

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/27558>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Van testdiagnostiek naar diagnostische besluitvorming, en terug?

AFSCHEIDSREDE PROF. DR. E.E.J. DE BRUYN



Radboud Universiteit Nijmegen



AFSCHEIDSREDE PROF. DR. E.E.J. DE BRUYN



Bij de ontwikkeling van de psychodiagnostiek heeft het construeren en valideren van psychologische tests voorop gestaan.

Gaandeweg is er meer aandacht gekomen voor het complexe proces van diagnostische besluitvorming in de klinische praktijk. De afwegingen die bij de klinisch

diagnostische besluitvorming een rol spelen, betreffen vaak vragen die niet of slechts in zeer beperkte mate met testdiagnostiek kunnen worden aangepakt. Voor de verdere ontwikkeling van het vakgebied zijn richtlijnen voor de disciplineren van de diagnostische besluitvorming noodzakelijk. De formulering en toetsing van dergelijke richtlijnen vraagt echter veel tijd. Pas in 2001 is de European Association for Psychological Assessment er als eerste organisatie in geslaagd een voorlopig stelsel van richtlijnen te publiceren. In deze afscheidsrede beschrijft Eric De Bruyn de bijdrage die hij en zijn team hebben geleverd aan het uitwerken van richtlijnen en de implementatie ervan binnen een model van diagnostische besluitvorming.

Eric De Bruyn (1941) studeerde psychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven, waar hij in 1973 promoveerde. In 1975 werd hij aan de Katholieke Universiteit Nijmegen benoemd als medewerker op het gebied van de psychodiagnostiek. In 1983 volgde hier zijn benoeming tot hoogleraar Psychodiagnostiek.

VAN TESTDIAGNOSTIEK NAAR DIAGNOSTISCHE BESLUITVORMING, EN TERUG?

Van testdiagnostiek naar diagnostische besluitvorming, en terug?

Rede uitgesproken in verkorte vorm bij het aftreden als hoogleraar Psychodiagnostiek aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 15 september 2006

Door prof. dr. E.E.J. De Bruyn

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
 Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN 90-9020890-9

© E.E.J. De Bruyn, Nijmegen, 2006

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Psychodiagnostiek is het vakgebied binnen de gedragswetenschap waarbij informatie wordt verzameld en verwerkt om zowel niet-klinische als klinische hulpvragen te kunnen beantwoorden. Het gaat daarbij om problemen waarvoor de aanpak dan wel de oplossing niet meteen duidelijk is. Niet-klinische hulpvragen hebben betrekking op problemen binnen de normale levensloop. Ze worden op eigen kracht dan wel met behulp van anderen opgelost. Soms is die ander een psycholoog of pedagoog die om advies wordt gevraagd, bijvoorbeeld bij studie- en beroepskeuze of loopbaanbegeleiding. Deze professionele hulp ervaart de cliënt of diens omgeving in de regel niet als een blijk van onvermogen, maar als een verstandige investering in de verdere ontwikkeling. Bij klinische hulpvragen daarentegen is er sprake van problemen die gerelateerd zijn aan het onvermogen van de cliënt om adequaat met de eisen die het leven stelt om te gaan. Dit onvermogen uit zich in aanpassingsproblemen die zowel cognitief, emotioneel als gedragsmatig van aard kunnen zijn.

Hoe gaat de beoefenaar van de psychodiagnostiek, die ik verder kortweg *diagnosticus* noem, te werk bij het beantwoorden van hulpvragen? Voor het beantwoorden van een groot aantal vragen kan de *diagnosticus* gebruik maken van psychologische tests en een psychometrisch beslissingsmodel. Deze aanpak noem ik in het vervolg kortweg *testdiagnostiek*.

Als eerste geef ik een eenvoudig voorbeeld van een niet-klinische hulpvraag. Karel wil graag opleiding *x* volgen, maar weet niet of hij over de benodigde intellectuele capaciteiten beschikt. Hij consulteert een studieadviseur die de nodige tests in huis heeft om die capaciteiten in kaart te brengen. Bovendien beschikt de studieadviseur over verwachtingstabellen die de kans van slagen aangeven bij onderscheiden niveaus van cognitieve capaciteiten. De tests worden afgenomen en Karel krijgt te horen dat hij op grond van zijn capaciteiten een slaagkans heeft van 60 procent. Van de honderd personen met vergelijkbare capaciteiten slagen er dus gemiddeld zestig. Karel vindt dit maar magertjes en vraagt of hij niet over nog andere kwaliteiten beschikt die zijn slaagkans kunnen verhogen. We weten, zegt de adviseur, dat ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken van belang kunnen zijn. Alleen, dit is voor opleiding *x* nog niet goed uitgezocht.

Dit voorbeeld laat zowel de sterke kant van de testdiagnostiek zien als de beperkte reikwijdte ervan. Eerst de sterke kant. De eerste vraag van Karel betrof de relatie tussen een bepaald kenmerk (intellectuele capaciteiten) en een te leveren prestatie (kans van slagen in opleiding). De score op de test die het kenmerk meet, is de predictor; de slaagkans die op basis van die score voorspeld wordt, is het criterium. Kennelijk beschikte de studieadviseur over de juiste tests, en 'juist' heeft hier een dubbele betekenis: de test meet het beoogde kenmerk en is gevalideerd voor het beoogde criterium. De studieadviseur kon de kennis over de relatie tussen test en criterium benutten door gebruik

te maken van een psychometrisch beslissingsmodel, in dit geval handige verwachtings-tabellen. In het ideale geval zou ook zijn aangetoond dat de voorspelling op grond van de test beter is dan de voorspelling die op grond van andere indicatoren van intellectuele capaciteiten, bijvoorbeeld genoten vooropleiding, is te maken. Kortom, als er voldoende kennis aanwezig is, dan staat de testdiagnostiek ijersterk. De test of een set van tests is dan simpelweg de beste voorspeller.

Nu de beperkte reikwijdte van de testdiagnostiek. De tweede vraag van Karel betrof andere kenmerken dan intellectuele capaciteiten die een bijdrage aan succes in opleiding x zouden kunnen leveren. De studieadviseur weet uit de literatuur dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken er zeer waarschijnlijk ook iets toe doen. Helaas, de relatie tussen scores op de betreffende tests en het slagen in opleiding x was nog niet uitgezocht. De test om het beoogde kenmerk te meten is er wel, maar is nog niet voor het beoogde criterium gevalideerd. Ook komt het vaak voor dat tests nog niet beschikbaar zijn of dat nog niet duidelijk is hoe het genoemde criterium precies in een maat gevangen moet worden.

Voor klinische hulpvragen geldt die beperkte reikwijdte van de testdiagnostiek des te sterker. Neem het volgende voorbeeld. In het kader van de mogelijke uithuisplaatsing van de 12-jarige Carla wordt de vraag gesteld of er, gezien het verleden van het meisje, sprake kan zijn van een hechtingsproblematiek die de uithuisplaatsing zou kunnen bemoeilijken. Het kenmerk ofwel de predictor bij deze vraag is de hechtingsproblematiek en het criterium de kans van slagen van de uithuisplaatsing. Maar met een rechttoe rechtaan testdiagnostiek valt deze hulpvraag eigenlijk niet te beantwoorden. De beschikbare kennis vertoont nog te veel lacunes. Het onderzoek naar gehechtheid is weliswaar van hoge kwaliteit, maar heeft bijvoorbeeld nog niet geleid tot een algemeen toegankelijk en gangbaar testinstrumentarium.

