

uit:

Nicole Vliegen, Lieve Van Lier, Sus Weytens  
en Gaston Cluckers (red.) (2004)

Een verhaal met betrekking tot Diagnostiek  
bij kinderen en adolescenten vanuit  
een psychodynamisch interpretatief  
model.

Acco: deuren / voorburg

## 1.

### Bij het begin.

### Situering van het diagnostische proces

Nicole Vliegen, Lieve Van Lier, Sus Weytens, Gaston Cluckers

Ga ik te ver door te veronderstellen dat u biograaf wilt worden?  
'Niets liever dan dat', zei ik naar waarheid.  
'Ergo', zei hij en hij grinnikte jongensachtig met me mee. 'Dan had u  
net zo goed psychiater kunnen worden', zei hij toen.  
(Connie Palmen, 2002)

#### 1.1 Inleiding

Om als volwassene een passend antwoord te kunnen bieden ten aanzien van het gedrag dat een kind stelt, is het begrijpen van dat gedrag een eerste en noodzakelijke voorwaarde. Hoe gedraagt dit kind zich? Wat betekent dat tegen de achtergrond van aan de gang zijnde ontwikkelingsprocessen zoals leren lopen of een ontluikende seksualiteit? Hoe kunnen we dit begrijpen vanuit recente gebeurtenissen, zoals een verhuis of een echtscheiding van de ouders? Hoe kunnen we het verbinden met ontwikkelingstaken, zoals voor het eerst naar school gaan of op kot gaan? Waarom reageert dit kind zoals het doet? Waarin verschilt dit gedrag van datgene dat de volwassenen rondom het kind verwachten? Is dit problematisch gedrag? Wie vindt dat zo en waarom? Waar en wanneer is dit moeilijke en/of problematische gedrag ontstaan?

Als kinderpsycholoog, -psychiater, pedagoog met een psychodiagnostische opdracht krijgen we te maken met ouders, leerkrachten of opvoeders die als primaire zorgfiguren het gedrag van hun kind niet langer begrijpen of er zich zorgen over maken. Een psychodiagnostisch onderzoek van het kind kan dan een zinvol aanbod zijn om dit kind en zijn ouders/opvoeders/leerkrachten weer met elkaar op weg te helpen.

Met het boek dat hier voorligt, beogen we enkele topics uit de kinderdia-  
gnostiek te bespreken, zoals we daaraan vormgeven vanuit een psychodyna-  
misch hermeneutisch model. Om deze visie op psychodiagnostiek te verdui-  
delijken, zetten we bij wijze van inleiding enkele schijnbare paradoxen en/of  
spanningsvelden uiteen waarmee we als diagnosticus te maken krijgen.

## 1.2 Spanningsvelden waarmee de diagnosticus zich geconfronteerd weet

### 1.2.1 Psychodiagnostiek: begrijpen versus weten

Schrijven, zei hij, is zoeken naar de juiste maat in de verhouding tussen het reële en het irreële...

(David Albahari, 2003)

Een eerste spanningsveld betreft dat van het 'begrijpen' versus het 'kennen en weten'. Begrijpen is nauw verwant met 'weten en kennen'. Om het gedrag van een kind te kunnen 'begrijpen', willen we dat kind leren 'kennen' en een en ander over hem of haar 'weten'. Wanneer we een psychodiagnostisch onderzoek aanbieden aan een kind en zijn/haar ouders, communiceren we dat we het kind willen leren kennen en een en ander te 'weten' willen komen. We willen 'weten' hoe we hem het best passende hulpaanbod kunnen doen, en dienen daartoe te 'begrijpen' wat het probleem, de klacht, het symptoom, de achterliggende structuur of het aan de problemen ten grondslag liggende conflict precies is. Vragen die zich daarbij opdringen, zijn van tweeërlei aard. Enerzijds dienen we ons te buigen over de vraag op welke manier we tot een dergelijk 'weten', tot de nodige inzichten over hoe iemand functioneert, kunnen komen. Dat is wat we met dit boek beogen te doen. Anderzijds willen we aan de orde stellen wat de plaats en het statuut is van ons begrijpen/weten/kennen binnen de hulpvraag van het kind en zijn gezin en binnen de hulpverleningsrelatie met hen. We staan daarom even stil bij hoe 'weten' zich verhoudt tot een psychodynamisch hulpverleningsaanbod.

Vaak gebruikt en schijnbaar voor de hand liggend in dit verband is de *vergelijking van psychodiagnostiek met wetenschap*. Een dergelijke vergelijking is wellicht in enig opzicht relevant. Wanneer wetenschap gericht is op het verwerven van 'inzichten die een zo groot mogelijk zekerheidsgehalte' bevatten, is psychodiagnostiek gericht op een 'zo goed mogelijk inzicht in iemands moeilijkheden', diens wijze van functioneren, van in het leven staan, van omgaan met de dingen... teneinde een goed hulpaanbod te kunnen doen. Met 'zo goed mogelijk' bedoelen we dan 'zo genuanceerd mogelijk', waarbij de krachten en de capaciteiten, de goede mogelijkheden en intacte ontwikkelingsdomeinen worden afgewogen tegen de moeilijkheden, tekorten, conflicteuze en problematische ontwikkelingsaspecten. Met 'zo goed mogelijk' bedoelen we eveneens 'zo nauw mogelijk aansluitend bij het functioneren en de beleavingswereld van het kind' en zo weinig mogelijk vertroebeld vanuit de diagnosticus en zijn interessedomijnen, stokpaardjes, persoonlijkheid...

Daartoe dient de diagnosticus zowel degelijke en betrouwbare diagnostische instrumenten te kunnen inzetten, als zich te bekwaamen in het hanteren van deze instrumenten. Hij dient zich te trainen in het aangaan van een relatie met het kind die afgestemd is op leeftijd en ontwikkeling, om een diagnostisch contact te kunnen aangaan. Hij dient vervolgens het verzamelde diagnostische materiaal te kunnen afwegen tegen een wetenschappelijk ge-

fundeerde en klinisch ingeefende kennis omtrent normale ontwikkeling. Een diagnosticus dient met andere woorden wel degelijk een competente 'wetenschapper' te zijn met een goede bagage over zowel ontwikkeling als pathologie, over zowel kinder- als gezinsdynamieken, teneinde bekwaam klinisch te kunnen handelen.

