Even samenvatten: dat neerslachtige gevoel komt, lijkt het, doordat je de zin van je leven niet meer ziet, klopt dat?'
Anja: 'Ja.'
Psychosociale hulpverlener: 'Ik hoor je ook iets anders zeggen, dat je je alleen voelt. Kun je mij daar wat meer over vertellen?'
Anja: 'Hmmm. Ik wil dolgraag een relatie. Man. Op termijn misschien kinderen. Inmiddels loop ik tegen de dertig en het lukt gewoon niet. Ik weet niet waar ik op zoek moet gaan, internetdaten heeft wel wat afspraakjes opgeleverd, maar niks waarbij ik denk dat het een toekomst heeft.'
Psychosociale hulpverlener: 'Hoe is dat in het verleden gegaan?'
Anja: 'Mijn eerste relatie was mijn eerste liefde. Wij zaten op dezelfde middelbare school, we hebben elkaar daar ook ontmoet en hebben negen jaar lang een relatie gehad. We zijn toen gaan samenwonen en een jaar daarna was het van de ene dag op de andere uit.
Psychosociale hulpverlener: 'Wat is er gebeurd?'
Anja: 'Het kwam als donderslag bij heldere hemel. Hij kwam thuis, zei dat hij op een ander verliefd was geworden, heeft zijn spullen gepakt en was weg. Ik was er ondersteboven van. Ik had het niet verwacht, ik dacht dat alles goed liep. Dat is ook het moment dat het gepieker begon.'

Het is duidelijk dat Anja niet met een dilemma zit. Zij wikt en weegt niet tussen verschillende handelswijzen. Of zij last heeft van een probleem of een stoornis (of allebei), is nog volstrekt onduidelijk. Er is duidelijk een incident geweest en sinds die tijd piekert zij. Allerhande vermoedens borrelen op, zoals depressie, angst om in de steek gelaten te worden, enzovoort. Je hebt echter meer informatie nodig.

Een ander verschil tussen een probleem en een stoornis is dat de cliënt met een stoornis er niet noodzakelijkerwijs onder lijdt. Zo zal een cliënt zich tijdens een psychose helemaal niet bewust zijn van het verschil tussen haar of zijn ervaring en wat de omgeving ervaart. Een cliënt met een bipolaire stoornis voelt zich tijdens de manische periode super, onoverwinnelijk. Als zo'n cliënt aan de lithium zit als onderdeel van haar of zijn behandeling, is therapietrouw daarom een aandachtspunt. Lithium dempt namelijk het high-gevoel, dat juist zo lekker

aanvoelt. Zowel bij een psychose als tijdens een manische episode kunnen de gevolgen van het gedrag van een cliënt behoorlijk ernstig zijn, zie ook het kader.

Verdieping

Wat vaak gebeurt bij een psychose, als de cliënt een gevaar voor zichzelf of anderen vormt, is dat de politie wordt ingeschakeld. Met behulp van een psychiatrische verpleger wordt de cliënt in hechtenis genomen en komt (in Nederland op last van de burgemeester) terecht op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Vaak is een injectie nodig om de cliënt te kalmeren, met als bijverschijnsel dat de psychotische symptomen tijdelijk verdwijnen, soms wel voor een maand of twee. Daardoor is het moeilijk om een juiste diagnose te stellen: de symptomen doen zich niet meer voor en de rechter ontslaat de cliënt (omdat zij of hij geen gevaar meer voor zichzelf of anderen lijkt te zijn). Soms wordt er geen diagnose gesteld, soms worden er vermoedens geuit en soms wordt er een diagnose voor een bipolaire stoornis vastgesteld. Het patroon van psychose – inhechtenisname – geen diagnose kunnen stellen herhaalt zich soms enkele jaren voordat zich een gelegenheid voordoet waarbij een juiste diagnose kan worden gesteld, bijvoorbeeld omdat de cliënt zich een keer laat meenemen door de politie zonder dat een injectie nodig is.

Met andere woorden, bij een stoornis *kan* er persoonlijk lijden zijn, maar het hoeft niet. Is het gedrag echter dermate afwijkend dat de kans groot is dat de cliënt zichzelf of anderen ernstig letsel zal aandoen, of dat haar of zijn gedrag zal leiden tot vrijheidsverlies, dan betreft het een stoornis. Voor stoornissen is het meestgebruikte categorisatiesysteem de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013), kortweg de DSM-5 genoemd, waarover meer in hoofdstuk 11.

Een cliënt komt naar jou als psychosociale hulpverlener met een dilemma, een probleem of een stoornis, iets wat zij of hij als een last ervaart. Kenmerkend voor een dilemma is de keuze tussen twee opties die beide negatieve consequenties met zich meebrengen. Een probleem belast de cliënt en vraagt om een oplossing, een manier om het aan te pakken. Een stoornis is een afwijkend gedragspatroon en vraagt om behandeling.

8.4 Symptomen en syndromen, vermoedens en hypothesen

In de fase van probleemonderkenning ben jij vooral aan zet. Jij stelt de hypothesen op, je operationaliseert en toetst ze. Je zou misschien denken dat je dat niet in bijzijn van je cliënt uitwerkt – wat bij een gespecialiseerd diagnostisch onderzoek zo zou kunnen zijn – maar in de regel doe je dit allemaal tijdens het eerste gesprek of de eerste twee gesprekken in bijzijn van de cliënt. Dat heeft als voordeel dat je direct ontbrekende informatie kunt uitvragen, je cliënt is immers je grootste bron van informatie.