Hoe moet nu, gegeven de beperkte reikwijdte van de testdiagnostiek, de diagnosticus in de klinische praktijk te werk gaan? De praktijk zelf liet en laat nog vaak een merkwaardige mix zien van testdiagnostiek en van wat in de literatuur doorgaans het klinische oordeel wordt genoemd. De lacunes die de testdiagnostiek niet kan opvullen, worden in de praktijk vaak gedicht op grond van eigen inzichten en interpretaties. Al dan niet in termen van het theoretische kader waarbinnen men is opgeleid. Helaas is er nauwelijks enige empirische evidentie om vertrouwen in het klinische oordeel te rechtvaardigen.

Onderzoek naar de waarde van het klinische oordeel heeft een stevige traditie en loopt langs drie enigszins gescheiden onderzoekslijnen. In een recent overzicht (De Bruyn, 2001) heb ik die lijnen aangeduid als de psychometrische, de cognitieve en de sociaalpsychologische onderzoekslijn. Ik vat de bevindingen zeer kort voor u samen. Binnen de psychometrische onderzoekslijn is keer op keer aangetoond dat in gevallen waar duidelijke criteria aanwezig zijn, het klinische oordeel nagenoeg steeds tot slech-

tere voorspellingen leidt dan de testdiagnostiek. Uit het cognitieve onderzoek komt naar voren dat de intuïtieve oordeels- en besluitvorming behept is met fouten en vertekeningen. Deze tekortkomingen hebben te maken met de beperkte capaciteit van het mentale verwerkingssysteem en met de cognitieve heuristieken die spontaan door het systeem worden toegepast. In de sociaalpsychologische onderzoekslijn is aangetoond dat de vertekeningen van het klinische oordeel ook op het conto geschreven kunnen worden van stereotiepe opvattingen van de diagnosticus over de cliënt of diens problemen. Deze opvattingen kunnen de diagnosticus al vanaf het eerste contact met de cliënt het pad opsturen van een zelfbevestigend oordeelsproces.

De constatering van het falen van het klinische oordeel ondermijnt het professionele gezag van een praktijk waarin de intuïtieve oordeels- en besluitvorming de rol spelen van bindmiddel om testgegevens met elkaar in verband te brengen. Dit alles om de vraag van de cliënt te beantwoorden. Onherroepelijk dringt zich nu de vraag op wat er gedaan kan worden om het proces van diagnostische besluitvorming een steviger fundament te geven. Dit begrip 'diagnostische besluitvorming' gebruik ik als overkoepelende term voor het hele proces van oordelen, wikken, wegen en beslissen zoals dit zich bij het beantwoorden van de hulpvraag kan voordoen. In mijn onderwijs en onderzoek heb ik steeds meer tijd ingeruimd voor dit vraagstuk van de disciplineren van de diagnostische besluitvorming. Dit heeft geresulteerd in de Diagnostische Cyclus als prescriptief model voor diagnostische besluitvorming.

Dit afscheidscollege is een mooie gelegenheid om terug in de tijd te gaan om te laten zien hoe een en ander tot stand is gekomen. Ik doe dit met des te meer voldoening, omdat ik dan tevens kan laten zien hoe belangrijk de samenwerking met medewerkers en collegae is geweest. Ik start mijn overzicht met een korte schets van de beginfase aan deze universiteit, destijds als medewerker. In dat begin waren mijn onderwijs en onderzoek weliswaar volledig georiënteerd op de testdiagnostiek, maar tegelijkertijd ontstond mijn onvrede met de intuïtieve besluitvorming die ik in de klinische praktijk aantrof. Daarna bespreek ik de conceptuele ontwikkeling van de Diagnostische Cyclus en vervolgens geef ik aan wat volgens mij de betekenis van dit model is geweest voor onderwijs en onderzoek binnen deze faculteit. Sinds Cilia Witteman als mijn beoogd opvolger werd aangesteld, is het onderzoek naar diagnostische besluitvorming onder haar hoede gekomen. Ik heb mij sindsdien opnieuw met vraagstukken inzake de testdiagnostiek beziggehouden. Anders dan in mijn begintijd liep de inspiratiestroom nu niet van testdiagnostiek naar diagnostische besluitvorming, maar andersom. Ook hierover zal ik ter afronding iets zeggen.

TESTDIAGNOSTIEK

Door mijn opleiding psychologie te Leuven was ik gepokt en gemazeld in de testdiagnostiek. In 1975 werd ik – mede dankzij een tip van collega Franz Mönks – als mede-

werker psychodiagnostiek aangesteld bij de Nijmeegse vakgroep orthopedagogiek onder leiding van wijlen Joep Dumont. Mijn opdracht was onderwijs en onderzoek op het gebied van de testdiagnostiek, met name de diagnostiek met behulp van tests die voor de praktijk van de orthopedagoog van belang zijn. Het onderzoek was aanvankelijk vooral gericht op de constructie dan wel aanpassing van tests voor motivatie en intelligentie. Wat dit laatste betreft heb ik nog het voorrecht gekend samen met mijn Leuvense leermeester, wijlen professor Stinissen, deel uit te maken van het Nederlands-Vlaamse projectteam dat de Nederlandstalige versie van de Wechsler Intelligence Scale for Children Revised (WISC-R) tot stand heeft gebracht.

Onderzoek op het domein van de testdiagnostiek bleef ook na mijn aanstelling tot hoogleraar in 1983 doorgaan. Mijn leerstoel 'Psychodiagnostiek ten behoeve van kinderen en jeugdigen' was ondergebracht bij de toenmalige vakgroepen orthopedagogiek en ontwikkelingspsychologie, de laatste onder leiding van Franz Mönks. Door de inbedding in ontwikkelingspsychologie kwam er ook aandacht voor diagnostiek van spel en depressie. De aanstelling tot hoogleraar bracht ook met zich mee dat veel van het onderzoek naar testdiagnostiek nu als promotieproject kon worden uitgevoerd. De veelheid van promotieonderwerpen weerspiegelt de grote behoefte van de praktijk aan goede en gevalideerde tests op allerlei gebied. Een overzicht van de promotieprojecten tot en met 2005 (Bijlage 1) maakt dit duidelijk.

Ondanks de veelheid aan onderwerpen kenden al deze projecten een gemeenschappelijke werkwijze. Steeds probeerden we de grenzen te verleggen, enerzijds door het construeren of toepassen van nieuwe technieken voor dataverzameling en -analyse, anderzijds door het uitbreiden van wat in vakjargon het nomologische netwerk rondom de test wordt genoemd. Toch werd het aandeel van de testdiagnostiek in ons onderzoeksprogramma gaandeweg naar verhouding kleiner. Het hoofdaccent van het onderzoek kwam op de diagnostische besluitvorming te liggen.

OP WEG NAAR DIAGNOSTISCHE BESLUITVORMING

Bij mijn aanstelling in 1975 tot medewerker psychodiagnostiek kreeg ik ook de opdracht de diagnostiekstage van studenten te begeleiden. Ik werd daarbij geconfronteerd met de merkwaardige mix die ik reeds in de inleiding schetste: die van gedisciplineerde testdiagnostiek en het intuïtieve klinisch oordeel. De onderzoeksliteratuur naar het falen van het klinische oordeel overtuigde mij van de noodzaak tot disciplineren van de diagnostische besluitvorming. De vraag was echter hoe. De empirische onderzoeksliteratuur liet wel het falen zien, maar bood geen remedie. Hooguit werden raadgevingen geformuleerd, maar regels om die raad ook in daad om te zetten ontbraken.