Bij de vergelijking tussen psychodiagnostiek en wetenschap dienen we echter ook een cruciaal verschil toe te lichten. Waar wetenschap 'het weten, de kennis, het inzicht' als fundamentele taak en opdracht heeft, is dat weten en kennen in een diagnostisch proces secundair aan en staat het in functie van iets anders, met name het hulpverleningsaanbod. We beogen als diagnosticus niet in de eerste plaats een wetenschappelijke, objectiverende kennis te verwerven, maar wel een goed hulpaanbod te doen, en achten het nodig om daartoe iemand beter te leren kennen en begrijpen. Dit brengt ons bij het volgende spanningsveld: het 'subject' versus het 'object' van de psychodiagnostiek.

### 1.2.2 Kind in psychodiagnostiek: subject versus object

Ik beweerde echter, ik weet niet waar ik het lef vandaan haalde, dat een verhaal alles kan zijn, zelfs de afwezigheid van een verhaal.

(David Albahari, 2003)

In de cliënt- en hulpverleningsgerichte psychodiagnostiek mag niet het 'weten over de persoon' centraal komen te staan, maar dient de persoon met zijn hulpvraag ons centrale referentiepunt te blijven. Interpretatieve diagnostiek is wezenlijk therapiegerichte diagnostiek, waarbij het weten over het kind geen doel op zich is, dan wel een hulpmiddel bij het richten van een verder hulpaanbod.

Dat impliceert onder andere dat we in eerste instantie willen begrijpen wat er precies met de ontwikkeling van het kind aan de hand is. We willen met andere woorden een correcte en genuanceerde diagnose stellen. Dit betekent echter niet dat we uitsluitend geïnteresseerd zijn in die juiste diagnose als een etiket, maar ook in *hoe dit kind als persoon functioneert en ontwikkelt*. Zo willen we bijvoorbeeld niet alleen weten of het in dit geval gaat om een autistisch kind, maar ook op welke manier dit kind autistisch is en hoe het zichzelf en zijn autistisch zijn beleefd. We willen niet alleen weten of het gaat om een ADHD-problematiek, maar ook hoe het kind zichzelf en die problematiek beleefd, hoe het ermee omgaat, hoe die problemen verweven zijn met zijn of haar ruimere ontwikkeling, enzovoort. Hiermee willen we het belang van een juiste diagnose allerminst onderschatten. Deze dient uiteraard als basis voor elk verder werken. Een psychodynamische hermeneutische visie dient echter ruimer te kijken naar de emotionele, relationele en ontwikkelingsmatige inbedding van de gediagnosticeerde problematiek.

Ter illustratie een vignet uit het diagnostisch onderzoek van Wouter, een zevenjarige jongen met de diagnose 'pervasieve ontwikkelingsstoornis', beschreven door Deblanc, Vliegen, Cluckers, Atema en Couturier (2001). We willen met het vignet tonen hoe een belevingsgericht diagnostisch onderzoek de diagnose 'pervasieve ontwikkelingsstoornis' enerzijds onderschrijft, maar anderzijds ook verfijnt. Het gebruik van de sceno brengt hier inzicht in hoe Wouter de buitenwereld – zij het met veel dubbelheid en conflict – beleeft en investeert.

Wouter bouwt met het sceno-materiaal een Formule 1-racebaan met een finish, een controletoeren, strobelen aan de rand van het circuit, een tribune voor het publiek, een scorebord en een ereschavot. Met een raceauto rijdt hij dan over dit circuit. Hij gebruikt de hele oppervlakte van het deksel. Tijdens het opbouwen praat hij met de onderzoeker over auto's. Wouter weigert mensfiguren te gebruiken. Hij zegt dat niet leuk te vinden. Hij gebruikt speelgoedfruit om het publiek en de bestuurder aan te duiden. De opbouw van het spel duurt ongeveer 30 minuten.

In dit spelfragment valt op hoe Wouter enerzijds in staat is tot het opbouwen van een scène die zich leent tot een eerste symbolisch spel, maar anderzijds ook hoe hij afhaakt zodra zich een spel begint te ontfouwen en er een verwijzing naar personen verschijnt. Hij bouwt met andere woorden wel een scène op waaruit een investering in de buitenwereld blijkt: er is een racebaan met alle mogelijke attributen erop en eraan. De uitbouw daarvan neemt heel wat tijd en ruimte in beslag. Er is zelfs een eerste impliciete verwijzing naar de aanwezigheid van personen: er is publiek en een bestuurder, maar ze mogen geen menselijk gelaat krijgen. Ze worden voorgesteld door stukken fruit, ontdaan van hun menselijke kwaliteiten en hun interactie- en communicatiemogelijkheden. Daarmee toont Wouter hoe de wereld voor hem enerzijds wel humaan en bewoond is, maar hoe bedreigend dit tegelijkertijd is, aangezien hij de aanwezige mensen vervolgens dehumaniseert. (Deblanc, Vliegen, Cluckers, Atema & Couturier, 2001)

### 1.2.3 Diagnose: fixerend etiket versus hefboom tot verandering

Je bent wat er op papier staat, ...  
(David Albahari, 2003)

De grootste kracht van een psychodiagnostisch proces en het grootste risico dat erin schuilt, liggen zeer dicht bij elkaar. Elke beginnende clinicus moet door de ervaring dat een psychodiagnostisch contact met een kind de behandeling kan doen verstarren en vastlopen, of deze juist kan faciliteren en vastgelopen interacties of wijzen van omgaan met de dingen kan deblokkeren.

Of een diagnostisch aanbod helpend is, hangt nauw samen met hoe sterk onze klinische vaardigheden zijn en hoe groot onze kennis over testinstrumenten en diagnostische beelden is. Het is in die zin van belang die vaardigheden en kennis doorheen ons werk steeds te blijven uitbouwen en bijsturen. Diagnostiek gebeurt echter niet alleen 'door de diagnosticus' maar vindt

plaats *binnen een relatie tussen de diagnosticus en het kind* waarvoor hulp gevraagd werd. Het is daarom van even groot belang tot een gefundeerde inschatting te komen van wat de cliënt of het cliëntsysteem precies nodig heeft of komt vragen. Een te snel of ondoordacht diagnostisch handelen kan immers etiketterend en bijgevolg probleembestendigend werken. Of een diagnostisch aanbod de weg effent voor verdere fasen in het hulpverleningsproces, dan wel ze afsluit, hangt af van een goede inschatting van wat ze teweebrengen bij het kind en zijn/haar gezin en van de mogelijkheid om (eventueel eerst) een ander aanbod te doen dan diagnostiek indien dat beter aansluit bij de noden van het kind en het gezin. Het besef dat een diagnostisch onderzoek zowel kansen en mogelijkheden tot verbetering en verandering opent, alsook risico's tot bestendinging en verstarren omvat, is een fundamenteel inzicht dat we in ons denken steeds aanwezig dienen te houden. Het brengt met zich mee dat ook het aanbieden van een diagnostisch onderzoek een weloverwogen stap dient te zijn op een welbepaald moment van de hulpverlening.

