

Diagnostiek naar autisme binnen een oplossingsgericht kader

Joke De Wilde

4e jaar Korzybski Instituut Brugge

Eindwerk voor de opleiding in Oplossingsgericht Cognitief Systemisch Psychotherapeut

2019 - 2023

Voorwoord

Sinds een vijftal jaar ben ik werkzaam als psycholoog op de afdeling kinder-en jeugdpsychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent). Ik zie voor een groot deel van de tijd cliënten met een vraag naar kinderpsychiatrische diagnostiek. Zo word ik, onder andere, ingezet als diagnosticus binnen de conventie voor diagnostiek naar ontwikkelingsstoornissen, meer specifiek autismspectrumstoornis (Referentiecentrum voor Autisme). Ik ontmoet kinderen, jongeren en volwassenen waarbij de vraag wordt gesteld naar een kader om gedrag dat door cliënten en hun omgeving vaak als 'lastig' en 'moeilijk' wordt beschreven te verklaren. Zowel classificerende als handelingsgerichte diagnostiek wordt hierbij uitgevoerd.

De keuze voor dit onderwerp kwam er enerzijds omdat de bedenking af en toe gemaakt wordt of diagnostiek oplossingsgericht kan zijn, anderzijds om mezelf de kans te geven om het diagnostisch werk dat we dagelijks doen onder de loep te nemen én een helpende leidraad op te stellen voor collega's. Het eindwerk heeft me een overzicht gegeven van welke manieren van werken (vb. soorten vragen, houding en ideeën als diagnosticus) ik graag wil behouden in mijn werk en welke punten verder uitgewerkt kunnen worden, om cliënten goede zorg te kunnen geven alsook het oplossingsgericht kader rond het diagnostisch traject nog steviger te maken.

Graag wil ik de lesgevers van Korzybski bedanken voor het jarenlang delen van zowel theorie als leerrijke praktijkervaringen. Bedankt voor de supervisiemomenten en individuele feedback op specifieke casusvragen.

Een grote dankjewel aan Sylvie Carette in het helpen vinden van structuur, het doorhakken van knopen, en het geven van steeds heldere input voor dit eindwerk. Dit steevast op een oplossingsgerichte manier gebracht, wat niet alleen motiverend is maar ook hartverwarmend.

Tot slot ook een warme dank aan mijn vriend Aëgir, voor het nalezen van mijn werk en voor de kritische vragen die hij me steeds voorschotelde. Voor de eindeloze interesse in mijn opleiding en werk en de vele schouderklopjes.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Kijk op autisme	5
1. Stoornis vs. neurodiversiteit	5
2. Probleem vs. beperking	6
Diagnostiek binnen een oplossingsgericht kader	8
1. Diagnostiek als middel om keuzemogelijkheden te verbreden	8
a. Vraag naar diagnostiek vanuit een beperkte keuze	8
b. Semantische en pragmatische keuzes binnen diagnostiek	9
2. Diagnostiek als abstractie van de realiteit	14
3. Doelmatig vinden van aanknopingspunten via diagnostiek	14
Inhoud van een diagnostisch proces	17
1. Hoop als rode draad	17
a. Wat is hoop	17
b. Hoe hoop introduceren binnen een diagnostisch traject	17
2. Verschillende fasen in het diagnostisch proces	20
a. Aanmelding	20
b. Intakegesprek	23
c. Testing	25
d. Advies	25
Conclusie	27
Literatuurlijst	28
Bijlage 1: oplossingsgerichte vragenlijst bij aanmelding	30

Inleiding

Een belangrijke stelling binnen het oplossingsgericht werken is die gegeven door Steve de Shazer en Insoo Kim Berg: **‘de klasse van de problemen behoort niet tot de klasse van de oplossingen’**. Inzichten vertonen wel samenhang met het gedrag, maar in oplossingsgericht werken hoeft er geen rekening mee gehouden te worden (Isebaert, 2007). Desondanks deze verklarende inzichten in persoonlijkheidsstructuren, functioneren en ontwikkeling niet noodzakelijk zijn, zien we in praktijk een steeds grotere vraag naar verklarende (en handelingsgerichte) psychodiagnostiek. Zo stijgt ook de vraag van diagnostiek naar autismespectrumstoornis.

Hoe kunnen we als diagnosticus oplossingsgerichte elementen in een diagnostisch proces toevoegen en implementeren? Op welke manier is de vraag naar diagnostiek helpend? Hoe kunnen we als hulpverlener omgaan met deze vraag? Hoe past dit binnen oplossingsgericht werken? En welke goede redenen kun je als professional hebben om mee te gaan in de vraag naar diagnostiek van de cliënt?

