

# De complexiteit van klinische psychodiagnostiek vraagt methodologische diversiteit

*Nicole Vliegen, Karin Hannes, Patrick Meurs*

## SAMENVATTING

In dit artikel stellen we een recente evolutie in de psychodiagnostiek op het vlak van de samenstelling van de psychodiagnostische toolbox in vraag. De diagnostische instrumenten die op kwalitatieve methoden zijn gebaseerd, zijn zowel in de opleidingen psychologie als in het werkveld van de klinisch psycholoog steeds meer ondervertegenwoordigd, ja zelfs afwezig.

We beschrijven een aantal veelgehoorde misvattingen over kwalitatieve methoden in het psychodiagnostische onderzoek en bieden handvatten voor het analyseren van diagnostische informatie die op basis van kwalitatieve methoden wordt verkregen. We benadrukken ook het belang van methodische diversiteit in de psychodiagnostiek. Die diversiteit laat toe om flexibel, afhankelijk van de diagnostische vragen die zich aandienen, voor de meest geëigende testinstrumenten of methoden te kiezen.

## Inleiding

### Casus

De heer M., vader van de zevenjarige Petra<sup>1</sup>, neemt contact op met een kinderpsycholoog. Hij maakt zich zorgen over Petra, die amper nog speelt, veel huilt, weinig eet en tegen haar zin naar school gaat. Hij vertelt dat Petra erg veranderd is sinds het overlijden van oma, die de moederrol vulde sinds Petra, toen ze één jaar oud was, haar moeder verloor. De heer M. heeft in een tijdschrift gelezen dat kinderen - net als volwassenen - depressief kunnen zijn en hij vraagt zich af of dat bij Petra het geval kan zijn. De psycholoog besteedt vier sessies aan het testen van Petra. Zij vertelt de psycholoog hoe moe ze is in de klas. Wanneer Petra vrij mag tekenen, tekent ze een donkere zon die achter de wolken zit te huilen. Ze wil écht geen vraagjes beantwoorden, zegt ze lusteloos, dat vindt ze zo saai en vermoeiend. In de conclusie van het verslag van de psycholoog/psychodiagnosticus lezen we het volgende: "Of Petra depressief is, kunnen we op basis van onze diagnostiek niet besluiten, aangezien Petra weigerde de depressievragenlijst voor kinderen (DVK) in te vullen. Latere testing [lees: met die vragenlijst] zal moeten uitwijzen wat er precies aan de hand is."

Bij klinische psychodiagnostiek - zowel bij kinderen, jongeren als volwassenen<sup>2</sup> - is een wetenschappelijke benadering van cruciaal belang. Dat daarbij een kwantitatieve onderzoeksmethodologie als kader wordt gehanteerd, lijkt hoe langer hoe meer vanzelfsprekend. Degelijke test-instrumenten met goede psychometrische kwaliteiten zijn onontbeerlijk voor het maken van een goede inschatting van een bepaalde problematiek. Echter, de visie die resultaten van een diagnostisch onderzoek slechts als waardevol en geloofwaardig beschouwt wanneer die louter gebaseerd zijn op kwantificeerbare gegevens, heeft een schaduwzijde. Ze leidt ertoe dat in de diagnostische praktijk voorbij wordt gegaan aan dimensies die inherent zijn aan een kwalitatief onderzoeksperspectief en die essentieel zijn bij het maken van de juiste keuzes voor een cliënt, zoals: de context waarin de cliënt zich bevindt, zijn ontwikkelingsgeschiedenis, de beleving van en betekenisverlening door de cliënt, en de ervaring die de therapeut heeft opgebouwd bij het zoeken naar een gepaste oplossing voor een bepaalde individuele casus. Groth-Marnat (2009, p. 3) stelt dat een clinicus die psychodiagnostische vragen wil beantwoorden, kan putten uit methoden die passen bij diverse kennisdomeinen, en dat hij data afkomstig uit interviews, observaties en psychologische tests van allerlei aard tot integratie dient te brengen. Henderson en Martin (2014) beschrijven hoe een assessmentproces dient te leiden tot een *case formulation*, waarin het narratieve verhaal van de cliënt en alle cruciale informatie uit onderzoeken en gesprekken worden samengebracht. Bij kinderen betreft dat bijvoorbeeld informatie afkomstig van contacten met het kind zelf, de ouders en andere mensen uit de omgeving van het kind.

Belangrijke onderdelen van het diagnostische materiaal vergen bijgevolg een kwalitatief methodologisch perspectief. Kwalitatieve methodologie laat immers toe subjectieve ervaringen te begrijpen vanuit de natuurlijke context waarbinnen ze gegenereerd worden. Zo vragen we ons enerzijds af wat twee grote verlieservaringen betekenen in het leven van een zevenjarig meisje zoals Petra (subjectieve ervaring), en stellen we ons anderzijds de vraag of de familiale context van dat kind ruimte biedt voor een intens rouwproces; de familie worstelt immers ook met moeilijke affectieve processen (familiale en bredere relationele context).

Op die manier wordt gestreefd naar een zinvolle interpretatie van fenomenen, in bewoordingen die recht doen aan de betekenis die iemand eraan geeft binnen een specifieke context (Crowe, Inder, & Porter, 2015). Die betekenis komt tot stand in de interactie tussen de psycholoog en de cliënt, een proces waarbij een groot appel wordt gedaan op de competentie van de diagnosticus om die informatie bijvoorbeeld te interpreteren vanuit een hermeneutisch perspectief. Binnen dat hermeneutische perspectief worden we zelf het instrument dat helderheid moet brengen. Maar in de praktijk knelt daar de schoen: het belang van het hermeneutische perspectief op het diagnostische proces blijft in opleiding en praktijk hoe langer hoe meer een onderbelicht aspect.