### 1.2.4 Subject van het diagnostisch onderzoek: kind en/of gezin

Wanneer we een psychodiagnostisch onderzoek beginnen, dienen we op een evenwichtige manier *het kind binnen zijn gezin* in de focus te houden. We dienen alvast enige reflectie te hebben gemaakt over de impact van een dergelijk onderzoek op de visie die het kind en de ouders hebben op wat er aan de hand is. Is de vraag die het gezin stelt naar een onderzoek in feite een vraag naar de bevestiging van het beeld dat er leeft in dit gezin? Wil men van de onderzoeker bevestigd horen wat de familie al zo vaak zegt? Wat wanneer vader en moeder een erg verschillend beeld hebben van waar de moeilijkheden aan toe te schrijven zijn, zodat je het risico loopt dat je met eender welke bevinding beschouwd zult worden als partij kiezend voor moeder en dus tegen vader of omgekeerd? Vooraleer tot een diagnostisch aanbod over te gaan, dient men samen met de ouders uit te zoeken wat hun vragen precies zijn, wat ze van een dergelijk onderzoek verwachten, enzovoort. Het is even belangrijk al eens af te tasten hoe het voor hen zal zijn wanneer hun verwachtingen bevestigd worden, of hoe ze het zullen beleven wanneer je tot heel andere bevindingen komt. Er dient met vader en moeder gezocht te worden naar wat hen gezamenlijk drijft tot de consultatie voor hun kind, zodat de verschillen die tussen hen bestaan, constructief benut kunnen worden en het verdere hulpverleningsproces niet in de weg zullen staan. Ook willen we oog hebben voor de gezinsdynamiek en de wijze waarop deze mogelijks interageert met de dynamiek van dit kind.

Ook al kunnen we op deze vraag niet altijd een sluitend antwoord vinden, toch kan het helpend zijn voor het gehele proces dat men hierover minstens zelf en liefst ook samen met de ouders heeft nagedacht.

### 1.2.5 Psychodiagnostiek en behandeling: aparte entiteiten of onderdelen van één hulpverleningsproces

Enerzijds heeft de psychodiagnostiek haar eigen instrumenten, theoretische bagage, enzovoort, en vormt ze zo een eigen, afgebakend domein van de psychologie en psychiatrie.

Binnen het hier geschetste model beschouwen we psychodiagnostiek echter niet uitsluitend als een afzonderlijk domein, maar evenzeer als een *onderdeel van het hulpverleningsproces*, een fase die er inherent deel van uitmaakt. Ze gaat er niet alleen aan vooraf, maar maakt er wezenlijk deel van uit. Hoewel het een fase is die zich wel onderscheidt van andere fasen, is ze er onlosmakelijk mee verbonden en heeft de manier waarop ze vorm krijgt ook implicaties voor het verdere proces. We zijn niet slechts van op afstand aan het kijken en aan het inschatten; we zijn onvermijdelijk al in interactie met het gezin dat hulp vroeg en met het kind voor wie men consulteerde.

Wanneer we ons als diagnosticus daarvan voldoende bewust zijn, biedt dit ons ook extra mogelijkheden. Het brengt namelijk met zich mee dat deze initiële fase in het hulpverleningsproces, naast de 'diagnostische waarde' in strictu sensu, een belangrijke pretherapeutische waarde kan hebben. We kunnen, via kleine ondersteunende en explorerende interventies als antwoord op een uiting van het kind, nagaan waar het kind voordeel van heeft, wat er hem of haar helpt om zichzelf te tonen... We kunnen ons een beeld vormen van hoe een eventueel groeiend vertrouwen in de persoon van de onderzoeker al of niet bijdraagt tot een contact dat helpend en ontwikkelingsbevorderend is voor het kind.

We dienen ons bovendien te realiseren dat, wanneer een psychodiagnostisch onderzoek van het kind het eerste contact van het gezin met de hulpverlening betreft, een moeizame relatie met de onderzoeker of een zich niet begrepen of gehoord worden door de dienst waar men zich toe gewend heeft, ook een hypotheek kan leggen op alle verdere hulpverlening.

### 1.3 Van beeld naar verhaal

Intussen had ik, natuurlijk, geleerd dat de wereld verandert en dat verandering constant is, dat veranderlijkheid in feite het ware gezicht van de wereld is, maar toch geloofde ik dat er in die algemene omsmelting eilandjes van onveranderlijkheid bestonden, gesloten systemen die ingingen tegen iedere poging tot omvorming.

(David Albahari, 2003)

In mijn boekenrek (d.i. Nicole Vliegen) bevindt zich – sinds mijn opleiding tot psychotherapeut – een dikke ringmap met als titel 'Diagnostische beelden'. Deze verwoording 'diagnostische beelden', waarmee tijdens mijn opleiding gesproken werd over diagnostische classificaties, blijft voor mij een

verhelderende metafoor. Diagnostische classificaties mogen ons inziens niet beperkt worden tot etiketten. Een classificatie staat niet zozeer voor het exacte woord voor wat er zich in het potje bevindt, maar voor een beeld waarin een kind met een bepaalde manier van zich gedragen, beleven, denken... min of meer gevat kan worden.

Het is in de psychodiagnostiek immers niet zo dat bepaalde wijzen van gedragen, van omgaan met de dingen, van denken en beleven... rechtstreeks verwijzen naar een welbepaalde problematiek of diagnose. Druk en onrustig gedrag is geen synoniem van ADHD, en een kind dat moeite heeft om in sociale contacten zijn weg te vinden, is niet zonder meer een autist. Hoewel dit de evidentie zelve lijkt wanneer het op papier staat, verwordt het in de praktijk nu en dan wel eens daartoe vanuit een hoge werkdruk, te weinig ruimte voor een grondigere bevraging, de druk vanuit de omgeving naar een snelle diagnose...

Een problematisch gedrag waarmee geconsulteerd wordt, vereist een diagnostiek die ruim en breed genoeg is: wie is het kind nog meer dan het aangemelde probleem? Hoe spreekt, denkt, voelt, speelt en gedraagt het zich nog behalve dat aspect waarover de omgeving zich zorgen maakt? Hoe zit dit gevat in een persoonlijke geschiedenis en in een bredere context?

Via de metafoor van het *beeld* verwijzen we vooral naar het eerste aspect: wie is het kind nog meer? Hoe speelt, spreekt, denkt, voelt en gedraagt het zich in een onderzoekssituatie wanneer je daarvoor tijd, ruimte en diverse contact- en communicatiemogelijkheden aanbiedt? Het gaat hier immers niet om een 'beeld' in zijn statische betekenis, maar eerder om een dynamisch beeld, waarbij constantie en dynamiek tegenover elkaar afgewogen en beschreven dienen te worden.