In dit eindwerk probeer ik een antwoord te formuleren op bovenstaande vragen. Een uitdagende, hoewel mijns inziens geen onmogelijke, opdracht. Ik schets een weergave van de inzichten die ik kreeg tijdens de opleiding, alsook een weergave van de manier waarop ik deze hanteer in het werk als psychodiagnosticus.

Als onderdeel van dit eindwerk werd bovendien een **oplossingsgerichte vragenlijst** gecreëerd. Het kan als werkinstrument dienen voor de diagnosticus, om bijvoorbeeld bij aanmelding af te geven aan de cliënt en in te brengen tijdens een intakegesprek of een ander gesprek in het traject.

Kijk op autisme

1. Stoornis vs. neurodiversiteit

Hieronder ga ik niet zozeer in op wat autisme precies inhoudt en wanneer precies de diagnose van ASS officieel kan gesteld worden. Dit kan immers nagelezen worden in de DSM-5-TR, waar de criteria worden beschreven, en in de richtlijnen van het Kwaliteitscentrum Diagnostiek. Wel geef ik graag mee hoe ik naar autisme kijk, omdat dit de basis vormt voor het werk als psychodiagnosticus.

Er zijn verschillende manieren waarop naar autisme wordt gekeken.

- Volgens het **medisch model** is autisme een stoornis en is het doel om een behandeling te vinden waarbij de nadruk ligt op het veranderen van de persoon met autisme (Begeer, 2022).
- Het **sociale model** stelt dat autisme een afwijking is van de sociale norm. Binnen dit model worden de moeilijkheden van mensen met autisme niet ontkend, maar begrepen vanuit de interactie van de persoon met de omgeving (Begeer, 2022). Net zoals bij een systemische benadering, zien we hier dat een persoon nooit op zichzelf staat. Om het functioneren van mensen te begrijpen, alsook een geschikte oplossing voor problemen te vinden, wordt het systeem waarbinnen de persoon zich bevindt mee in rekening gebracht en betrokken.

Dit sociale model veronderstelt dat als de omgeving passend is voor de persoon, er mogelijks veel minder moeilijkheden ervaren worden. In sommige situaties kan het zelfs een voordeel zijn om autisme te hebben (denk maar aan kinderen met autisme die baat hadden bij lockdownmaatregelen (Plak & Swaab, 2020) of werksettings die enkel mensen met autisme aanwerven). Bij veel mensen is het zo dat ze in de juiste opleiding of job terecht zijn gekomen waardoor er weinig last ervaren wordt. Eigenlijk net zoals je een gebouw rolstoelvriendelijk maakt of aanpast voor mensen met een visuele beperking zodat ze zich zonder problemen kunnen verplaatsen in dit gebouw.

Deze benadering is bovendien ook onderdeel van de 'neurodiversiteitsbeweging'. **Neurodiversiteit** is de idee dat er geen standaard brein bestaat, maar dat breinen van mensen onderling verschillen. Er wordt wel eens gesteld dat dit kan vergeleken worden met biodiversiteit, wat zorgt voor een gezonde en duurzame fysieke omgeving. Neurodiversiteit zou dan kunnen zorgen voor een gezonde en duurzame cognitieve omgeving (Van Goidsenhoven & Vanaken, 2021).

In lijn met het sociale model en wanneer we vanuit een systemische bril kijken, lijkt het aannemelijk te stellen dat een diagnose van autismespectrumstoornis in principe gebaseerd is op een afspraak. Namelijk de afspraak dat als men aan een aantal kenmerken voldoet, de diagnose kan weerhouden worden. Net zoals andere psychiatrische diagnoses is dit 'bedacht'. Het gaat dan ook over vaak impliciete sociale normen afgesproken onder mensen zonder autisme of 'neurotypicals'. De neurotypische normen zijn voor mensen met autisme soms lastig te volgen.

Meer concreet gaan deze normen in het geval van autismespectrumstoornis vooral over sociale zaken, alsook flexibiliteit in handelen en de reactie op sensorische prikkels. Met het spectrum wordt bedoeld dat autisme op heel veel verschillende manieren tot uiting kan komen.

Wie weet hebben we het in de toekomst niet meer over autisme of autismespectrumstoornis. Zo'n concepten veranderen namelijk voortdurend en blijven dus '**sociale constructen**' (Van Goidsenhoven & Vanaken, 2021). We moeten accepteren dat normaliteit iets is dat we zelf verzonnen hebben, en dus ieder moment kan worden aangepast.