## De historische evolutie: een slingerbeweging?

*Of het een interessante stage was, vraag ik een pas als klinisch kinderpsycholoog afgestudeerde collega, en of ze veel geleerd heeft? Ja hoor, zeker over diagnostiek heeft ze veel opgestoken. Wel jammer dat ze alleen vragenlijstmateriaal mocht gebruiken. Gesprekken en tekeningen mocht ze niet gebruiken, wegens 'niet betrouwbaar', leerde ze van haar stagebegeleider.*

Dat in de loop van de tijd de klemtoon is verschoven van een meer hermeneutisch geïnspireerde - met andere woorden kwalitatieve - benadering naar kwantitatieve methodologie, heeft meerdere redenen. Waar in de eerste helft van de vorige eeuw volop werd onderzocht hoe projectieve technieken konden helpen om iets van iemands binnenwereld te begrijpen, ontstond in de jaren 1940 binnen militaire, industriële en schoolsettings (Groth-Marnat, 2009) de vraag naar valide en betrouwbare testinstrumenten. Daarmee wilde men uit grote groepen mensen bepaalde kandidaten selecteren op basis van objectiveerbare gegevens. Individuen werden vergeleken met de gemiddelde norm in een bepaalde populatie. Men wilde aldus mensen classificeren en kandidaten uitkiezen voor een baan waarbij de testuitslag een goede predictie inhield van hun toekomstige prestaties in die werkomgeving. Ook vanuit epistemologische overwegingen werden kwantitatieve instrumenten belangrijker. Niet alleen in de wetenschappen, maar ook in de klinische praktijk luidde de eerste vraag: wat kunnen we 'objectief' kennen? Daarbij werd men zich bewust van de invloed van de persoon van de diagnosticus op zijn beslissingen en groeide er enig wantrouwen tegenover het interpretatieve werk, zeker wanneer die interpretatie gebaseerd was op een weinig geëxpliciteerde methode: een oordeel gemotiveerd vanuit klinische ervaring en intuïtie, en/of een voorafbestaand theoretisch kader. Uiteraard houdt een gebrek aan systematiek bij het inzetten van kwalitatieve - interpretatieve - evaluaties risico's in. Bij te weinig systematisch navragen en interpreteren, of bij gebrek aan een goede 'interpretatieve sleutel', bestaat het risico dat eigen accenten of persoonsgebonden stokpaardjes van de diagnosticus leiden tot minder goed onderbouwde interpretaties en tot overdiagnosticering van een bepaalde problematiek, terwijl blinde vlekken van de diagnosticus dan weer maken dat andere problemen over het hoofd worden gezien. Er kunnen slordigheden - nattevingerwerk - optreden bij het interpreteren. Parallel met de groeiende kritiek op het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing van het interpretatieve werk binnen de diagnostiek, nam de psychometrische kwaliteit van kwantitatieve diagnostische instrumenten toe. Daarbij vatte de optimistische gedachte post dat wanneer één test een accurate beschrijving kan bieden van een bekwaamheid of een kenmerk, een reeks of batterij van tests een totaalbeeld van de persoon kan creëren (Groth-Marnat, 2009, p. 3-4). Dat zou dan het menselijke interpretatiewerk overbodig maken. De 'logische conclusie' dat een testbatterij de beste weg is om te komen tot een adequate inschatting van de problematiek van een cliënt, ligt dan min of meer voor de hand. Pogingen om 'projectief' of *performance-based* materiaal te valideren vanuit een kwantitatief methodologisch perspectief slaagden slechts gedeeltelijk, terwijl de eis groeide dat de diagnosticus zich moet laten leiden door *evidence*. Dat zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve methode neutraliteit nastreeft en gegrond is op de data, werd daarbij uit het oog verloren. Een paradigma (kwalitatieve methodologie) werd verward met een houding in de praktijk (gebrek aan systematiek). Vervolgens rijst de vraag: 'Wat is evidence?' De laatste jaren is er een groeiend besef dat *evidence* verschillende vormen kan aannemen en dat bepaalde vragen beter te beantwoorden zijn vanuit een kwalitatieve dan vanuit een kwantitatieve invalshoek. Denk bijvoorbeeld aan evaluaties over de haalbaarheid of de toepasbaarheid van een interventie die op basis van een bepaald diagnostisch profiel wordt gesuggereerd (Hannes, Booth, Harris, & Noyes, 2013). Echter, die manier van denken heeft tot op heden weinig toepassing gevonden in het diagnostische proces en dat heeft ertoe geleid dat men in de psychodiagnostische praktijk - die kwalitatieve methoden als onbetrouwbaar beschouwt - een (haast) eenzijdige kwantitatieve benadering van het diagnostische proces hanteert. En wanneer toekomstige diagnostici zich

onvoldoende kunnen scholen in de hermeneutiek, zullen ze de mogelijkheden van die benadering te weinig leren kennen om ze waar nodig te kunnen inzetten. Bovendien laat de tijdsdruk waaronder professionals moeten werken, weinig ruimte om die vaardigheden tijdens hun verdere carrière uit te bouwen. Ook Timbremont en Braet (2005) waarschuwen: vragenlijsten zijn efficiënt qua tijdsduur (vaak kort), goedkoop en gemakkelijk te scoren; die kenmerken maken vragenlijsten geschikt om “in de eerste fase in te zetten als screeningsinstrumenten”, maar “de totaalscore op een vragenlijst staat niet gelijk aan een diagnose”. Jellinek en McDermott (2004) stellen dat bijvoorbeeld in de kinderpsychiatrische diagnostiek de competitie tussen de kwantitatieve benadering, die accuraat beoogt te zijn, en de kwalitatieve benadering, die betekenisgericht wil zijn, eerder tot een betreurenswaardige splitsing heeft geleid dan tot de meer wenselijke integratie en complementariteit; eerder tot een verlies van complementair perspectief dan tot het besef dat men vanuit diverse benaderingen meer te weten kan komen over een cliënt. De meerwaarde van een kwalitatieve, betekenisgerichte benadering is gelegen in de meer gedetailleerde, diepgaande en contextgevoelige beschrijving van de belevingswereld en de situatie van de cliënt. Anders dan wanneer hij louter uit zou gaan van een diagnostisch vastgestelde problematiek, wordt het daardoor voor de clinicus gemakkelijker om een hulpverleningsaanbod te doen dat nauw aansluit bij wat het individu hier en nu nodig heeft, gegeven de (ontwikkelings)problematiek die hem parten speelt.