Via de metafoor van het *verhaal* verwijzen we naar een tweede aspect: hoe plaatsen we het beeld dat we van dit kind krijgen, in de tijd en sociale ruimte? Daar kunnen we onmogelijk zicht op krijgen via het kind alleen. Daarvoor hebben we immers ouders, opvoeders, school en/of eerdere hulpverleningsinstanties nodig. Vertommen et al. (2001) spreken van een diagnostisch proces, waarbinnen een diagnostisch onderzoek plaatsvindt. Het opbouwen van een breed en ruim beeld via allerlei kanalen, zoals de ruimere omgeving of een bestaand dossier, maakt bij hen deel uit van de beginfase van het psychodiagnostische proces. We zouden dit kunnen zien als het voorzien in een structuur voor het verhaal van het kind. Nadien start wat zij het diagnostisch onderzoek noemen, met andere woorden: de individuele contacten met de cliënt, die zullen dienen als uitgangsbasis om ons een beeld te vormen van het individu.

Ook in de inleiding van de *Diagnostic Classification: Zero-to-three* (1999) van het *Zero to three: National Centre for Infants, Toddlers and Families* wordt beklemtoond dat elk kind en elk gezin anders is en dat de psychodiagnostiek hiermee wezenlijk rekening dient te houden. Waar zij het hebben over dia-

gnostiek bij de jongste groep van kinderen, is het ten eerste verantwoord dit te verruimen naar de kinderdiagnostiek in het algemeen. Zij stellen het volgende:

Assessment and diagnosis must be guided by the awareness that all infants (children) are participants in relationships. These relationships exist, usually, within families, and families themselves are part of the larger community and culture. At the same time, all infants have their own developmental progression and show individual differences in their motor, sensory, language, cognitive, affective and interactive patterns.

(Diagnostic Classification: Zero-to-three, p. 12)

Elke interventie of behandeling dient volgens de *Zero to three* bijgevolg gebaseerd te zijn op een zo volledig mogelijk begrip van het kind en diens gezinsomstandigheden. Het is daarom de verantwoordelijkheid van de clinicus die volledig diagnostisch werk levert en indicaties dient te stellen tot verdere behandeling:

(...) to take into account *all* the relevant areas of a child's functioning, using state-of-the-art knowledge in each area.

(Diagnostic Classification: Zero-to-three, p. 12)

Deze domeinen betreffen:

- symptomen en gedrag;
- ontwikkelingsgeschiedenis: affectief, taal-, cognitief, motorisch, sensorisch, familiaal en relationeel functioneren;
- gezinsfunctioneren en culturele patronen;
- ouder-kindrelaties en interactiepatronen;
- constitutionele en maturatiekenmerken van het kind;
- affectieve, taal-, cognitieve, motorische en sensorische patronen.

Verder is het belangrijk de psychosociale en medische geschiedenis, de geschiedenis van de zwangerschap en de bevalling en huidige omgevingsfactoren en stressoren in rekening te brengen.

#### 1.4 Het verhaal van het kind: een biografisch verhaal

Wanneer we als diagnosticus het verhaal van het kind naar voren willen halen, dienen we systematisch te werk te gaan. Het verhaal begint veelal bij de aanmelding, eindigt bij de resultatenbesprekingen en resulteert in een verslag. Opdat een dergelijk verslag zoveel mogelijk het verhaal van het kind kan zijn en zo weinig mogelijk dat van de diagnosticus – met andere woorden: een biografie van het kind en geen autobiografie die vooral de interesses en kundigheden van de onderzoeker weerspiegelt – dienen we ons als diagnosticus een degelijke systematiek eigen te maken.

Enerzijds is een diagnostisch proces uiteen te halen in een aantal stappen. Voor een grondige en didactische tekst in verband met de verschillende stappen in dit proces verwijzen we naar Vertommen et al. (2001). Anderzijds vergt ook het aangaan van een relatie met het kind, het bespreken en observeren, en het interpreteren van alles wat het kind brengt, een degelijke training van een stevige systematiek. Te gemakkelijk interpreteren neigt tot 'nattevingerwerk' en zegt vaak meer over de interpreterende diagnosticus dan over het kind.

#### 1.5 Het verhaal van dit boek

We stellen in dit boek, in een aantal capita selecta, de volgende thema's aan de orde. In een eerste deel zetten we de basispremissen van een psychodynamisch interpretatief model uiteen: wat is binnen dit model 'diagnostisch materiaal'? Hoe wordt relevant diagnostisch materiaal accuraat verzameld? Welke relationele opstelling vanwege de diagnosticus creëert voor het kind de ruimte om zich te kunnen tonen en zijn/haar persoonlijk verhaal te kunnen ontvouwen? Hoe wordt het verkregen materiaal systematisch geïnterpreteerd? Hoe leidt dit tot een diagnostisch beeld en verhaal die kunnen leiden tot een passend hulpverleningsaanbod?

In deel twee behandelen we enkele methodologische kwesties. Een goede methodologie is immers vereist om het verhaal zo dicht mogelijk te laten aansluiten bij het kind zelf. Een verhaal over een 'ander' schrijven zonder een degelijke methodologie draagt in zich het risico dat de diagnosticus eerder zijn eigen verhaal schrijft dan dat van het kind.

In een derde deel bespreken we, bij wijze van illustratie, enkele diagnostische problematieken. Hier wordt aan de hand van casusmateriaal getoond hoe het psychodynamisch gebeurt bij specifieke moeilijkheden en populaties.

In deel vier richten we de focus op de adolescentendiagnostiek, ter illustratie van de afstemming van het diagnostische proces op een specifieke ontwikkelingsfase.

We ronden het geheel af met een ruime, thematische bibliografie. We doen dit vanuit twee overwegingen. Enerzijds zijn we ons bewust van de beperkingen van het boek dat hier voorligt. We hebben ervoor geopteerd enkele domeinen grondiger uit te werken, maar laten daarmee ook heel wat topics onaangeroerd. Dit proberen we te ondervangen door de geïnteresseerde lezer te verwijzen naar andere auteurs. Anderzijds maakt onze manier van denken en werken deel uit van een ruimer gedachtegoed. We willen via deze bibliografie dan ook verbanden leggen met auteurs die van invloed zijn op het denken van de auteurs van de bijdragen in dit boek.