Over dit soort regels begon ik gedachten te ontwikkelen, die ik voor het eerst onder woorden bracht in het college Algemene Psychodiagnostiek. In 1984 volgde een programmatische verklaring in mijn oratie *Psychodiagnostiek in ontwikkeling* (De

Bruyn, 1984). Daarin bespreek ik de noodzaak van 'een coherent stelsel van regels en voorschriften die de fasen van de algemeen- gedragswetenschappelijk psychodiagnostiek weet te sturen'. Een eerste, zij het beperkte aanzet tot een dergelijk stelsel volgde in het boek *Psychodiagnostiek: Een systematische inleiding vanuit het klinische gezichtspunt* (De Bruyn, 1985).

Bij de ontwikkeling van mijn ideeën werd ik in hoge mate geïnspireerd door het werk van Adriaan de Groot en Hans Westmeyer. Beiden hebben belangrijke denkbeelden over de disciplineren van de diagnostische besluitvorming ontwikkeld, zij het op heel verschillende wijze. Bij De Groot vond ik ondersteuning voor mijn idee dat de zoekregels voor diagnostische besluitvorming in principe dezelfde zijn als die bij het gedragswetenschappelijke onderzoek. En Westmeyer ondersteunde mijn idee dat het uitwerken van regels pas zal lukken als de intrinsieke doelstructuur van de diagnostische besluitvorming wordt geëxpliciteerd. Hierover in het kort nu meer.

Reeds in 1950 wijst De Groot in zijn oratie *Het object der psychodiagnostiek* erop dat de activiteiten van de diagnosticus in principe verlopen volgens het bekende denkschema van inductie, deductie en toetsing. In zijn *Methodologie* uit 1961 komt dit schema terug in de grondfiguur van de empirische cyclus die bestaat uit de fasen observatie, inductie, deductie, toetsing en evaluatie. De empirische cyclus is gebaseerd op de analyse van open en dynamische wetenschapsbeoefening, en daarom in principe ook van toepassing bij onderzoek van het individuele geval. De empirische cyclus ontdoet de diagnostische besluitvorming van het keurslijf van de testdiagnostiek, maar vereist wel dat de diagnosticus zijn uitspraken op academisch verantwoorde wijze afstemt op wat het vakgebied daadwerkelijk aan kennis biedt. En hier zit de diagnosticus toch in een moeilijker parket dan de onderzoeker.

De vragen die de onderzoeker formuleert, sluiten direct aan bij de stand van zaken op een voor de onderzoeker overzichtelijk deelgebied. De diagnosticus echter beantwoordt hulpvragen van de cliënt. Deze hulpvragen zijn niet in termen van de gedragswetenschap geformuleerd en kunnen inhoudelijk gesproken het hele domein van de gedragswetenschap bestrijken. Het kennisbestand dat in de diagnostische besluitvorming kan worden aangesproken, is haast niet te overzien en de bruikbaarheid van deelgebieden is sterk afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van dat bepaalde gebied. Kortom, de empirische cyclus van De Groot wees wel de weg, maar bood mij onvoldoende aanknopingspunten om een routekaart voor diagnostische besluitvorming te ontwerpen.

Westmeyer (1972, 1975) lijkt een dergelijke routekaart wel te bieden en wel in de vorm van een stelsel van algoritmen die een correcte afwikkeling van het diagnostische proces garanderen. Hoe kan dit? Door simpelweg te vertrekken van het ideale geval waarbij het kennisbestand dat noodzakelijk is om de beginvraag van de diagnosticus te beantwoorden, ook daadwerkelijk aanwezig is. Het stelsel van algoritmen dat Westmeyer uitwerkt, is alleen van toepassing als het doel van het diagnostische proces

gelegen is in de verklaring van het gegeven probleem. Het ideale kennisbestand bestaat uit de complete verzameling van verklaringskennis, in zijn *Logik der Diagnostik* uit 1972 gepresenteerd in de vorm van geformaliseerde nomologische uitspraken en in zijn statistisch-causale analyse uit 1975 in de vorm van sets van (conditionele) probabiliteiten.

Uiteraard is de aanpak van Westmeyer in de praktijk niet of nauwelijks te implementeren. De kennisbestanden waar de diagnosticus mee werkt, voldoen niet aan de eisen van volledigheid en formalisering. Ook is verklaring niet het enige doel van de diagnostische praktijk. Bovendien, en dit is voor mij de kern, spoort een algoritmische benadering van het diagnostische proces niet met de open en dynamische en daardoor meer realistische benadering van dit proces vanuit de empirische cyclus. Voor mij heeft Westmeyer wel overtuigend aangetoond dat regels die de disciplineren van de diagnostische besluitvorming op het oog hebben, pas effectief zijn als zij adequaat op het doel van de betrokken diagnostische activiteit zijn afgestemd. Op een of andere manier moest ik de brug zien te slaan tussen een analyse van de doelstructuur van het diagnostische proces en de stroomlijning van dit proces volgens de empirische cyclus. Ik heb mij laten inspireren door Jäger (1986) die een begin heeft gemaakt met een analyse van de relatie tussen de hulpvraag van de cliënt en de doelstelling van het diagnostische onderzoek.

De wijze waarop ik te werk ben gegaan en de argumentaties die daarbij een rol speelden, heb ik uitgebreid beschreven in mijn artikel 'A normative-prescriptive view on clinical psychodiagnostic decision making' uit 1992. Ik beperk mij hier tot de resultaten zoals die in dat artikel in twee tabellen en een figuur schematisch zijn samengevat. Ik ben vertrokken van een conceptuele analyse van de vragen van de cliënt zoals die in de praktijk concreet zijn geformuleerd (Table 1):

Table 1. Diagnostic taxonomy of requests for aid, aims of the request and types of investigation

Request for aid	Aim of the request	Type of investigation
- How can I describe myself?	Registration	Registering
- What am I like?	Assessment	Assessing
- What is my future going to be?	Prediction	Predicting
- What should I do to avoid difficulties?	Prevention	Preventing
- How can I express what is going on with me?	Clarification	Clarifying
- What is wrong with me?	Exploration	Exploratory
- Why is this happening to me?	Explanation	Explicative
- How can I be helped?	Indication	Indicative
- Am I being helped adequately?	Evaluation	Evaluative

Die vragen zijn door mij omgezet in een aantal meer algemeen geformuleerde hulpvragen (Request for aid), onderscheiden naar doel waarop zij betrekking hebben (Aim of the request) en naar het type onderzoek dat daarop dient aan te sluiten (Type of investigation). In de klinische praktijk komen basisvragen meestal niet geïsoleerd voor, maar zijn ze onderdelen van een complexe klacht. Ik richtte mij op de meest complexe combinatie van basisvragen die in de praktijk aan de advisering van een behandeling kan voorafgaan. De betrokken typen onderzoek ordende ik in stappen en identificeer die stappen in termen die voor de professionele praktijk herkenbaar zijn (Table 2):

Table 2. Correspondence between type of investigation, steps, and components of diagnostic cycle

Type of investigation	Step	Component
- Clarifying	1	Complaint analysis
- Exploratory	2	Problem analysis
- Explanatory	3	Diagnosing
- Indicative	4	Indication for treatment