Internationaal is er sinds enkele decennia binnen diverse domeinen van de menswetenschappen, zoals de geneeskunde, een duidelijke pendelbeweging zichtbaar, waarbij kwantitatieve methodologie wordt aangevuld met een kwalitatief perspectief. Binnen dat kwalitatieve perspectief is er een sterke klemtoon komen te liggen op kwaliteitscriteria en op rigoureuze methoden om data te verzamelen, te analyseren en te interpreteren. Zo werd de eerste systematische review waarin inzichten uit kwalitatieve studies werden gesynthetiseerd in 2013 gepubliceerd in de *Cochrane Library* (Gülmezoglu, Chandler, Shepperd, & Pantoja, 2013), om en bij twee decennia nadat de *Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group* boven de doopvont werd gehouden. Het achterliggende idee was de erkenning dat de inzichten die via kwalitatieve methodologie worden verworven, bijdragen aan de beschikbare kennis die gezondheidsorganisaties nodig hebben om beslissingen te kunnen nemen. Die review was een belangrijke mijlpaal voor de werkgroep, maar in de psychologie lijkt die beweging slechts moeizaam - opnieuw - ingang te vinden. Nochtans biedt de hernieuwde aandacht voor *mixed method*-benaderingen kansen om niet alleen kwalitatieve inzichten maar ook kwalitatief-analytische competenties bij te schaven.

### Complementaire perspectieven als bouwstenen van *good practice* en professionele identiteit

Groth-Marnat (2009) stelt dat de diagnosticus de opdracht heeft een inschatting te maken van het persoonlijk functioneren van een individu, en wel op zo'n manier dat die inschatting kan helpen bij de oplossing van het probleem. Daarbij is een objectief perspectief, dat gericht is op accuraat meten, even cruciaal als een subjectief perspectief, gericht op het beluisteren van beleving en op het achterhalen van betekenis. De resultaten van de gemengde kwalitatief-kwantitatieve benadering dienen bovendien in de context en de levensloop van de cliënt

geplaatst te worden om tot verdere beslissingen over behandeling te komen. Een verenging van de aanpak kan verstrekkende gevolgen hebben. Zo zien we in ons voorbeeld dat Petra beschouwd wordt als ‘niet te testen’ omdat ze geen vragenlijst wenst in te vullen.

Bij methodologen als Minichiello (1990; zie tabel 1) vinden we aanknopingspunten bij het beantwoorden van de vraag welke klinische kwesties een meer kwantitatieve benadering vergen, en welke een meer kwalitatieve benadering. Wanneer de vraag eerder categoriserend van aard is (bijvoorbeeld: ‘Heeft Thomas ADHD?’; ‘Is het moeilijke gedrag van Feline een gedragsstoornis te noemen?’), is kwantitatief materiaal nodig om een antwoord te formuleren. Wanneer de diagnosticus wil weten hoe een cliënt scoort op een intelligentietest en hoelang de aandachtsspanne van een kind is, wil hij exact weten hoe die intelligentie en aandachtsspanne zich verhouden tot het gemiddelde van alle kinderen van die leeftijd. Een kwantitatief perspectief op diverse domeinen van intelligentie en aandacht zal helpen goede keuzes te maken inzake de meest faciliterende leeromgeving en inzicht verschaffen betreffende de mogelijkheden om te remediëren en/of ondersteuning te bieden.

**[ Tabel 1 ]** Vragen en perspectief.

	<b>Kwantitatief perspectief</b>	<b>Kwalitatief perspectief</b>
Conceptueel	Ontdekken van feiten /verzamelen van feitelijk materiaal Betreft ± vastliggende aspecten van de realiteit, gedrag dat afgebakend en voorspelbaar is	Begrijpen van het persoonlijke perspectief Betreft de dynamische en onderhandelbare aspecten van de realiteit, gedrag dat veranderlijk en contextgevoelig is
Methode	Data worden verzameld door te meten en te tellen Data worden voornamelijk geanalyseerd door numerieke vergelijking (met gemiddelden en medianen)	Data worden verzameld door te interviewen en te observeren Data worden voornamelijk geanalyseerd door betekenisvolle categorieën en thema's te genereren en/of een fenomeen in beeld te brengen.
Rapport	Weergave van de statistische vergelijking	Talige en/of visuele weergave van de besproken en in spel en tekening aangebrachte thema's

(Gebaseerd op Minichiello, 1990, p. 5)

Is de vraag eerder exploratief en begrijpend (bijvoorbeeld: ‘Hoe komt het dat Petra het plots op school zoveel slechter doet en zoveel stiller is dan gewoonlijk?’), dan is een kwalitatief perspectief aangewezen voor het vinden van antwoorden. De vraag hoe we haar belevingswereld kunnen begrijpen - met welke thema's ze bezig is, welke innerlijke beelden ze heeft over zichzelf en welke verwachtingspatronen ze koestert over anderen in haar leven, alsook hoe dergelijke thema's en relationele beelden met elkaar verbonden zijn - is complex van aard. Die vraag beantwoorden, vergt een kwalitatief georiënteerde aanpak, een hermeneutische ‘leessleutel’ die toelaat haar belevingen, relatiepatronen en gedragingen te begrijpen, van betekenis te voorzien en in een context te plaatsen. Wanneer de diagnosticus wil weten waarom een kind met een bepaalde intelligentie en een specifiek leerprobleem, ondanks alle onder-

steuning en faciliterende maatregelen, zich elke avond in slaap huilt, te kennen geeft dat het een hekel heeft aan school en soms zelfs liever dood wil zijn, is een kwalitatieve benadering eveneens meer aangewezen. Ook bij het beantwoorden van de vraag of een bepaalde vorm van psychotherapie aansluit bij de ontwikkeling en het functioneren van een kind, heeft de diagnosticus meer aan een kwalitatieve dan aan een kwantitatieve benadering. Bij een kwalitatieve benadering wordt met een kind getekend, gespeeld en vrijuit gesproken, deels volgens een protocol met gebruikmaking van semigestructureerd materiaal, deels de stroom van mondelinge en gedragsmatige informatie volgend die het kind tijdens het spelen vrijgeeft. De interpretatie van dergelijk materiaal vraagt een goed onderbouwde kwalitatieve methode.

Wanneer het de taak van de diagnosticus is om zowel categoriserende als belevingsgerichte aspecten aan een vraag te onderscheiden en tezamen te behandelen, dient hij over de competenties te beschikken om beide soorten vragen te herkennen en te beantwoorden. Hij moet kunnen schakelen van het ene naar het andere perspectief en het conflict tussen beide kunnen hanteren in plaats van uit de weg gaan (K. Breesch, persoonlijke communicatie, 8 maart 2016). De vraag over Petra zou verengd kunnen worden tot de louter met kwantitatief materiaal te beantwoorden vraag: 'Behaalt Petra een verhoogde score op een depressievragenlijst?' Maar zo'n puur vragenlijstgestuurde benadering sluit al te vaak het gebruik van andere testinstrumenten uit die ons toelaten Petra beter te begrijpen.