We hopen met dit werk vooral een steentje bij te dragen tot de reflectie omtrent het psychodiagnostisch denken in het Nederlandse taalgebied. Dit boek is, zoals een goed diagnostisch beeld/verhaal, de neerslag van hoe wij momenteel denken en werken. Wat hier voorligt, is het resultaat van het ontwikkelingsproces van enkele diagnostici met een achtergrond in de psychodynamische kind psychotherapie. Het is een denken en werken dat openstaat voor bedenkingen, voor verandering, voor verdere groei en ontwikkeling.

Van het eigengereide  
Naar het merkbare  
Gaat de beschouwing  
Woorden,  
Gekleurd of niet,  
Worden sleutels.  
(Hugo Claus – Watou)

## Literatuur

- Albahari, D. (2003). *Moederland*. Amsterdam: Uitgeverij Cossée.
- Deblanc, S., Vliegen, N., Cluckers, G., Atema, J., & Couturier, G. (2001). Pervasive ontwikkelingsstoornis en beleving: contradictorische of complementaire concepten? Over het belang van de aanwezigheid van 'responsieve anderen' in de ontwikkeling van een autistisch kind. In N. Vliegen, & C. Leroy (Red.), *Het Moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven/Leuven: Acco.
- Palmen, C. (2002). *Geheel de Uwe*. Amsterdam: Prometheus.
- Vertommen, H., Ter Laak, J., & Bijttebier, P. (2002). Het psychodiagnostisch proces. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 4-16.
- Vertommen, H., Vercruyse, T., Bijttebier, P., Claes, L., Fonteyne, A., Hamelinck, L., Hutsebaut, J., & Smits, D. (2001). *Leidraad bij gevalstudie en practicum klinische psychodiagnostiek*. Niet-uitgegeven studentencursus van het Centrum voor Klinische Psychodiagnostiek en Psychopathologie, K.U. Leuven.
- Zero to Three's Diagnostic Classification Task Force (1999). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC: 0-3)*. Washington, DC: National Centre for Infants, Toddlers and Families.

## Hoe groeit een verhaal? De psychodynamische interpretatieve methode

Nicole Vliegen, Gaston Cluckers

Kweenie en ik gaven het niet op.  
Toch was ik bang dat zijn verhaal misschien was verdwenen. Dan zouden we het nooit kunnen vinden. Dan moest Kweenie toch maar met mij mee terug naar mijn eigen verhaal. Ik zei tegen Kweenie dat hij altijd in mijn verhaal mocht blijven, net zo lang tot het ook een beetje zijn verhaal was geworden. Kweenie, zei Kweenie.  
Hij zei niet zoveel.  
(J. Van Leeuwen, 2003)

### 2.1 Inleiding

Met de tekst die hier voorligt, beogen we de basislijnen aan te reiken van een hermeneutisch psychodiagnostisch onderzoek bij een kind of jongere. In de inleiding bespreken we enkele uitgangspunten van deze manier van denken en werken.

Het gaat om een psychodiagnostisch proces waarin het kind of de jongere als persoon met zijn individuele hulpvraag het centrale referentiepunt is, en dit altijd tegen de achtergrond van de vragen van en de dynamiek in het gezin waarvan het kind deel uitmaakt. Interpretatieve diagnostiek is wezenlijk *therapiegerichte diagnostiek*, waarbij het diagnostisch weten over het kind geen doel op zich is, dan wel een hulpmiddel bij het richten van een verder hulpaanbod. Dat impliceert onder andere dat we willen begrijpen wat er precies met de ontwikkeling van het kind aan de hand is, niet uitsluitend in de zin van 'de juiste diagnose', maar ook in hoe dit kind als persoon functioneert en ontwikkelt. Een later therapeutisch aanbod dient in de diagnostische beschrijving aanknopingspunten te vinden voor waar en hoe er geïnterveneerd kan worden.

In deze basistekst belichten we in een eerste deel zeer concreet hoe zo'n diagnostisch onderzoek eruit kan zien, opdat het tegemoetkomt aan de basispremissen waarvan we uitgaan. We staan stil bij de vorm die we geven aan het contact opdat deze bij het kind de openheid mogelijk maakt die een dergelijk onderzoek van kind en onderzoeker ten aanzien van elkaar vereist.

Hoe lang en hoe vaak zien we het kind? En wat doen we wanneer we samen zijn teneinde van een diagnostisch contact te kunnen spreken? Welke beschouwingen omtrent 'diagnostisch materiaal' liggen aan de basis van dit denken en hoe 'verzamelen' we dit materiaal?

Aan de hand van uitgewerkt casusmateriaal gaan we vervolgens hermeneutisch aan de slag. We gaan het verkregen materiaal op een systematische wijze ordenen en interpreteren om tot zo genuanceerd mogelijke uitspraken te komen over het functioneren van een kind. We geven daarbij aanzetten van betekenisaders die de achtergrond vormen van waaruit interpretatie kan plaatsvinden.

Deze basistekst vormt verder de achtergrond waartegen de verdere bijdragen geplaatst kunnen worden.

## 2.2 Vormgeven aan een psychodiagnostisch onderzoek vanuit een hermeneutisch model

Hoe kunnen we vanuit een dergelijk interpretatief model, dat nauw verbonden is met een kindertherapeutische visie, vormgeven aan een psychodiagnostisch onderzoek met een kind? Waarmee dienen we rekening te houden om een dergelijke visie zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen?

### 2.2.1 Reflecties betreffende het aantal contacten dat men vastlegt

In een ambulante setting wordt veelal gekozen voor een drietal wekelijkse contacten van ongeveer 60 à 90 minuten. Deze keuze wordt enerzijds gemotiveerd doordat de ontwikkeling van een kind niet rechtlijnig verloopt, maar gekenmerkt wordt door fluctuaties, door een afwisseling van progressieve en regressieve elementen. Door meerdere contactmomenten met een kind te installeren, voorkomen we dat we al te voorbarige conclusies trekken over het functioneren van een kind en beogen we ons een beeld te vormen dat voldoende breed en genuanceerd is. Anderzijds achten we het van belang het kind de tijd te geven om vertrouwd te raken met de onderzoekssetting en de onderzoeker als persoon, zodat het zich kan en durft te tonen zoals het is, met alle beelden die het heeft over zichzelf en over de wereld.

Bij eerder stevige kinderen is het meestal mogelijk om in een drietal vrij lange sessies tot een goed beeld te komen van het functioneren en de belevingswereld van het kind. Bij Ik-zwakkere kinderen kan dit anders liggen. Voor kinderen die als persoon minder stevig functioneren, is een dergelijk onderzoek opzet in drie opzichten vaak te belastend. Ten eerste kunnen zij zo'n langdurig contact (60 à 90 minuten) met een voor hen toch vreemde volwassene niet of nauwelijks aan, hoeveel structuur en veiligheid je ook poogt

te bieden. Ten tweede fluctueren deze kinderen vaak zodanig in hun mogelijkheden, en is het aangaan van een contact een broos gebeuren, dat drie sessies te weinig zijn om met hun diepere belevingswereld in contact te komen. Ten derde kunnen zij niet altijd een week overbruggen vanuit een nog geringe objectconstantie.