De volgorde waarin de stappen moeten worden afgewikkeld, loopt volgens het schema van de empirische cyclus (Figure 1):

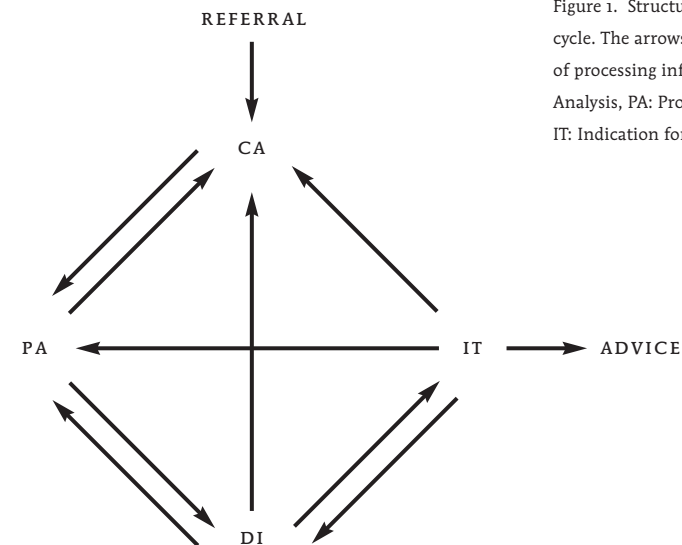


Figure 1. Structural dynamics of the diagnostic cycle. The arrows indicate the allowed direction of processing information. (CA: Complaint Analysis, PA: Problem Analysis, DI: Diagnosing, IT: Indication for treatment).

De output van elke stap dient als input voor de volgende. De uitzondering hierop is de indicatiestelling die rechtstreeks uitmondt in het advies. Als de output van een bepaalde stap onvoldoende zekerheid oplevert, kan de diagnosticus naar een van de voorafgaande stappen terugkeren. Uiteraard is dit alleen nodig als dit resultaat toegeschreven kan worden aan tekorten in een van de voorafgaande stappen. Wordt een voorafgaande stap herzien, dan moeten ook alle daarop volgende stappen dienovereenkomstig worden gereviseerd.

DE DIAGNOSTISCHE CYCLUS: VERDIEPING EN UITWERKING VIA ONDERWIJS
De Diagnostische Cyclus heeft slechts betrekking op de volgorde waarin het diagnostische proces doorlopen moet worden. Toen ik deze volgorde had vastgelegd, moesten voor elk van de betrokken stappen regels worden uitgewerkt om het proces binnen zo'n stap te disciplineren, wederom volgens het denkschema van de empirische cyclus. Deze regels moesten niet bestaan uit algoritmen, maar uit heuristieken dan wel richtlijnen die de kans op het vinden van het beste antwoord op de gestelde vraag optimaliseren. Bovendien moest steeds de toepasbaarheid van dergelijke regels in de klinische praktijk voor ogen worden gehouden. Dit alles werd een onderneming van de docenten die samen met mij lid waren van de werkgroep psychodiagnostiek. De eerste stappen werden gezet binnen de vakgroep orthopedagogiek. Na het instellen van de leerstoel Psychodiagnostiek werd de werkgroep uitgebreid met docenten uit de vakgroep ontwikkelingspsychologie. Er kwamen intervisiebesprekingen waarbij de stafleden eigen casuïstiek of die van studenten inbrachten. De vraag was steeds welke hulpvragen in het geding zijn, hoe deze vragen vanuit het perspectief van de Diagnostische Cyclus beantwoord moesten worden en welke richtlijnen hiervoor geformuleerd konden worden.

De neerslag van dit werk bestond aanvankelijk uit handleidingen voor het onderwijs aan studenten. Die handleidingen groeiden uit tot volwaardige publicaties waarvan zowel het onderwijs als de praktijk voordeel had. Het eerste boek verscheen in 1995 onder de titel *Diagnostische besluitvorming: Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus* (De Bruyn, Pameijer, Ruijsse-naars & Van Aarle). De vier stappen en daarmee gepaard gaande fasen van besluitvorming uit de Diagnostische Cyclus worden hier respectievelijk aangeduid als klachtanalyse, probleemanalyse, diagnosestelling en indicatiestelling. Elk ervan wordt in vijf rubrieken behandeld: verantwoording, begrippen, voorwaarden, werkwijze en aandachtspunten. Ter afsluiting is ook een hoofdstuk over het adviesgesprek met de cliënt toegevoegd. Richtlijnen zelf komen hoofdzakelijk in de rubriek werkwijze aan de orde. De lijst van aandachtspunten functioneert als controle-middel bij de toepassing van de richtlijnen tijdens de werkwijze.

In 1998 richtte de European Association of Psychological Assessment een taakgroep op om richtlijnen voor het diagnostische proces te formuleren. Het Nijmeegse boek fungeerde als een van de belangrijkste werkdocumenten. In 2001 (Fernández-Ballesteros

et al.) publiceert de taakgroep haar 'Guidelines for the Assessment Process (GAP)'. De Nijmeegse invloed is merkbaar. In 2003 verschijnt een tweede, volledig herziene uitgave van het boek, met als titel *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer* (De Bruyn, Ruijsse-naars, Pameijer & Van Aarle). Voor de vier hoofdbestanddelen van de Diagnostische Cyclus is nu consequent de term analyse gebruikt. De vier fasen uit de cyclus heten nu dan ook klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse.

DE DIAGNOSTISCHE CYCLUS: TWEE ONDERZOEKSLIJNEN

In mijn artikel 'A normative-prescriptive view on clinical psychodiagnostic decision making' uit 1992 heb ik twee lijnen voor verder onderzoek aangegeven. Eén lijn betreft het exploreren van de bruikbaarheid van de Diagnostische Cyclus als model ter evaluatie en stroomlijning van de diagnostische besluitvorming in de praktijk en de andere lijn het construeren van op kennis gebaseerde computerondersteunde diagnostische systemen. In Bijlage 2 geef ik een overzicht van de promotieprojecten die binnen deze twee lijnen zijn uitgevoerd.

- *Evaluatie en stroomlijning van diagnostische besluitvorming in de praktijk*
De bruikbaarheid van de Diagnostische Cyclus als model ter evaluatie en stroomlijning van de diagnostische besluitvorming in de praktijk, de eerste lijn dus, is onderzocht in de promotieprojecten van Huub Pijnenburg, van Ronald de Meyer en van Huub Pelzer en Pim Steerneman.

Pijnenburg heeft de bruikbaarheid van het model van de Diagnostische Cyclus ter evaluatie van diagnostische teambesprekingen onderzocht. Hij voerde zijn onderzoek uit in residentiële en ambulante settings voor kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen. De kernactiviteit was het uitwerken en valideren van een coderingssysteem om de volledig uitgeschreven verslagen van de multidisciplinaire teambesprekingen te kunnen analyseren. Analyse van de verslagen liet zien dat, met uitzondering van de klachtanalyse, aan alle onderdelen van de cyclus de nodige aandacht werd besteed. Sequentieanalyse bracht echter aan het licht dat er nauwelijks tot geen relatie werd gelegd tussen het verklaren van een probleem en de indicatiestelling voor behandeling, ook niet in die gevallen waar dit volgens de literatuur wel degelijk mogelijk is (Pijnenburg & De Bruyn, 1995). Om het tij te keren werd een instructietrainingsprogramma opgezet. De training had een positief effect, maar helaas kon dit gunstige effect bij follow-up niet meer worden aangetoond.