Ook wanneer bij aanmelding de vraag er vooral een is naar het mogelijke diagnostische beeld van een kind, kan het relevant zijn te begrijpen hoe dit kind - met zijn of haar symptomen en 'diagnose' - een weg in het leven vindt, hoe het omgaat met uitdagingen of hoe het ervaringen verwerkt. Bovendien zijn aanmeldingsvragen zelden ondubbelzinnige vragen naar een welbepaalde diagnose. Zo vraagt de vader van Petra zich dan wel af of zijn dochter depressief is, maar misschien vindt Petra die vraag zelf absoluut niet relevant en wil zij vooral verlichting van haar lijden. En soms is er een discrepantie tussen wat een kind tekent en vertelt enerzijds, en wat het invult op een vragenlijst anderzijds. Juist om de diverse perspectieven op een kind in een genuanceerd diagnostisch beeld een plaats te kunnen geven, is een gemengde methode nodig: vragenlijsten en belevingsgerichte instrumenten. Uiteraard vergt een zorgvuldige kwalitatieve analyse zowel goede vaardigheden als een degelijke systematiek in het observeren en ondervragen van cliënten.

### Belevingsgericht materiaal analyseren<sup>3</sup>

Het beschrijven en interpreteren van het narratieve en het observatiemateriaal dat op een zorgvuldige en systematische wijze via belevingsgerichte instrumenten verzameld wordt, vergt een kwalitatieve data-analyse. Met het geheel van interview-, observatie- en testmateriaal gaat de diagnosticus aan de slag 'tot de puzzel past' (Claes, Bijttebier, Vercruyssen, Hamelinck, & De Bruyn, 2006). Ons basierend op auteurs zoals Savin-Baden en Major (2013), beschrijven we drie fasen in het zoekproces: de data-analyse, de interpretatie en het diagnostische verslag als eindproduct van dat kwalitatieve methodologische werk. In de fase van de data-analyse blijven we dicht bij het door het kind geformuleerde materiaal, brengen dat zo goed mogelijk in kaart en maken het klaar voor interpretatie. Bij de interpretatie zoeken we

naar betekenissen en patronen die ons helpen om het gepresenteerde materiaal te begrijpen, we plaatsen die betekenissen en patronen in een breder kader en verbinden ze met wat we al weten over de ontwikkelingsgeschiedenis en levensloop van het kind, de context waarin het kind opgroeit, de hulpvraag van de ouders, enzovoort.

### *Fase 1: data-analyse*

Een toegankelijke manier om aan een data-analyse te beginnen is het ‘vijfstappenplan’ van Savin-Baden en Major (2013). We illustreren die stappen aan de hand van een kort fragment uit de casus Petra. Het betreft een spelfragment aan het einde van het intakegesprek met Petra en haar vader. Deze spelobservatie werd op video opgenomen, vervolgens getranscribeerd en aan de hand van bepaalde aspecten samengevat omwille van de leesbaarheid.

**Karakteriseren.** In een eerste stap bakent men af welke data men zal gebruiken als basis voor verdere analyse. Veelal wordt het geselecteerde en verbatim uitgeschreven materiaal gelezen en herlezen tot de diagnosticus vertrouwd is met de inhoud ervan. Dat proces van ‘onderdompelen’ (*immersion*) is bedoeld om te komen tot een allereerste globaal en intuïtief niveau van begrijpen (*gut level*). Alvorens het materiaal meer specifiek te ‘analyseren’ - in de zin van het ‘in stukken te breken’ of ‘verder op te delen’ - is er een eerste aanvoelen van het geheel ontstaan. De volgende observatie kan uit het geheel van het diagnostische materiaal van Petra worden afgezonderd als een betekenisvolle eenheid. De observatie is kenmerkend voor de manier waarop moeilijke ervaringen in het leven van Petra van invloed zijn op haar affectieve leven en op haar geloof in zichzelf en in haar capaciteiten en talenten. Het sluit aan bij wat meermaals en op diverse manieren ter sprake is gekomen in de loop van enkele diagnostische sessies.

#### **Casus - vervolg**

Petra kiest aan het eind van het intakegesprek in de spelkamer voor een gezelschapsspel met papa. Ze neemt het spel uit de kast en gaat ermee aan tafel zitten. Wanneer ze in het spel op voorsprong staat, verschijnt er een kleine glimlach; wanneer ze in een beurt plots fors achter komt te staan, trekt haar mond wat gespannen samen. De diagnosticus vraagt of ze graag gezelschapsspelletjes speelt, waarop ze nauwelijks merkbaar knikt en op een eerder matte toon en met een zachte stem antwoordt dat ze graag spelletjes speelt.

Vader zegt dat dat er thuis niet zo vaak meer van komt en dat Petra ook liever buiten speelt. Op de vraag van de diagnosticus naar wat ze dan graag speelt wanneer ze buiten is, antwoordt ze zacht dat ze graag fietst, en - met een iets krachtiger stem en iets meer mimiek - dat ze ook hockey speelt. De diagnosticus vraagt vervolgens of ze vindt dat ze dat goed kan. Daarop kijkt ze naar vader en vraagt heel zacht: “Heb ik talenten?” Vader legt zijn hand op haar schouder en antwoordt: “Ik wilde dat je dat weer kon geloven.”

De diagnosticus zegt op een vragende toon: “Misschien is er een talent dat je momenteel even kwijt bent, dat van te geloven in je talenten?” Vader knikt glimlachend, Petra gaat even heel dicht bij vader staan en haalt haar schouders even op. De diagnosticus rondt af met de reactie: “Het is ook daarvoor dat jullie naar hier zijn gekomen, hé, omdat er de voorbije periode heel wat goede dingen verloren zijn gegaan, en daarom gaan we hier ook samen aan de slag.”