Daarnaast zorgt **het woord 'stoornis'** regelmatig voor discussies, zowel tussen hulpverleners als tussen mensen met autisme. Sommigen ervaren hun autisme niet als een stoornis, maar eerder als een talent of kracht. Anderen voelen zich dan weer heel duidelijk beperkt door hun autisme.

Volgens de officiële definitie in de DSM-V moet er sprake zijn van lijdensdruk bij de persoon zelf of de omgeving om een diagnose van autismespectrumstoornis te kunnen stellen (Matilla et al., 2011). Een belangrijke implicatie hiervan is dat er niet voldaan wordt aan alle nodige criteria en er strikt gezien geen diagnose kan worden weerhouden wanneer er geen sprake is van lijdensdruk. En net zoals hierboven aangehaald, hoeft niet iedereen met een autistisch brein per definitie te lijden. Preventieve screening, bijvoorbeeld wanneer andere kinderen in een gezin ASS hebben, heeft dan weinig nut indien er bij het kind of zijn omgeving geen last is.

Lijdensdruk is bovendien contextafhankelijk: iemand met een autistisch brein kan het erg lastig hebben in de middelbare school, maar zich misschien beter voelen in het latere leven - om welke reden dan ook. Ook al blijft die persoon een autistisch brein hebben, toch zien we dat de lijdensdruk dan wisselend is en het stuk 'stoornis' minder op de voorgrond staat.

2. Probleem vs. beperking

Binnen het **oplossingsgericht werken** spreken we niet zozeer over stoornissen, maar bekijken we eerder het **verschil tussen een probleem en een beperking**. Een 'probleem' is een moeilijkheid waarvoor er nu of in de nabije toekomst een oplossing kan gevonden worden. Een 'beperking' is een moeilijkheid waarvoor nu of in de nabije toekomst geen oplossing kan gevonden worden. Deze beperkingen beperken dan je keuzevrijheid (Isebaert, 2007).

Autisme - namelijk de manier waarop het brein informatie verwerkt in de huidige maatschappij waarin we leven- kan dan gezien worden als een beperking. Deze manier van informatieverwerking kan immers niet zomaar aangepast worden (Mattelin, 2019). De persoon met autisme staat bijgevolg voor de uitdaging om zo goed mogelijk met de beperking om te gaan. De gevolgen van de beperking kunnen immers wel problemen zijn, waar wel een oplossing voor gevonden kan worden.

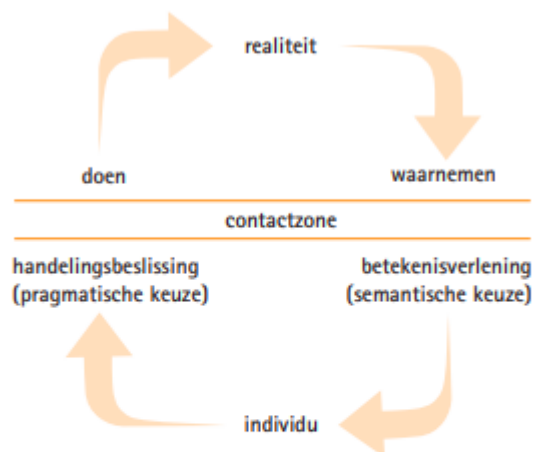
In een diagnostisch traject binnen een oplossingsgericht kader kan informatie gegeven worden over het onderscheid tussen probleem en beperking en kan op die manier aanknopingspunten bieden omtrent waar de cliënt energie in kan investeren en/of waar de persoon meer rendement uit kan halen.

Diagnostiek binnen een oplossingsgericht kader

1. Diagnostiek als middel om keuzemogelijkheden te verbreden

a. Vraag naar diagnostiek vanuit een beperkte keuze

In het Brugs model wordt gesproken over keuzevrijheid. Dit idee van keuzevrijheid gaat uit van de samenhang tussen de waarneming van de realiteit, het toekennen van betekenissen en het nemen van handelingsbeslissingen. Het toekennen van betekenissen (betekenisverlening) noemt men de **semantische keuze** en de handelingsbeslissing die uit deze betekenisverlening voortvloeit wordt een **pragmatische keuze** genoemd (Isebaert, 2007). Onderstaande figuur (Figuur 1: Koeman & Vranken, 2014¹) geeft deze samenhang visueel weer.



Figuur 1. Samenhang tussen de waarneming van de realiteit, de betekenisverlening (semantische keuze) en de beslissing die aan de handeling voorafgaat.