Het onderzoeksproject van Ronald de Meyer was een initiatief van Luk Robbroeckx. Doel van het project was inzicht krijgen in het verloop van de diagnostische besluitvorming die aan de indicatiestelling voor uithuisplaatsing in de pleegzorg voorafgaat. Zijn onderzoeksmateriaal bestond uit de verslagen van de betrokken deskundigen. In tegenstelling tot de uitkomst van het onderzoek naar diagnostische teambesprekingen werd

bij de indicatiestelling voor pleegzorg wel degelijk rekening gehouden met verklaringsfactoren. Maar ook hier kwam een aantal opmerkelijke gegevens aan het licht. De factor 'opvoedingsvaardigheden' van de ouders bijvoorbeeld bleek geen rol te spelen bij de indicatie van een specifieke vorm van pleegzorg. Toch was deze in alle fasen voorafgaande aan die van de indicatiestelling de meest genoemde factor.

Het onderzoek van Pelzer en Steerneman is uitgevoerd op de afdelingen jeugdzorg van de toenmalige Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Pelzer en Steerneman hebben de besluitvorming op de eigen werkplek naar het model van de Diagnostische Cyclus gestroomlijnd. Zij constateerden echter dat de uitvoering ervan ernstig belemmerd werd door een gebrek aan consensus over de ernst van de aangemelde problematiek. Zij construeerden daarom de Heerlense Ernst Taxatie Schaal (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1994). Met deze schaal kan de ernst van de problematiek worden ingeschat aan de hand van criteria waarover RIAGG-medewerkers het op landelijk niveau eens zijn. Met inzet van deze schaal werd het voor de onderzoekers mogelijk het protocol voor diagnostische besluitvorming ook daadwerkelijk uit te laten voeren.

- *Op kennis gebaseerde computerondersteunde diagnostische systemen*

De tweede lijn van onderzoek betreft de verbetering van de besluitvorming door op kennis gebaseerde computerondersteunde diagnostische systemen. Hier moet ik eerst drie kanttekeningen plaatsen.

De eerste kanttekening betreft de bedoeling van de onderneming. De bedoeling was de mogelijkheden te verkennen van op kennis gebaseerde computerprogramma's ter ondersteuning van het doorlopen van de Diagnostische Cyclus. Hiermee veranderde niets aan de richtlijnen voor onderwijs en praktijk, maar de verwachting was wel dat de ondersteuning de toepassing van die richtlijnen een steviger fundament zou geven dan de praktijk tot dat moment kon bieden.

De tweede kanttekening betreft de focus op kennisbestanden. Deze focus kwam voort uit de uitkomsten van het onderzoek naar de tekorten en vertekeningen van de diagnostische besluitvorming in de praktijk. Deze tekortkomingen vonden vaak hun oorsprong in een zowel vroegtijdige als vooringenomen selectie en gebruik van de informatie. De disciplinerende zou dan ook daar moeten beginnen. Wij richtten ons daarbij in eerste instantie op de kennisbestanden die voor de opstart van de fase van de probleemanalyse en die van de verklaringsanalyse onmisbaar zijn.

De derde kanttekening betreft de kennisbestanden. De kennisbestanden die wij op het oog hadden, dat zal u niet verbazen, lagen op het werkgebied van orthopedagogen en ontwikkelingspsychologen. Meer bepaald de diagnostiek van aanvankelijke lees- en spellingsproblemen en die van sociaal-emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. Al bij het begin van de verkenning van de initiële kennisbestanden die we nodig had-

den, bleken deze domeinen problemen te stellen die om een andere oplossing vroegen. Ik zal het onderzoek op beide domeinen gescheiden behandelen, beginnend met het onderzoek op het domein van aanvankelijk lezen en spellen. Het overzicht van het onderzoek op het domein van sociaal-emotionele en gedragsproblemen zal ik aanvullen met de presentatie van het laatste project dat ik heb begeleid. Dit project abstraheert van een inhoudelijk domein en zou als een apart onderdeel gepresenteerd kunnen worden. Voor een goed begrip van waar het in dit project om gaat is dit evenwel niet nodig.

Aanvankelijk lezen en spellen

Door het domein van beginnend lezen en spellen vanuit de optiek van de Diagnostische Cyclus te bekijken kwam Edward van Aarle tot de volgende vaststellingen. De discrete disfunctionele lees- en spellingsgedragingen die het kind in de klas vertoont, waren niet of nauwelijks terug te vinden in de beschrijving van de typen leerstoornissen zoals die in de toen vigerende handboeken werden gegeven. Toch waren de verklaringen voor lees- en spellingsproblemen in de handboeken aan deze typen gerelateerd. Er zat niet anders op dan het benodigde kennisbestand zelf te construeren. Samen met John van den Bercken ontwikkelt Van Aarle het prototype van een computerprogramma CONDALS, een acroniem voor Computer Ondersteunde Normatieve Diagnose van Aanvankelijke Lees- en Spellingsproblemen (Van Aarle & Van den Bercken, 1992). Dit programma maakt het mogelijk individuele sets van disfunctionele lees- en spellingsprofielen te koppelen aan de beschrijvingen van de typen leerproblemen zoals gegeven in de literatuur.

De kennis die hiermee werd opgedaan, kwam ten goede aan het promotieproject van Rijer Grimbergen, waarbij de externe inbreng van Edouard Hoenkamp onmisbaar was. Opnieuw werd het probleem van de werkwijze bij classificatie en verklaring van aanvankelijke lees- en spellingsproblemen aangepakt. Ditmaal ging de onderzoeker uit van de werkwijze van modelgebaseerde diagnostiek zoals die op het terrein van de kunstmatige intelligentie wordt toegepast. Grimbergen toonde aan dat deze aanpak inderdaad vruchten kan afwerpen, mits aan de inhoudelijke modellen ter verklaring van aanvankelijke lees- en spellingsproblemen de nodige restricties worden opgelegd. Het computerprogramma dat hij ontwierp, laat zien dat het inderdaad mogelijk is op basis van informatie over fout gelezen eenvoudige woorden, hypothesen te genereren en slim te toetsen conform de causale relaties in het model.

Het onderzoek van Anita Blonk past in de traditie van de ontwikkeling van op kennis gebaseerde expertsystemen waarbij de kennis van één enkele expert wordt benut. Het computerprogramma dat zij ontwikkelde, is gebaseerd op de kennis die de onderzochte expert aanwendt bij de onderkenning van dyslexie, en dit vanaf het eerste contact met de cliënt (in dit geval kind en ouder). De benaming van het programma werd DYSLEXPERT, een samentrekking van dyslexie en expert. Om de werkzame expertkennis op te sporen heeft Blonk een hele reeks van technieken ingezet, variërend van

observatie van de expert tijdens het onderzoek tot de analyse van de letterlijke verslagen van diens nabespreking van de casus. Een gigantische klus. Niettemin is het resultaat een werkbaar interactief programma dat de diagnosticus ondersteuning biedt in de uitvoering van de besluitvorming, inclusief de keuze van instrumenten. En dit vanaf de inventarisatie van afzonderlijke probleemgedragingen tot en met de mogelijke onderkenning van dyslexie en een daarop afgestemd behandelingsadvies (Blonk, Van den Bercken, & De Bruyn, 1996). Een dergelijke onderneming staat en valt met de kwaliteit van de expert. Wij hebben het grote geluk gehad dat een topexpert bereid was zich aan de bemoeienissen van Blonk te onderwerpen.