Knippen. Zodra men vertrouwd is met het materiaal (*close reading*; Crowe et al., 2015), worden de data ingedeeld in ‘betekenisvolle segmenten’. Zo’n segment kan bijvoorbeeld een verhaal zijn dat door het kind bij een plaat van de Children’s Apperception Test werd verteld. Maar het kan ook zijn dat het verhaal meerdere wendingen neemt; de diverse paragrafen binnen één verhaal worden dan beschouwd als verschillende ‘betekenisvolle fragmenten’ of ‘knipsels’.

De observatiegegevens van Petra worden in deze fase in fragmenten geknipt, die dan in een volgende fase gecodeerd worden.

### Casus - vervolg

Fragment 1. Petra kiest aan het eind van het intakegesprek in de spelkamer voor een gezelschapsspel met papa. Ze neemt het spel uit de kast en gaat ermee aan tafel zitten.

Fragment 2. Wanneer ze in het spel op voorsprong staat, verschijnt er een kleine glimlach; wanneer ze in een beurt plots fors achter komt te staan, trekt haar mond wat gespannen samen. De diagnosticus vraagt of ze graag gezelschapsspelletjes speelt, waarop ze nauwelijks merkbaar knikt, en op een eerder matte toon en met een zachte stem antwoordt dat ze graag spelletjes speelt.

Fragment 3. Vader zegt dat dat er thuis niet zo vaak meer van komt, en dat Petra ook liever buiten speelt. Op de vraag van de diagnosticus naar wat ze dan graag speelt wanneer ze buiten is, antwoordt ze zacht dat ze graag fietst, en - met een iets krachtiger stem en iets meer mimiek - dat ze ook hockey speelt.

Fragment 4. De diagnosticus vraagt vervolgens of ze vindt dat ze dat goed kan. Daarop kijkt ze naar vader en vraagt heel zacht: “Heb ik talenten?”

Fragment 5. Vader legt zijn hand op haar schouder en antwoordt: “Ik wilde dat je dat weer kon geloven.”

Fragment 6. De diagnosticus zegt op een vragende toon: “Misschien is er een talent dat je momenteel even kwijt bent, dat van te geloven in je talenten?” Vader knikt glimlachend, Petra gaat even heel dicht bij vader staan en haalt haar schouders even op.

Fragment 7. De diagnosticus rondt af met de reactie: “Het is ook daarvoor dat jullie naar hier zijn gekomen, hé, omdat er de voorbije periode heel wat goede dingen verloren zijn gegaan, en daarom gaan we hier ook samen aan de slag.”

Beschrijvend coderen. Elk fragment krijgt een descriptief label dat de inhoud en de betekenis ervan omvat. Zo’n fragment gaat over een gedraging, gebeurtenis, activiteit, *state of mind*, betekenis, patroon, relatie, interactie, oorzaak-gevolgsequens of andere zaken. De toegekende code of het label dient het centrale idee van dat fragment weer te geven en sluit zo nauw mogelijk aan bij de tekst. Het label kan een zelfstandig naamwoord (bijvoorbeeld: vader, dood, woede), een adjectief (boos, zorgend, donker), een werkwoord (branden, zorgen, pijn doen), een bijwoord (morgen, buiten) of een ruimere beschrijving van enkele woorden zijn (zoals in het volgende voorbeeld). Op die manier komen bepaalde thema’s in het materiaal bovendrijven en wordt het mogelijk om in de volgende stappen de data nauwkeurig te beschrijven en te analyseren.



**Casus - vervolg**

Fragment 1. Keuze voor gezelschapsspel met papa

Fragment 2. Kleine uitingen van affect bij spel (plezier en frustratie)

Fragment 3. Buiten spelen en sporten en iets krachtiger affect

Fragment 4. Talenten, en er niet (meer) in geloven /zich richten tot /steun zoeken bij vader

Fragment 5. Vader biedt nabijheid en drukt verlangen naar herstel voor zijn dochter uit

Fragment 6. Nabijheid bij vader (wanneer diagnosticus iets terugspiegelt van het 'verloren gaan')

Fragment 7. Afrondende boodschap van hoop door de diagnosticus

*Categoriseren.* De codes of labels uit de vorige stap worden samengebracht in bredere categorieën.<sup>4</sup> Er wordt een stap gezet van het particuliere coderen naar het identificeren van meer algemene patronen of categorieën die de verschillende fragmenten overstijgen, maar die nog steeds nauw aansluiten bij de ruwe data. Wanneer we een meer algemeen voorbeeld geven, los van de casus Petra, vat bijvoorbeeld de categorie 'zorgzame ouderbeelden' verhaalfragmenten samen waarin een vader een pijnlijk plekje verzorgt, een kind blij wordt als oma een verhaal vertelt, en moeder kip haar kuikens lekker eten geeft; de categorie 'explosieve emotie' kan een samenvatting zijn van een tekening waarin een huis ontploft, een verhaal over de boef die de auto in brand steekt, en kinderen die ruzie maken en elkaar slaan zonder dat iemand hen kan stoppen. De categorie 'ruzies tussen siblings' kan verwijzen naar tekeningen en verhalen over vervelende gebeurtenissen tussen broers en zussen.

Het observatiemoment van Petra kunnen we als volgt categoriseren:

**Casus - vervolg**

*Categorie 1.* Spel, speelsheid, sport en hun verhouding tot affectiviteit en vitaliteit (als samenvatting van fragmenten 1, 2 en 3).

*Categorie 2.* Zelfbeeld: al dan niet in jezelf geloven, talenten activeren en het belang van de band met vader hieromtrent (fragment 4).

*Categorie 3.* Zelfbeeld: steun zoeken en vinden bij vader als poging tot coping met onzekerheid (fragmenten 5 en 6).

Fragment 7 betreft een afrondende boodschap van de diagnosticus en wordt niet mee gecategoriseerd.

*Converteren en groeperen als thematische eenheid.* Zodra die meer algemene codes en categorieën zijn toegekend, worden ze samengebracht in ruimere thema's en samenhangende patronen. Het vinden van de dominante thema's in de data vormt de kern van het data-analytische proces. Hiermee wordt de stap van beschrijving naar interpretatie gezet. Tijdens het proces van beschrijven en herschrijven probeert men thema's op een diepgaand niveau te begrijpen, zodat er ruimte ontstaat om in een latere fase de relaties tussen de thema's na te gaan. Thema's worden dan samengebracht tot een narratief.