Daarom wordt er bij dergelijke kinderen vaak gekozen voor kortere en frequentere contacten. Binnen een residentiële setting, waar men vaker met Ik-zwakkere kinderen te maken heeft, wordt vanuit deze denkdlijn vaak eerder geopteerd voor een achttal kortere sessies, twee of drie keer per week.

Wanneer we, omwille van welke omstandigheden dan ook, gedwongen zijn onze conclusies te baseren op een eenmalig diagnostisch contact, dienen we ons sterk bewust te zijn van de beperkingen en de risico's daarvan. Slechts vanuit een notie van de beperktheid ervan kan een eenmalig diagnostisch contact ook zinvol en vruchtbaar zijn. Te snelle en te veralgemenende conclusies op basis van één contact kunnen in twee richtingen tot een verkeerd begrip over het kind leiden. Zo kan een kind zich in een eerste contact zeer aangepast en goed gedragen, zodat je moeilijk kunt komen bij de moeilijkheden waarmee het kind werd aangemeld. Je krijgt op die manier een schijnbaar positiever, maar vooral poverder beeld dan wanneer je het kind wat tijd zou geven. Een kind heeft immers in een nieuwe relatie wat tijd nodig om aftastend en experimenterend met de onderzoeker om te gaan, teneinde zich met meer vertrouwen aan de ander te kunnen tonen met ook zijn moeilijke, pijnlijke, beangstigende of verwarde innerlijke wereld.

Anderzijds kan een kind ook een veel 'verstoorder' beeld geven wanneer de eenmalige diagnostische consultatie conflictueus is of plaatsvond op een crisismoment. De immense overbeweeglijkheid en motorische onrust die het kind in een eerste contact toont, zijn dan bijvoorbeeld geenszins representatief voor hoe dat kind functioneert wanneer het zich meer op zijn gemak voelt.

Elk individu kent zo zijn schommelingen in zijn functioneren. Bij kinderen die nog volop in ontwikkeling en dus per definitie nog volop in de uitbouw van hun Ik-functioneren zijn, is dit nog veel meer uitgesproken. Wanneer je je een oordeel dient te vormen op basis van een eenmalig – zij het dan uitgebreid – contact, dien je je ervan bewust te zijn dat je je daarmee een vrij statisch beeld vormt en dat je weinig zicht hebt op welke evoluties, schommelingen en dynamieken er zich normaliter voordoen in zijn of haar functioneren.

Ten slotte is het ook vanuit een andere overweging vaak geen goede zaak een kind gedurende een hele dag aan een testsituatie te onderwerpen. Proberen we ons gewoon maar eens voor te stellen hoe het moet zijn om een hele dag door met jezelf, je emoties en je eigen innerlijke wereld geconfronteerd te worden. We lopen dan het risico dat het kind hulpverleners als intrusief en opdringerig beleeft en er een sterke tegenzin en antipathie tegenover hulpverlening gemobiliseerd worden. We beogen immers het tegendeel, namelijk

de weg effenen voor het kind om met vertrouwen hulp te kunnen verwachten van een volwassene, die dat als zijn professionele taak heeft.

## 2.2.2 Reflecties betreffende de inhoud van deze contacten

In deze contacten kunnen vier soorten van diagnostisch methoden en technieken gebruikt worden: gespreksmomenten, projectief materiaal, intelligentietests en vragenlijsten.

### 2.2.2.1 Gesprek

Vaak begint een contact met een gespreksmoment, waarin ruimte wordt gemaakt voor de thema's waar het kind spontaan mee komt. Dit kan gaan over ervaringen en gevoelens betreffende het gezin, de school of relaties met leeftijdsgenoten. Het betreft mogelijkerwijs symptomen of problemen waarmee het kind te maken heeft. Ook brengt de onderzoeker hier soms zelf een thema aan dat hij relevant acht in de leefwereld van het kind (Greenspan, 1991).

### 2.2.2.2 Projectief materiaal

Projectief materiaal leent zich uitstekend voor deze interpretatieve benadering. Het vergt vanzelfsprekend een correcte afname, maar vereist vooral wat interpretatie betreft een degelijke oefening en ervaring. Een systematische wijze van interpreteren wordt verder in dit hoofdstuk uitgewerkt. Voor een goed overzicht van het bestaande projectieve materiaal voor kinderdiagnostiek verwijzen we naar Slijper (2000).

Wanneer we het hebben over projectief materiaal, betreft dit onder andere:

- Vrije tekening
- House-Tree-Person (HTP)
- Affecttekeningen
- Familie in dieren
- Kinetische Gezinsteekening (KGT & RKGT)
- Mijn leven als dier
- Children's apperception test (CAT)
- Thematic apperception test (TAT)
- Rorschach
- Raven
- Von Staabs Scenotest
- Wereldspel
- Zinnen Aanvul Test (ZAT)
- Retrospectieve Vragenlijst voor Jongeren (RVJ)
- Levenslijn
- Spelobservatie.

Over elk van deze instrumenten bestaat heel wat relevante literatuur, die we hier echter niet grondig toelichten. Wat het hanteren en interpreteren van tekeningen betreft, bieden Meykens en Cluckers (2000) een goed overzicht.

### 2.2.2.3 Intelligentietests

Afhankelijk van de vraag past er binnen een dergelijk onderzoek ook een intelligentietest, vaak WPPSI, WISC-R en WAIS, naargelang de leeftijd van het kind.

### 2.2.2.4 Vragenlijsten

Dit betreft vragenlijsten die men door het kind of de jongere zelf laat invullen, door de ouders en soms (Gezinsklimaschaal) door beide. Ook over de manier waarop vragenlijsten een plaats krijgen binnen een psychodiagnostisch onderzoek, is enige reflectie op zijn plaats. Zo kan een vragenlijst bij opgenomen adolescenten, die erg wantrouwig staan tegenover een onderzoeker/psycholoog, soms een intermediair zijn die een beginnend diagnostisch contact mogelijk maakt. Het gegeven dat ze zich met die vragenlijst op hun kamer kunnen terugtrekken, biedt hun meer ruimte om te denken over wat ze wel al willen prijsgeven over zichzelf en wat nog niet, om vervolgens een gedoseerd en voorzichtig contact te hebben met de onderzoeker. Vragenlijsten mogen geenszins de klinische competenties en gespreksvaardigheden vervangen, vermits ze op die manier kunnen verworden tot een kil en objectiverend afhandelen van een lijstje vragen over vaak zeer emotionele en beladen thema's. In die zin dragen vragenlijsten soms een wat misleidende eenvoud in zich. Heel wat van het interpretatieve werk zit vervat in een scoring, waarbij we als clinicus vooral moeten kunnen tellen. De verkregen cijfers staan echter voor een complexe klinische realiteit die niet helemaal met dat cijfer samenvalt. Ze vergen een goed begrip van waar ze voor staan en van de manier waarop ze iets prijsgeven over iemands innerlijke wereld.