Sociaal-emotionele en gedragsproblemen

In tegenstelling tot het domein van het aanvankelijk lezen en spellen leek het domein van sociaal-emotionele en gedragsproblemen van kinderen wel het gepaste kennisbestand te verschaffen om de probleemanalyse op te starten. Het kennisbestand dat we in dit geval nodig hadden, was een voldoende omvattende beschrijving van afzonderlijke probleemgedragingen. Dergelijke beschrijvingen waren wel beschikbaar, maar afkomstig uit verschillende onderzoekstradities waardoor zij zowel inhoudelijk als structureel niet met elkaar correspondeerden.

Meer concreet ging het hier om de gezaghebbende Diagnostic and Statistical Manual (DSM) van de American Psychiatric Association (APA) (1987) die probleemgedragingen in de vorm van symptomen beschrijft, en om de empirisch gevalideerde syndroomschalen van Achenbach (1985). Vanuit empirisch oogpunt zouden de vragenlijsten van Achenbach de eerste keus zijn. Echter, kennis over de oorzaken die aan sociaal-emotionele en gedragsproblemen ten grondslag liggen, werden overwegend gerapporteerd in termen die verwijzen naar de DSM. Dit gold trouwens ook voor het onderzoek naar de effectiviteit van therapie. Voor een gecombineerd gebruik van DSM en de Achenbach vragenlijsten was wel iets te zeggen, maar het was onduidelijk hoe dit zou moeten.

Het onderzoek begon met het promotieproject van Nicole Krol. Na een vergelijking tussen de DSM en de Child Behavior Checklist (CBCL) van Achenbach werd besloten om eerst met de CBCL van start te gaan. Het doel van het project was drieledig: nagaan of met de items van de CBCL het beoogde domein van probleemgedragingen voldoende was afgedekt, nagaan welke cognitieve operaties ervaren diagnostici (in haar onderzoek experts genoemd) gebruiken om gedragsproblemen te classificeren, en nagaan in hoeverre deze classificaties corresponderen met de syndroomschalen van de checklist. Om de expertstatus van de opgespoorde kennis te controleren werden de classificatietaken en de hardop denkopdrachten ook door novieten uitgevoerd. Krol concludeerde dat de ervaringskennis onvoldoende met het itembestand correspondeerde om als aanvulling daarop benut te worden. Ook het itembestand van de checklist moest gerevisieerd

worden, zodat het geschikt was om als onderdeel van een computerondersteund systeem van diagnostische besluitvorming te functioneren (Krol, De Bruyn & Van den Bercken, 1995).

Marjolijn Vermande betrok in haar promotieproject naast de CBCL nu ook de DSM. Wat beide te bieden hebben, werkte ze zowel conceptueel-analytisch als empirisch grondig uit. Ze ontwikkelde een computerprogramma waarmee de mate van correspondentie tussen de syndromen uit beide classificatiesystemen nauwkeurig bepaald kan worden. Dit maakte het mogelijk gevalsbeschrijvingen met een vooraf bepaalde mate van correspondentie te construeren en aan te bieden in zowel het DSM- als CBCL-format. Toen kon het eigenlijke experiment uitgevoerd worden. Doel was het onderzoeken van de effecten van het DSM- en CBCL-format op de inhoud en kwaliteit van de hypothesen die de diagnostici ter verklaring van de problemen formuleerden. Hoewel de verschillen marginaal waren, leek het DSM-format een gunstiger effect te hebben op het proces van hypothesevorming dan het CBCL-format (Vermande, Van den Bercken & De Bruyn, 1994).

Het onderzoek van Krol en Vermande leidde ertoe dat zowel de DSM als de CBCL in een computerondersteund programma worden opgenomen, zij het dat de CBCL werd uitgebreid met items die corresponderen met symptomen uit de DSM. Dit programma heet MAD, acroniem voor Machine Aided Diagnosis. Voor de correspondentieregels uit MAD heeft het werk van Vermande de basis gelegd. Krol nam de verdere ontwikkeling en validering van het programma ter hand. Over de huidige stand van zaken is dit jaar nog gepubliceerd (Krol, De Bruyn, Coolen & Van Aarle, 2006).

Het project van Wendy Jansen is het laatste dat ik op het gebied van diagnostische besluitvorming heb mogen begeleiden. Het is ook het gepaste sluitstuk van de reeks, omdat het abstraheert van specifieke domeinkennis en dus niet onder een van de inhoudelijke projecten is onder te brengen. De symptomen die de diagnostici moesten classificeren waren fictief, evenals uiteraard de syndromen waartoe zij behoren. De rode draad door haar experimenten was de vraag onder welke vorm de te classificeren informatie moet worden aangeboden dan wel gemanipuleerd om een succesvolle classificatie van symptomen in syndromen te bevorderen. Hierbij heeft Jansen niet alleen gekeken naar de uitkomsten van de classificatie, maar ook naar het proces op grond waarvan de classificaties totstandkomen. Door deze manier van werken heeft zij bijvoorbeeld kunnen vaststellen dat classificatie beter lukt als niet de typicaliteit, maar de diagnosticiteit van het symptoom wordt benadrukt.

TERUG NAAR TESTDIAGNOSTIEK?

Mijn actieve bemoeienis met het onderzoek naar diagnostische besluitvorming kreeg een eindpunt met de benoeming in 2002 van Cilia Witteman op de Van der Leeuwleerstoel Psychodiagnostiek, in het bijzonder de diagnostische besluitvorming. Dit was

voor mij een zeer gelukkige ontwikkeling. De leerstoel Psychodiagnostiek en het onderzoek naar diagnostische besluitvorming werd immers gecontinueerd, terwijl mij nog enige tijd werd gegund om te participeren in drie promotieprojecten (zie Bijlage 3). In de projecten van Gert Kroes en Willeke Manders was ik tweede promotor. Voor deze projecten heb ik intensief samengewerkt met Han Oud, Ron Scholte, Jan Janssens en Jan Willem Veerman; en voor de projecten van Marc Delsing en Manders met Bill Cook. Ik hoop dat zij er begrip voor opbrengen dat ik nu enkel naar dit onderzoek refereer vanuit het perspectief van de diagnostische besluitvorming.

In elk van de genoemde projecten gaat het om vragen naar de validiteit van meet-instrumenten die bij de gezinsdiagnostiek en bij de onderkenning van sociaal-emotionele en gedragsproblemen bij kinderen worden ingezet. Op het eerste gezicht pakte ik hiermee de draad van onderzoek op het domein van de testdiagnostiek weer op. Mijn engagement in deze projecten had nu evenwel alles te maken met het feit dat in deze projecten fundamenteel onderzoek werd gedaan naar een probleem dat ook in de diagnostische besluitvorming levensgroot aanwezig is, namelijk hoe om te gaan met de verschillen tussen zelfrapportage (self-report) en rapportage door anderen (other-report), en tussen de rapportages van anderen onderling. In de klinische onderzoeksliteratuur wordt dit doorgaans 'het informantprobleem' genoemd. Nog steeds, zoals blijkt uit de recente publicatie van Kraemer et al. (2003), is men er niet in geslaagd een gouden standaardaanpak voor de diagnostische besluitvorming te ontwikkelen. Hier ligt dus nog een grote uitdaging. Mijn deelname aan genoemde projecten heeft mijn inzicht in de aard van het probleem verdiept. Ik hoop dit inzicht te zijner tijd om te kunnen zetten in richtlijnen ter ondersteuning van de diagnostische besluitvorming in de praktijk.