**Casus - vervolg**

*Van gedeelde spelactiviteit naar het tonen van gevoelens van onzekerheid*

Enerzijds is 'spelen' een thema voor Petra: binnen en buiten spelen, 'gezelschaps-spelen' en sporten. Anderzijds valt op hoe bij het spelen - dat vaak voor intens plezier, maar ook voor ontgoocheling of frustratie kan zorgen - het affect afgevlakt en ingeperkt is. Een uitzondering is het moment waarop Petra over hockey spreekt, waarin het affect even iets groter wordt.

Het spel met haar vader brengt Petra bij het thema 'talenten' en bij de twijfels die ze over haar talenten en haar zelfbeeld heeft. Ze richt zich met haar onzekerheid tot vader, waarmee ze toont dat ze van hem relationele steun verwacht. Vader biedt nabijheid en drukt zijn wens uit dat ze weer in zichzelf kan gaan geloven, waarmee hij begrip uitdrukt voor hoe zijn dochter lijdt onder haar kwetsbare zelfbeeld. (De diagnosticus poogt het hoopvolle dat vader uitdrukt, te versterken en te verbinden met de aanmeldingsvraag waarvoor hulp wordt gezocht.)

*Fase 2: interpretatie*

De volgende stap is die van de interpretatie door het ontrafelen en weergeven (Denzin, 2002) van de betekenissen die in het materiaal opduiken. Interpretatie betreft zowel het proces van het ontrafelen dat tot betekenissen leidt (in die zin is er al sprake van interpretatie tijdens het omschrijven van categorieën en bij het groeperen ervan tijdens de fase van data-analyse), als het weergeven van die betekenissen door ze in een breder narratief te plaatsen.

In het hierboven beschreven stappenplan worden de data om te beginnen opgedeeld in kleinere segmenten, die ons toelaten om precies te beschrijven wat er gezegd of waargenomen werd. Vervolgens worden die kleinere segmenten en thema's vertaald om een breder klinisch probleem (gedrag, persoon, symptomen) te begrijpen in het perspectief van de context, de achtergrond of de onderliggende dynamiek. Enigszins schematisch uitgedrukt: waar analyseren gaat over het ontdekken van patronen in data, gaat interpreteren over het ontdekken van betekenissen die de data helpen verklaren en wel door gerichte hypothesen te formuleren over de aard en het waarom van de samenhang tussen bepaalde codes en categorieën. Een goede 'analyse' is de grondslag van een waarheidsgetrouwe en klinisch geloofwaardige interpretatie. In het observatiefragment toont Petra hoe in haar belevingswereld spel en sport een thema is, evenals de ervaring van 'ondergesneeuwde talenten' en een onzeker zelfbeeld. Ze toont hoe affect en vitaliteit afgevlakt en ingeperkt zijn, en hoe die heel even opflakkeren bij het spreken over hockey. Dat toont iets van het verloren gaan en weer terugvinden van affect en vitaliteit, fluctuaties die deel kunnen uitmaken van een depressieve fase in het leven van een kind. Sport, en in het bijzonder hockey, kan die affectiviteit en vitaliteit helpen aanboren. Verder laat Petra zien hoe de relatie met vader steun biedt bij het hanteren van gevoelens van onzekerheid en hoe ze de vitale relatie met hem nodig heeft om moeilijke gevoelens en ervaringen te kunnen toelaten en verwoorden, ermee om te gaan en (in een latere fase) te verwerken.<sup>5</sup>

*Fase 3: een diagnostisch verslag schrijven*

In een laatste fase - de synthese - dient het werk te resulteren in een eindproduct dat de thema's in hun onderlinge verhouding en in relatie tot de context plaatst. Op dat punt vindt de overgang

plaats van de interpretatie naar het creëren van een consistente verhaallijn, waarbij de lezer een focus wordt geboden en die alle belangrijke elementen tot een coherent geheel combineert. Belangrijk is te beseffen dat van elk geheel van data potentieel meerdere interpretaties mogelijk zijn. Het is aan de clinicus om ervoor te zorgen dat de beweringen gebaseerd zijn op die data. Dat kan verduidelijkt worden door citaten of extracten uit het materiaal in het verslag op te nemen. Dat eindproduct is een diagnostisch verslag, dat - zo goed mogelijk aansluitend bij het oorspronkelijke materiaal - belangrijke lijnen en thema's samenvat tot een overkoepelend beeld en dat indicaties en contra-indicaties bevat voor de verdere hulpverlening. In de casus Petra dient de in fase 2 weergegeven interpretatie in verband te worden gebracht met interpretaties van andere fragmenten uit het diagnostische materiaal. Die geïnterpreteerde fragmenten dienen in een verslag op een significante wijze met elkaar verbonden te worden, zodat ze cruciale aspecten van Petra's moeilijkheden verhelderen en een aanwijzing geven voor de weg die in de behandeling van het kind en in de ouderbegeleiding kan worden afgelegd.

## Kwaliteitscriteria voor kwalitatieve methodologie

Een degelijke data-analyse en interpretatie vereisen dat de methodologie aan een aantal kwaliteitscriteria voldoet. Kwalitatieve methodologie dient, net als kwantitatieve methodologie, transparant en rigoureuus te worden ingezet om te komen tot een eindverslag en een hulpverleningsaanbod dat toelaat om een cliënt op een correcte manier te begrijpen en op basis daarvan gepaste hulp aan te bieden. Zowel van kwalitatieve als kwantitatieve informatie verwachten we dat ze voldoet aan kwaliteitscriteria (zie tabel 2). De kwalitatieve methoden hebben op wetenschappelijk vlak een fameuze inhaalbeweging gemaakt bij het verder systematiseren en kwalitatief onderbouwen van hun analytische en interpretatieve praktijken. Er is dus geen reden meer om ze uit het onderwijs en de praktijk te weren.