Cliënten schrijven dus verschillende betekenissen toe aan de situatie, de symptomen, de feiten,... Ze geven op die manier betekenis aan de realiteit. Deze betekenissen hebben op hun beurt invloed op hun keuzegedrag. Volgens het Brugs model ontstaan problemen vaak op het moment dat cliënten de indruk hebben dat ze geen keuzes meer kunnen maken of geen keuzes meer hebben (Le fevere de Ten Hove, 2007). Het niet kunnen kiezen kan ontstaan omdat de cliënt een bepaalde betekenis geeft

¹ Koeman, P., & Vranken, S. (2014). Wat kan je van stokstaartjes leren? Interventietechnieken voor het oplossingsgericht werken met kinderen en jongeren.

aan iets en zich daaraan vastklampt. Betekenissen - **semantische keuzes** - hebben op hun beurt invloed op hun handelingen en beslissingen. Indien er meer mogelijke betekenissen zichtbaar worden, zullen er ook alternatieven voor handelingen ontstaan. Er ontstaan als het ware meer **pragmatische keuzemogelijkheden** (Isebaert, 2007).

Ook cliënten met een vraag naar diagnostiek en hun omgeving schrijven verschillende betekenissen toe aan hun situatie en aan gebeurtenissen. En ook hier zien we dat cliënten op intake willen komen van zodra ze de indruk hebben geen keuzes meer te hebben. **Een goede reden om met een vraag naar diagnostiek aan de slag te gaan is dan ook om de semantische keuzes uit te breiden en zo de keuzevrijheid in handelingen te vergroten.**

Via diagnostiek is er de mogelijkheid om informatie toe te voegen alsook te gaan 'herkaderen'. Als cliënten zaken of situaties op een bepaalde manier 'zien', hebben ze de neiging om deze op telkens dezelfde manier te blijven zien. Het gedrag van de cliënt wordt dan bepaald door die manier van kijken. Het verkrijgen van de extra info uit onderzoek geeft de mogelijkheid om via een andere bril naar de situatie te kijken, waardoor het vervolgens mogelijk wordt om er anders mee om te gaan (Durrant, 2007). Voor de cliënt kan een nieuwe kijk op de situatie leiden tot ander gedrag, voor zijn omgeving (vb. ouders, vrienden, leerkrachten,...) kan een nieuwe kijk op de situatie leiden tot andere reacties.

b. Semantische en pragmatische keuzes binnen diagnostiek

De theorie over semantische en pragmatische keuzes en hoe keuzes kunnen worden uitgebreid door situaties of functioneren te herkaderen, wordt verduidelijkt in enkele casussen uit eigen praktijk. Omwille van privacyredenen werd gebruik gemaakt van fictieve namen.

Casus Sam

Sam is 17 jaar en uit, net zoals vele andere jongeren, de nood om regelmatig af te spreken met andere jongeren. Echter, Sam vertelt dat conversaties met anderen vaak stroef verlopen, hij de verhalen die aan bod komen moeilijk kan volgen en bij feestjes vaak naar buiten gaat omdat hij hoofdpijn, pijn aan de ogen heeft en zich vermoeid voelt. Sam zou ook al enkele keren geïrriteerd hebben gereageerd op anderen, naar eigen zeggen zonder enige duidelijke reden.

Sam wordt initieel aangemeld door zijn ouders. Zij maken zich zorgen over het welbevinden van Sam. Hij zegt namelijk regelmatig dat hij 'raar' is en niets kan.

Casus Sam - Semantische keuze

Sam ziet zijn functioneren vooral vanuit een - negatief beladen en vaststaande - eigenschap, nl. 'raar zijn', maar ook 'niet voldoende mijn best doen'. Bovendien noemt hij zichzelf 'licht geraakt' aangezien hij zo vaak boze en geïrriteerde reacties toont. Hij vindt het logisch dat hij net zoals de anderen moet zijn.

Het gedrag dat hier vervolgens uitvloeit is dat Sam op zoek gaat naar hoe hij zichzelf nog meer kan 'pushen' zodat zijn gedrag overeenstemt met gedrag dat hij ziet bij anderen.

Casus Sam - Pragmatische keuze

Sam vertelt dat hij steeds probeert om meer inspanningen te leveren om 'mee te kunnen' met de andere jongeren. Hij heeft bijvoorbeeld het idee om nog meer af te spreken met anderen, langer te blijven op feestjes en meerdere pijnstillers mee te nemen voor wanneer hij hoofdpijn zou krijgen.