De titel van mijn afscheidscollege is de vraag die ik mezelf op het einde van mijn loopbaan heb gesteld: 'Van testdiagnostiek naar diagnostische besluitvorming, en terug?' Nu ik alles overzie, is mijn conclusie: ik ben niet terug- maar verdergegaan.

DANKWOORD

Toen ik mijn leeropdracht aanvatte, vond ik het belangrijk lijnen uit te zetten en ideeën voor verdere ontwikkeling van het vakgebied van de psychodiagnostiek te verkondigen. Bij het afscheid nemen heb ik mij tot een terugblik beperkt. Dit wordt mij overigens makkelijk gemaakt door het besef dat ik voor de ideeën die toch blijven komen – ook als het om de diagnostische besluitvorming gaat – in de toekomst nog wel gehoor zal vinden bij de personen waarmee ik zo intensief heb samengewerkt.

Voor mij is op deze plaats nu het moment gekomen om allen dank te zeggen voor de uitdaging en ondersteuning die zij mij gedurende mijn loopbaan hebben gegeven. Door de aard van mijn leerstoel heb ik met zeer velen in het beroepsveld uitdagende en inspirerende contacten gehad, niet in het minst door de mogelijkheden die de beroepsvereniging van psychologen (NIP) en pedagogen (NVO) mij hebben geboden om de

belangen van de diagnostiek in tal van commissies als lid dan wel als voorzitter te behartigen. Ik ben het NIP en de NVO hiervoor zeer erkentelijk. Helaas is het binnen het tijdsbestek van dit afscheidscollege onmogelijk om allen met wie ik in dit verband heb samengewerkt met name te kunnen noemen. Mijn dank aan het NIP en de NVO is uiteraard en niet in de laatste plaats ook voor hen bestemd.

Ook ben ik veel dank verschuldigd aan drie personen van buiten de universiteit die het mij mogelijk hebben gemaakt om in de diagnostische praktijk onderzoek naar diagnostische besluitvorming en de ondersteuning daarvan op te zetten. Ik noem hen bij naam. Frans Kauffman, voormalig directeur van het Pedagogisch Instituut en vervolgens van De Waarden. René Erckens, voormalig directeur van de RIAGG te Heerlen. Leo Bischops, voormalig plaatsvervangend directeur jeugdbeleid van het Ministerie van Onderwijs, Wetenschap en Sport (vws). Beste Frans, René en Leo, de ondersteuning die jullie mij hebben gegeven, zal ik nooit vergeten. Mijn zeer grote dank. Ik hoop dat jullie tevreden zijn met de resultaten die jullie ondersteuning heeft opgeleverd.

Omdat mijn leerstoel zowel bij pedagogische wetenschappen en onderwijskunde als bij psychologie was ondergebracht, en het onderzoek naar diagnostische besluitvorming onder de vlag van het Nijmeegs Instituut voor Cognitie en Informatie (NICI) kon worden uitgevoerd, heb ik met zeer velen binnen de faculteit meer dan oppervlakkige contacten gehad. Zo heb ik het althans ervaren. De gedachtewisselingen en discussies over onderzoek, praktijk en wetenschap, niet alleen tijdens geplande afspraken en vergaderingen, maar ook bij toevallige ontmoetingen in de wandelgangen, creëerden voor mij een intellectueel klimaat dat ik voor geen geld had willen missen. Het is een luxe om in een fraaie omgeving in een dergelijk klimaat te kunnen werken. Zij die hiertoe hebben bijgedragen ben ik veel verschuldigd. Ik hoop dat zij zich in mijn woorden herkennen en mijn dank ook op zich weten te betrekken.

Mijn dank geldt ook de medewerkers en collegae van de zusterfaculteiten in Nederland die bereid waren voor mij wat van hun kostbare tijd uit te trekken. Ik hoop dat zij het mij niet kwalijk nemen dat ik hier slechts de naam van wijlen Jan Sniijders noem. Jan was mijn mentor op het pad van het schrijven van mijn eerste boek over psychodiagnostiek. Ik herinner mij de gesprekken bij hem thuis te Haren in dank en weemoed.

Uiteraard breekt onderzoek door grenzen heen. Met velen in het buitenland heb ik inspirerende contacten gehad. Ik beperk mij tot de namen van collegae met wie ik tijdens kortere dan wel langere werkverblijven gesprekken heb kunnen voeren die mij veel hebben geleerd. Wat diagnostische besluitvorming betreft zijn dit Hans Westmeyer (Berlijn), Lee Roy Beach (Tucson), Steve Haynes (Honolulu) en John Morton (Londen). Wat gezinsdiagnostiek betreft vermeld ik Bill Cook (Portland, Maine).

Tijdens mijn loopbaan aan deze universiteit heb ik ook deel uitgemaakt van een aantal commissies en besturen, soms als lid en soms als voorzitter. De laatste functie in dit verband was die van voorzitter van de toenmalige afdeling pwo. Naast de voorzit-

ter bestond het bestuur uit de directeur onderzoek, toentertijd Hetty Dekkers, en de toenmalige en ook huidige directeur onderwijs Jan Janssens. Het bestuur werd ondersteund door secretaris Rien van de Sande, assistent-beheerder Monique Hermans en personeelsadviseur Marlies Bongers. Allen ben ik zeer erkentelijk voor de wijze waarop zij het mij mogelijk maakten het voorzitterschap uit te oefenen. Dit laatste geldt ook voor alle collegae, stafleden en medewerkers die mij toen hun vertrouwen hebben gegeven. Ik hoop dat ik dit vertrouwen niet heb beschaamd. Dit geldt ook voor het toenmalige faculteitsbestuur en de medewerkers van het faculteitsbureau die mij steeds met raad en daad hebben bijgestaan. In de personen van Charles de Weert en Guus van Berkum dank ik ook alle decanen, directeuren en secretarissen die mij tijdens mijn loopbaan hebben ondersteund. Deze dank is meer dan plichtmatig. In u, mijnheer de rector, dank ik ook deze universiteit die mij de kans heeft gegeven mijn hoogleraarschap op de diverse niveaus van onderwijs, onderzoek en bestuur zo te ontwikkelen als ik heb gedaan.

Een groot aantal personen met wie ik tijdens mijn loopbaan heb samengewerkt heb ik – mede als blijk van erkenning – al tijdens dit afscheidscollege genoemd. Uiteraard gaat mijn dank ook naar mijn directe collegae, medewerkers en secretaresses van de secties orthopedagogiek en ontwikkelingspsychologie, die mij al die jaren een zo voortreffelijke en amicale thuisbasis hebben geboden. Een speciaal woord van dank aan Ans de Wit. Zij heeft de werkgroep psychodiagnostiek met zorg en toewijding secretariael ondersteund en was nauw betrokken bij de uitgave van de boeken over diagnostische besluitvorming. En nu dan de groep die bij de opzet en verdere uitwerking van de Diagnostische Cyclus een onmisbare rol hebben gespeeld. Ik vermeld hun namen met warme waardering: Edward van Aarle, John van den Bercken, Marianne Commandeur, Mélou Jansen, Nicole Krol, Noëlle Pameijer, Wied Rijssenaars, Henk Rost en Cees de Wit. Edward, John, Marianne, Mélou, Nicole, Henk en Cees, met veel plezier denk ik terug aan de soms stormachtige discussies tijdens de casuïstiekbesprekingen en met niet minder plezier aan de gezamenlijke etentjes die daar meestal op volgden in een niet nader te noemen eetgelegenheid. Wied en Noëlle, met jullie ben ik aan een nieuw publicatieavontuur begonnen, dat van een boek met casuïstiek dat – hoe kan het ook anders – vanuit de optiek van de diagnostische cyclus wordt geschreven. Mijn dank dat jullie ook voor dit project met mij in zee durven gaan.