**[Tabel 2]** Kwaliteitscriteria.

Kernwaarde	Kwantitatief criterium	Kwalitatief criterium
Waarheid ( <i>truth value</i> )	Interne validiteit	<b>Credibility</b> - geloofwaardigheid: Zijn de data (verhalen, observaties, tekeningen) representatief voor hoe het kind hier en nu denkt en voelt?
Toepasbaarheid ( <i>applicability</i> )	Externe validiteit	<b>Transferability</b> - overdraagbaarheid: Zijn de bevindingen overdraagbaar naar andere specifieke settings (thuis, klas...) en/of naar gelijkaardige casussen?
Consistentie ( <i>consistency</i> )	Betrouwbaarheid ( <i>reliability</i> )	<b>Dependability</b> ( <i>auditability</i> ) - transparantie: Is de analyse (proces) van de data logisch opgebouwd, goed gedocumenteerd en geïllustreerd?
Neutraliteit ( <i>neutrality</i> )	Objectiviteit	<b>Confirmability</b> - confirmeerbaarheid: Zijn de bevindingen confirmeerbaar? Kan de lezer van het verslag mee redeneren met de auteur? Met andere woorden: zijn de inzichten en stellingen van de onderzoeker gegrond op de ruwe data?

Wanneer we vragenlijsten gebruiken, moeten die voldoen aan eisen van interne en externe validiteit, betrouwbaarheid en objectiviteit; kwalitatief materiaal moet geloofwaardig, overdraagbaar, betrouwbaar en confirmeerbaar zijn. Bij kwantitatief materiaal voldoet het instrument op zich aan enige waarborgen betreffende validiteit en betrouwbaarheid, tenminste voor zover men de richtlijnen in de handleiding volgt en de juiste normgroep hanteert. Kwalitatieve instrumenten zijn echter in grotere mate afhankelijk van de klinische vaardigheden van de onderzoeker om: a) het interview-, teken- en spelmateriaal correct aan te bieden, te hanteren en waar nodig na te vragen, en b) de context en het kader te creëren waarbinnen betrouwbaar en valide (narratief) materiaal kan ontstaan. Dat alles veronderstelt bovendien een duidelijke vraagstelling vanaf het begin van het proces, wat in de klinische praktijk niet steeds het geval is. Dat laatste is dan weer aanleiding voor een pleidooi om klinische expertise in het hele proces centraal te stellen, en dus de persoon van de diagnosticus als valide onderzoeksinstrument te beschouwen. Wij ZIJN een instrument dat permanent verfijnd wordt op basis van ervaring en persoonlijke reflectie, en dat gecorrigeerd wordt door middel van evidence.

*Geloofwaardigheid (credibility)* betreft de wijze waarop data worden geïnterpreteerd. Interpretaties dienen gebaseerd te zijn op observaties of narratieve informatie. Het gebruik van een stevig onderbouwd theoretisch kader draagt eveneens bij aan de geloofwaardigheid van de interpretatie; zo ook het gegeven dat interpretaties worden bevestigd door het kind en/of de context, of door consensus tussen meerdere hulpverleners of onderzoekers. De geloofwaardigheid kan worden verhoogd door het eindverslag te laten lezen en becommentariëren door de onderzochte personen (Koch, 2006) en/of door de conclusies te bespreken met ervaren collega's die eventuele sporen van onder- of overinterpretatie van feitelijke gegevens kunnen helpen detecteren.

*Overdraagbaarheid (transferability)* vereist dat de diagnosticus in zijn verslag de lezer van voldoende informatie en een goede beschrijving voorziet, zodat de bevindingen over dit kind overdraagbaar zijn naar andere contexten en/of dat de inzichten overdraagbaar zijn naar andere - gelijkaardige - casussen.

*Transparantie (dependability)* wordt bereikt door voldoende informatie te verstrekken over de processen van dataverzameling en data-analyse, zodat de lezer in staat wordt gesteld om het 'spoor' te volgen. Zo kan de lezer oordelen of er fouten zijn gemaakt en of er een vertekend dan wel een geloofwaardig beeld wordt geschetst. Sandelowski (1986) noemt dat ook *auditability*, waarmee zij bedoelt dat een andere diagnosticus, die hetzelfde spoor volgt, kan overwegen of hij tot dezelfde of een vergelijkbare conclusie zou komen op basis van dezelfde gegevens binnen dezelfde context. De belangrijkste manier om die transparantie in de praktijk te realiseren, houdt in dat observaties en interpretaties steeds samen weergegeven worden in de verslaglegging: observaties dienen de interpretaties te staven en interpretaties dienen de observaties tot een begrijpelijk geheel en een verklarend verhaal te integreren.

*Confirmeerbaarheid (confirmability)* gaat over het bieden van informatie die de lezer in staat stelt om mee te redeneren over de conclusies. Welke data leiden tot welke conclusies en hoe plaatsen we die data in een bepaalde context? Sandelowski (1986) noemt dat ook wel *fittingness*, waarmee zij de aandacht vestigt op de manier waarop bevindingen moeten passen binnen de context, vergelijkbaar met hoe een kledingstuk dient te passen. Kinderen en ouders dienen zich te herkennen in datgene wat over hen wordt verteld en/of vastgelegd, en moeten dat ervaren als betekenisvol en aansluitend bij hun ervaringen (Koch, 2006); een collega-diagnosticus moet in de beschrijving 'het kind in diens context' kunnen herkennen.

## Conclusie

De strakke scheidingslijn tussen een kwantitatieve en een kwalitatieve benadering van het psychodiagnostische proces dreigt te leiden tot een verarming. Het gebruik van een gemengde methodologie, kwantitatief én kwalitatief, laat toe diverse cruciale aspecten van een klinische vraag te beantwoorden: enerzijds kan een cliënt ingedeeld worden in een bepaalde diagnostische categorie, anderzijds kan een genuanceerd beeld geschetst worden van de betekenisgeving in de innerlijke wereld van die cliënt. Gegevens van beide methoden tezamen laten toe om de diagnostische bevindingen op een meer genuanceerde wijze te beschrijven en een plaats te geven in de context waarbinnen het kind zich ontwikkelt en problemen begint te vertonen, en om in te schatten welke behandelingen op een bepaald moment geschikt zijn. De kwalitatief-analytische methode zoals in dit artikel beschreven, mag beschouwd worden als een empirische manier van omgaan met onderzoeksgegevens, waarbij de clinicus zowel rigoureuze systematiek als neutraliteit nastreeft. De diverse stappen en middelen om op een neutrale manier een aantal relevante conclusies uit kwalitatieve data te trekken, bieden een kader waarmee de professional alvast aan de slag kan. We distantiëren ons dus van de veelgehoorde kritiek dat kwalitatieve inzichten op intuïtie en niet-geëxpliciteerde theorieën gebaseerd zijn. We pleiten voor een benadering waarbij optimaal gebruik gemaakt wordt van de sterktes en de zwaktes van het brede arsenaal van methoden dat we in de loop van de tijd hebben opgebouwd. Sterker nog, we willen van de huidige generatie psychologen de voortrekkers maken van een wetenschapsklimaat waarin we de complexe problematieken van de hedendaagse cliënten niet uit de weg hoeven te gaan of niet weg hoeven te redeneren. Integendeel, we moeten blijven investeren in onze wetenschappelijke gereedschapskist, zodat we als professionals flexibel inzetbaar blijven en met een grote diversiteit van problematieken kunnen blijven omgaan.