### 2.2.3 Het kind in zijn contacten

Het vermelde diagnostisch instrumentarium wordt benut om het kind en zijn beleveniswereld beter te leren kennen. We trachten via deze hulpmiddelen in contact te komen met de onderliggende wensen, angsten, fantasieën en gevoelens van het kind. De wijze waarop het testmateriaal aangewend wordt binnen de zich ontvouwende relatie tussen de diagnosticus en het kind, is daarbij van cruciaal belang. Het kind komt namelijk enkele malen bij een vreemde volwassene in een vreemde situatie (Cluckers, 1985). Dit leidt tot een zekere mate van spanning, onwennigheid en angst.

Binnen deze context verwacht de volwassene ook dat het kind vragen beantwoordt, taken uitvoert, speelt, tekent, enzovoort. Om met deze spanning

en onwennigheid om te gaan, kan het kind een beroep doen op zijn eigen, innerlijke mogelijkheden enerzijds en op het relatieaanbod van de volwassene anderzijds.

Daarom dient de onderzoeker het diagnostisch onderzoek niet op te vatten als het doorlopen van een testbatterij, maar zich in de relatie af te stemmen op de mogelijkheden en de noden van het kind.

Het onderzoeksmateriaal ontstaat binnen die dynamiek tussen het kind en de diagnosticus. Het hier-en-nu gebeuren van deze contacten is diagnostisch van even groot belang als de testresultaten in strikte zin.

## 2.2.4 Het begrip 'materiaal' in de hermeneutische benadering

Het gegeven dat een hermeneutisch psychodiagnostisch proces vooral ontwikkeld werd vanuit een therapeutisch werken met kinderen en jongeren,<sup>1</sup> brengt onder andere een zeer specifieke visie op het concept 'diagnostisch materiaal' met zich mee. Wanneer we spreken over het verzamelen van diagnostisch materiaal, hebben we het enerzijds over alles wat het kind ons brengt aan verhalen, tekeningen, antwoorden op vragen... Anderzijds dienen we te beklemtonen dat in het geheel van verzamelde gegevens *het zich ontvouwend verhaal van het kind* centraal staat. Daarbij richten we ons niet enkel op wat er verteld, getekend en gespeeld wordt. We richten eveneens nauwgezet onze aandacht op non-verbale reacties, op thema's die niet aan bod kunnen komen, op wat er niet gezegd kan of mag worden of slechts zijdelings even aangeraakt en vervolgens weer ter zijde geschoven wordt...

Halberstadt-Freud (1989) beschrijft dit als een "vorm van waarnemen waarbij naast bewuste uitingen onbedoelde signalen en uitdrukkingen geregistreerd worden". Alles wat een kind 'tussen de regels door' over zichzelf laat zien, wordt mee opgenomen en verwerkt in het totaalbeeld dat we ons pogen te vormen over de persoon en het functioneren van het kind.

Deze manier van denken en werken heeft enkele consequenties met betrekking tot het verzamelen van diagnostisch materiaal.

Ten eerste is het *materiaal* dat we willen verzamelen, een relatief gegeven. We streven geen absolute kennis of informatie na over het kind en zijn leefwereld. Ortigues en Ortigues (1993) formuleren dit als volgt:

C'est l'usage du diagnostic qui prête à discussion: pour les uns, il autorise à conclure, à prescrire; pour nous, il ne fait qu'éclairer, que tenter d'éclairer les choses et de mieux accompagner les consultants dans leur quête. Il n'autorise pas que l'on se substitue à eux dans la décision du 'que faire?' (Ortigues & Ortigues, 1993: 38)

1. Halberstadt-Freud (1989) beschrijft hoe een dergelijke vorm van diagnostiek sinds de jaren 1960 een hernieuwde toepassing was van de oude Gestalttheorie en van elementen uit de psychoanalyse, de client centered therapie en de sociale perceptietheorieën (p. 8).

We beschouwen het zich ontvouwend materiaal eerder als een hulpmiddel dat ons in staat stelt het verhaal van het kind te begrijpen, over belangrijke levensthema's te communiceren, de manieren van omgaan met thema's, met spanningen en gevoelens van het kind in de relatie aan bod te brengen.

Het is in deze optiek belangrijk om te noteren bij welk thema of welke emotionele aanspraken het kind blokkeert, in de war geraakt, zich verliest in het ontremd verhalen gaan vertellen... Dit is even belangrijk als het registreren van de inhouden van verhalen, tekeningen en spel.

Dit brengt ons meteen bij een tweede consequentie van deze manier van denken over psychodiagnostiek, die verband houdt met de *rol van de onderzoeker*. Een diagnosticus doet meer dan testgegevens registreren. Hij is een actieve, participerende observator (Halberstadt-Freud, 1989) die er zich van bewust is dat het diagnostisch materiaal van het kind zijn specifieke vorm en inhoud krijgt binnen de concrete psychodiagnostische relatie. Men tracht het gehele kind te ontmoeten en te leren kennen, wat betekent dat men zich als onderzoeker ook afstemt op de persoon en het functioneren van het kind. Een diagnosticus die een kind onderzoekt vanuit de wens te achterhalen of er een therapeutische vraag is en of er eventueel een therapeutische behandeling in de toekomst kan worden opgezet, is en blijft in de eerste plaats een hulpverlener. Voor hem staat het kind met zijn leefwereld en zijn functioneren centraal, en niet de testbatterij.

Zo laten we het kind geen drie keer blokkeren of chaotisch worden, om toch maar een volledige testbatterij afgewerkt te krijgen. De relatie met het kind en de wijze van functioneren van het kind krijgen altijd voorrang op bijvoorbeeld het volledig bij elkaar krijgen van de tien CAT-verhalen.

In de casus van Evelien die verder zal worden uitgewerkt, beslissen we tijdens het onderzoek de afname van de CAT af te breken na plaat 3. We hebben Evelien, een meisje van zes jaar, tot dan toe leren kennen als een eerder jong en onrijp kind, dat erg zeurderig en hangerig wordt wanneer ze iets spannend vindt. CAT plaat 3, die een moederkangoeroe en haar twee kinderen voorstelt, is voor dit meisje, dat door de echtscheiding van haar ouders een grote breuk kende in de relatie met haar moeder, zeer conflictgeladen. Ook bij de twee voorgaande platen was zichtbaar dat ze bij deze test onder druk kwam te staan.