De leerstoel Psychodiagnostiek is met de benoeming van Cilia Witteman als mijn opvolger in zeer goede handen. Beste Cilia, de groep van medewerkers rond diagnostische besluitvorming koerst nu onder jouw leiding. De inzet en loyaliteit die ik van hen mocht ervaren was bijzonder groot. Diezelfde inzet en loyaliteit wens ik ook jou toe.

Lieve Mar, dit afscheidscollege draag ik aan jou op.

Ik heb gezegd.

LITERATUURVERWIJZINGEN

- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.
- American Psychiatric Association (3rd rev. ed. 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington, DC: Author.
- Blonk, A.M., van den Bercken, J.H.L., & De Bruyn, E.E.J. (1996). Evaluation of DYSLEXPERT: A comparison of a knowledge-based system with experienced clinicians in the diagnosis of dyslexia. *Computers in Human Behavior*, 12, 567-586.
- De Bruyn, E.E.J. (1984). *Psychodiagnostiek in ontwikkeling*. Rede Katholieke Universiteit Nijmegen.
- De Bruyn, E.E.J. (1985). *Psychodiagnostiek: Een systematische inleiding vanuit het klinische gezichtspunt*. Rotterdam: Lemniscaat.
- De Bruyn, E.E.J. (1992). A normative-prescriptive view on clinical psychodiagnostic decision making. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 163-171.
- De Bruyn, E.E.J. (2001). The assessment proces. In: R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment* (pp.93-97) Vol.1. London: Sage.
- De Bruyn, E.E.J., Pameijer, N.K., Ruijsenaars, A.J.J.M., & van Aarle, E.J.M. (1995). *Diagnostische besluitvorming: Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven: Acco.
- De Bruyn, E.E.J., Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & van Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Acco.
- De Groot, A.D. (1950). *Het object der psychodiagnostiek*. Rede Universiteit van Amsterdam.
- De Groot, A.D. (1961). *Methodologie: Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. 's-Gravenhage: Mouton.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., & Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the assessment process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 187-200.
- Jäger, R.J. (1986). *Der diagnostische Prozess: Eine Diskussion psychologischer und methodischer Randbedingungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., & Kupfer D.J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1566-1577.
- Krol, N.P.C.M., De Bruyn, E.E.J., & van den Bercken, J.H.L. (1995). Intuitive and empirical prototypes in childhood psychopathology. *Psychological Assessment*, 7, 533-537.
- Krol, N.P.C.M., De Bruyn, E.E.J., Coolen, J.C., & van Aarle, E.J.M. (2006). From CBCL to DSM: A comparison of two methods to screen for DSM-IV diagnoses using CBCL data. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 127-135.
- Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M., & De Bruyn, E.E.J. (1995). Beoordeling ernst problematiek bij kinderen en jeugdigen: Een landelijke consensuslijst. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 399-409.
- Pijnenburg, H.M., & De Bruyn, E.E.J. (1995). Psychodiagnostische besluitvorming in teamverband. *Kind en Adolescent*, 16, 88-110.

- Van Aarle, E.J.M., & van den Bercken, J.H.L. (1992). The development of a knowledge-based system supporting the diagnosis of reading and spelling problems. *Computers in Human Behavior*, 8, 183-201.
- Vermande, M.M., van den Bercken, J.H.L. & De Bruyn, E.E.J. (1994). Classifying behavioral and emotional problems by means of DSM-III-R and CBCL: Effects on psychodiagnostic hypotheses. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 200-213.
- Westmeyer, H. (1972). *Logik der Diagnostik: Grundlagen einer normativen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Westmeyer, H. (1975). The diagnostic process as a statistical-causal analysis. *Theory and Decision*, 6, 57-86.

BIJLAGE 1: PROMOTIEPROJECTEN TESTDIAGNOSTIEK

Titel proefschrift	Jaartal	Gepromoveerde	Medebegeleiders
Motiveren en motivatie in het speciaal onderwijs	1985	Peter de Kuijer	John van den Bercken
Sociale vaardigheids-trainingen voor visueel gehandicapte adolescenten: De ontwikkeling en evaluatie van een methode voor de behandeling van sociale aanpassingsproblemen	1988	Rob van Beek	Han Oud Bart Dechesne
The influence of external rewards and performance feedback on dynamic aspects of task motivation	1989	Tilly Houtmans	John van den Bercken
Play: A study into the observation of play and the relationships between play, creativity, leisure and some parental characteristics	1994	Lisette van de Poel	Henk Rost Marianne Riksen-Walraven
Facets of achievement motives: Structural analyses of a questionnaire based on facet design	1995	Paul Talsma	John van den Bercken

Constructing monitoring systems In the behavioral sciences: The SEM state space approach	1997	Robert Jansen	Han Oud
The assessment of depression in children aged 6 through 8	2002	Jessica van Mulligen	Ron Scholte Cees de Wit
Juvenile criminal recidivism: Relations with personality and post release environmental risk and protective factors.	2005	Coleta van Dam	Jan Janssens*

* Eerste promotor

BIJLAGE 2: PROMOTIEPROJECTEN DIAGNOSTISCHE BESLUITVORMING

Titel proefschrift	Jaartal	Promovendus	Medebegeleider
In search of expert knowledge: An exploratory study on expert knowledge in the domain of the classification of problem behaviours in children	1992	Nicole Krol	John van den Bercken
Model-based diagnosis in the ill-defined domain of beginning reading	1994	Rijer Grimbergen	Eddy Roskam* Edouard Hoenkamp Edward van Aarle
Psychodiagnostics: Classification and hypothesis-generation.	1995	Marjolijn Vermande	John van den Bercken
Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences : Exploring a domain	1996	Huub Pijnenburg	
Dyslexpert: The development of an expert system for the diagnosis of reading and spelling problems	1997	Anita Blonk	John van den Bercken

Titel proefschrift	Jaartal	Promovendus	Medebegeleider
De taxatie van de ernst van probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen: De ontwikkeling van een praktijkinstrument	1999	Huub Pelzer & Pim Steerneman	Jan Willem Veerman*
Indications for foster care in The Netherlands: An evaluation and model proposal	2003	Ronald de Meyer	Luc Robbroeckx
The use of symptom knowledge in diagnostic classification	2004	Wendy Jansen	John van den Bercken

* Tweede promotor

BIJLAGE 3: PROMOTIEPROJECTEN INFORMANTENPROBLEEM

Titel proefschrift	Jaartal	Gepromoveerde	Mede-begeleider
Family justice and trust: Analysis of intergenerational, cross-sectional and longitudinal family data by means of the social relations model	2004	Marc Delsing	Han Oud Ron Scholte
Families and adolescent problem behavior	2006	Willeke Manders	Jan Janssens* Ron Scholte
The perception of problem behavior: The role of informant, personality and context	2006	Gert Kroes	Jan Willem Veerman*

* Eerste promotor