## Dankwoord

De auteurs danken Kris Breesch en Lieve Van Lier voor hun kritische en constructieve commentaar.

## Noten

1. De casus Petra is een *composite case*: een compilatie van ervaringen met diagnostisch onderzoek bij meerdere kinderen. Details van die casussen - die niet relevant zijn om de casus te begrijpen - zijn veranderd om het materiaal te anonimiseren
2. De voorbeelden in deze bijdrage komen uit de kinderdiagnostische praktijk. Het kader dat we beschrijven, is niet uitsluitend geschikt voor het werken met kinderen en jongeren, maar kan ook behulpzaam zijn bij het interpreteren van diagnostisch materiaal van volwassenen.
3. Er zijn verschillende mogelijkheden om kwalitatief onderzoeksmateriaal te benaderen. We diepen in dit artikel één specifieke manier van werken uit, namelijk de preliminaire data-analyse die gebaseerd is op het principe van thematische analyse.
4. Categorieën worden gekozen en ingedeeld volgens in de literatuur beschreven principes (zie bijvoorbeeld: Page, 2001; Saldaña, 2014; Vliegen & Cluckers, 2004).

5. Elke interpretatie vindt plaats vanuit theoretische kaders en invalshoeken. Bij deze casus zijn een affectregulatie- en gehechtheidstheorie evenals een psychoynamisch perspectief op objectrelaties en op verlies, rouw en depressie helpend. Die theoretische kaders worden in het bestek van dit artikel niet uitgewerkt.

## Literatuur

- Claes, L., Bijttebier, P., Vercruyssen, T., Hamelinck, L., & De Bruyn, E. (2006). *Tot de puzzel past: psychodiagnostiek in methodiek en praktijk*. Leuven: Acco.
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 616-623.
- Denzin, N.K. (2002). *Interpretative interactionism* (2nd ed.) London, UK: Sage.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment* (5th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gülmezoglu, A.M., Chandler, J. Shepperd, S., & Pantoja, T. (2013). *Reviews of qualitative evidence: A new milestone for Cochrane* (Editorial). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Geraadpleegd via <http://www.cochranelibrary.com/editorial/10.1002/14651858.ED000073>
- Hannes, K. (2011). Critical appraisal in qualitative research. In J. Noyes, A. Booth, K. Hannes, A. Harden, J. Harris, S. Lewin, & C. Lockwood (Eds.), *Supplementary guidance for inclusion of qualitative research in Cochrane systematic reviews of interventions*. Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group. Geraadpleegd via <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>
- Hannes, K., Booth, A., Harris, J., & Noyes, J. (2013). Celebrating methodological challenges and changes: Reflecting on the emergence and importance of the role of qualitative evidence in Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oct 17;2:84. doi:10.1186/2046-4053-2-84
- Henderson, S.W., & Martin, A. (2014). Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Jellinek, M., & McDermott, J. (2004). Formulation: Putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 913-916.
- Koch, T. (2006). Establishing rigour in qualitative research: The decision trail. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 91-100.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, UK: Sage.
- Minichiello, V. (1990). *In-depth interviewing: Researching people*. Melbourne, Australia: Longman Cheshire.
- Page, T. (2001). The social meaning of children's narratives: A review of the attachment-based narrative Story Stem Technique. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 171-187.
- Saldaña, J. (2014). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles, CA: Sage.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27-37.
- Savin-Baden, M., & Major, C.H. (2013). *Qualitative research. The essential guide to theory and practice*. London, UK: Routledge.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten, recente inzichten. *Kind en Adolescent*, 26, 150-168.
- Vliegen, N., & Cluckers, G. (2004). Hoe groeit een verhaal? De psychodynamische interpretatieve methode. In N. Vliegen, L. Van Lier, S. Weytens, & G. Cluckers (Red.), *Een verhaal met betekenis: diagnostiek bij kinderen en adolescenten vanuit een psychodynamisch interpretatief model* (pp. 25-54). Leuven: Acco.

## Summary

In the present paper, we question a recent development in clinical assessment concerning the clinician's toolbox for psychological assessment. Qualitative assessment measures have become increasingly underrepresented or even absent in both clinical psychology training and clinical practice.

We discuss some common misconceptions about qualitative methodology in psychological assessment and provide a framework for analyzing diagnostic material based on qualitative methodology. Furthermore, we emphasize the importance of methodological diversity in psychological assessment. Such diversity enables the clinician to flexibly opt for the most appropriate assessment tools or methods, attuned to the diagnostic questions at hand.

## Personalia

Nicole Vliegen, doctor in de psychologie, hoofddocent bij de onderzoeksgroep Klinische Psychologie van de KU Leuven en zelfstandig klinisch psycholoog/psychotherapeut bij PraxisP, het praktijkcentrum van de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. Ze is voorzitter van RINO-Vlaanderen.

E-mail: [nicole.vliegen@kuleuven.be](mailto:nicole.vliegen@kuleuven.be)

Karin Hannes, doctor in de medische wetenschappen, opgeleid als agoog en medisch sociale wetenschapper, hoofddocent bij de onderzoeksgroep Social Research Methodology van het Centrum voor Sociologie van de KU Leuven. Ze is als expert in de kwalitatieve onderzoeksmethodologie verbonden aan de Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group.

Patrick Meurs, doctor in de psychologie, docent bij de onderzoeksgroep Klinische Psychologie van de KU Leuven, bij Gezinswetenschappen van Odisee HU Brussel en bij de Pedagogische Wetenschappen van de Universität Kassel. Hij is zelfstandig klinisch psycholoog/psychotherapeut in PraxisP en co-directeur van het klinisch therapeutisch team van het Sigmund Freud Institut Frankfurt.