Omdat de onderzoekssessie naar haar einde loopt en omdat we het belangrijk achten dit kind niet naar huis te laten gaan in een verwarde toestand, beëindigen we de afname van de CAT. We vrezen immers dat ze meer van haar mogelijkheden zou verliezen en dat ze zou verglijden in een steeds 'kleiner' en regressiever functioneren. Omdat we haar willen helpen om de betere mogelijkheden weer te mobiliseren, bieden we haar de kans nog een tekening te maken vooraleer de sessie af te ronden. Wanneer Evelien vervolgens één voor één beide handjes op het blad papier plaatst en daarvan vervolgens de omtrek tekent, begrijpen we dit als haar poging om op deze tastbare wijze het contact met de realiteit te versterken. Ze benut met andere woorden de door de onderzoeker geboden mogelijkheid om niet verder te verglijden in het 'klein zijn'. Ze doet een actieve poging om weer greep te krijgen op de dingen. We opteren er hier duidelijk voor om het functioneren van dit kind en het relationele gebeuren tussen kind en onderzoeker prioriteit te geven ten opzichte van de afname van de testbatterij.

## 2.3 Illustratie Evelien<sup>2</sup>

### 2.3.1 Achtergrondgegevens

Evelien is zes jaar. Ze woont bij haar vader, samen met haar zus van zeven jaar. Vader heeft sinds de echtscheiding (één jaar voor de consultatie) het hoederecht over zijn beide dochters. De twee meisjes gaan om de veertien dagen bij hun moeder op bezoek. Op advies van het CLB neemt vader contact met een dienst voor geestelijke gezondheidszorg. Evelien werd door het CLB niet schoolrijp bevonden aan het einde van de derde kleuterklas. Ze zit daarom voor de tweede keer in dat klasje.

Vader consulteert met een diversiteit aan klachten. Evelien is erg moeilijk, zowel thuis als op school. Ze huult veel, steelt snoep en is erg jaloers op haar zus. Ze is veel bezig met pijn en dood. Ze doet ook dieren pijn en probeert ze soms te doden. In de klas trekt ze zich terug uit het contact met andere kinderen. Ze speelt meestal in haar eentje. Na het weekend bij moeder slaapt ze twee nachten niet en huult ze in haar bed.

Anamnesticus weten we van vader dat het met Evelien moeilijk liep van bij het begin. Ze sliep veel slechter dan haar zus. De ouders moesten 's nachts vaak opstaan. Moeder werd daar gek van. Vooral vader zorgde voor Evelien tijdens die nachten. Ook het voeden verliep niet zonder moeilijkheden. Evelien nam de moedermelk en later ook de flesvoeding moeilijk op. Toen de ouders Evelien op vier à vijf maanden lieten overstappen op vaste voeding, verliep het voeden vlotter.

Vanaf de leeftijd van negen maanden tot ongeveer een jaar voor de consultatie had ze een doekje als transitioneel object. Vreemdenangst heeft vader nooit opgemerkt. Integendeel, Evelien ging gemakkelijk met iedereen mee. "Ze hangt aan iedereen," verwoordt vader, "het is alsof ze geen verschil kent tussen vreemden en familie." De zindelijkheidstraining verliep wel vlot. Vader herinnert zich ook een duidelijke koppigheidsfase. Hij vindt haar nu trouwens nog koppig.

### 2.3.2 Psychodiagnostisch onderzoek

Het psychodiagnostisch onderzoek neemt drie sessies in beslag. We willen vooral zicht krijgen op Eveliens belevingswereld om van daaruit te begrijpen wat de verschillende klachten te betekenen hebben. We vragen ons namelijk af hoe ze de echtscheiding van de ouders en het weggaan van moeder ervaart en verwerkt. We willen weten of er een verband is tussen haar beleving van de echtscheiding en de vermelde klachten. Of zou het hier gaan om een rui-

2. Met dank aan Simone Meykens voor het meedenken over een zinvolle en genuanceerde presentatie van dit illustratiemateriaal.

mer ontwikkelingsprobleem, gezien Eveliens wat kwetsbare voorgeschiedenis?

Ook willen we onderzoeken of de schoolse onrijpheid te begrijpen is in samenhang met de emotionele problemen en de verstoring in de ontwikkeling die zich voordoen.

In de drie onderzoekssessies worden de volgende tests gepland:

- Sessie 1: de afname van de WPPSI
- Sessie 2: projectief materiaal: vrije tekening
  - House-Tree-Person
  - Familie in dieren
  - Children's Apperception Test
- Sessie 3: een spelobservatie in de spelkamer.

### 2.3.3 Het verloop van het diagnostisch onderzoek

Wat volgt, is een vrij ruime weergave van grote delen van het diagnostisch materiaal dat ontstond binnen deze diagnostische contacten. We beogen hiermee de lezer op dezelfde manier voor het materiaal te plaatsen als wanneer hij de diagnosticus zou zijn: geconfronteerd met de veelheid van tekeningen, spel en verhaal, waarmee hij aan de slag moet teneinde de leefwereld van dit kind te begrijpen.

#### 2.3.3.1 Eerste sessie: intelligentieonderzoek aan de hand van de WPPSI

Evelien behaalt op de WPPSI een totaal IQ van 112, waarbij het verbale IQ 112 en het performantiële IQ 110 bedraagt.

Tijdens de afname van de WPPSI wordt Evelien vaak hangerig, zeurderig en moe. Ze zegt bij een nieuwe opdracht herhaaldelijk dat ze dat niet kan en lijkt het dan te willen opgeven. Ze dient vaak aangemoedigd en ondersteund te worden om verder te werken. Een dergelijke aanmoediging en ondersteuning helpen haar wel: ze herpakt vaak en slaagt er toch in de taken tot een goed einde te brengen.

Deze onderzoekssessie vergt echter veel geduld en een voortdurend alert en afgestemd steunen van Eveliens mogelijkheden, opdat ze deze kan blijven benutten.

#### 2.3.3.2 Tweede sessie: tekeningen en CAT

##### □ Vrije tekening

Ik begin als onderzoeker met aan Evelien te zeggen: Ik zou willen dat jij... Evelien neemt onmiddellijk van mij over en vult aan met 'een zonnetje teken, ... een blij zonnetje, omdat dat graag in de wolkjes zit'. Evelien tekent er een lange wolk bij.