Tijdens het diagnostisch traject merken we dat Sam informatie (en dus ook communicatie) trager verwerkt en hij vooral oog heeft voor details, terwijl andere belangrijke contextinformatie sneller aan hem voorbij gaat. Hierdoor merkt Sam dat hij soms op een ander spoor zit dan zijn gesprekspartner. Vervolgens merkt Sam dat gesprekken stroef verlopen.

Sam lijkt daarnaast niet enkel last te hebben van hoofdpijn op feestjes. Uit de gesprekken wordt duidelijk dat Sam vaak hoofdpijn heeft en geïrriteerd wordt wanneer er veel externe prikkels (zoals luide omgevingsgeluiden, pratende mensen, fel licht en sterke geuren) zijn. We merken een verhoogde sensorische hyperreactiviteit op. Bovendien zien we een hypo-reactiviteit wat betreft honger/dorstgevoel (interoceptie). Sam eet en drinkt regelmatig onvoldoende.

Op basis van alle gesprekken en onderzoeken, stellen we vast dat Sam op een autistische manier waarneemt en interpreteert. De meeste mensen in zijn omgeving lijken zijn manier van denken moeilijk te kunnen volgen. Sam slaagt er op zijn beurt moeilijker in om anderen te begrijpen. Communicatie verloopt daarom regelmatig stroef. Sams reactie op interne en externe prikkels zorgt voor toenemende klachten zoals hoofdpijn, vermoeidheid en geïrriteerde reacties.

Casus Sam - uitbreiding van keuzes na diagnostiek

We geven Sam informatie over zijn denkstijl / informatieverwerking en duiden op de tekorten alsook de sterktes hiervan. Hierdoor is de semantische keuze niet meer beperkt tot 'raar' of 'onvoldoende inspanning leveren', maar wordt meer onderscheid gemaakt tussen de *beperkingen* ('niet kunnen' ipv 'onvoldoende inspanningen leveren') van het autistisch denken en de problemen die dit met zich meebrengt, alsook de mogelijkheden van Sam.

De beperkte betekenissen die Sam initieel had gevormd rond zijn realiteit, zorgden ervoor dat hij de lat voor zichzelf erg hoog ging leggen, hij telkens over zijn grenzen ging in de hoop sociale situaties vlotter te laten verlopen en te 'bewijzen' dat hij geen rare jongere is. We zagen ook toenemend middelengebruik.

De alternatieve betekenis en onderscheid tussen probleem en beperking, veranderen de pragmatische keuzes van Sam. Enerzijds probeert Sam bepaalde beperkingen te aanvaarden (vb. de rode draad vinden in een verhaal verloopt moeizamer), maar bovenal is hij van plan om op zoek te gaan naar oplossingen voor problemen. Zo kan Sam op zoek gaan naar een structuur in eet-en drinkpatroon - zodat irritatie owv honger/dorst geremd wordt-, zoekt hij naar meer balans tussen 'alleen-tijd' en afspreken met vrienden en probeert hij - naast het inlezen van interesses van anderen - ook op zoek te gaan naar zijn eigen interesses en deze uit te bouwen.

2



² Cordaro, E. (2019). *Anders gaat ook: hoe ik functioneer met autisme en ADHD*.

Casus Luna

Luna is 12 jaar en komt met haar mama en een CLB-medewerker op intakegesprek. Luna is een energiek meisje en wordt omschreven als een 'flapuit' en iemand die zich vaak dominant gedraagt ten opzichte van andere leerlingen in de klas. Thuis zijn er veel conflicten en zussen en broers klagen dat Luna steeds haar gelijk wil krijgen. Mama wil weten waarom Luna zo lastig is en omschrijft haar als 'een erg lastige puber, iemand waarmee het erg moeilijk samenleven is'. Ze stelt de vraag of dit 'gewoon pubergedrag' is of aanstellerij. De CLB-medewerker voegt hieraan toe dat ze ook al hebben gedacht aan een gedrags- of ontwikkelingsstoornis. Ze geven aan 'vast' te zitten en een verklaring voor het gedrag nodig te hebben om verder te kunnen handelen.

Casus Luna - Huidige keuzes

Wanneer we inzoomen op de keuzes die de omgeving ziet met betrekking tot het functioneren van Luna, merken we het volgende: Mama geeft de betekenissen van 'pubergedrag' (semantische keuze 1) en 'aanstellerij' (semantische keuze 2) aan het gedrag van Luna.

De reactie van mama op het gedrag (pragmatische keuze) is ook verschillend vanuit welke betekenis ze vertrekt. Zo zal mama sterk corrigerend en soms beschuldigend optreden wanneer ze vanuit de betekenis van 'aanstellerij' vertrekt, terwijl ze Luna vaker haar eigen wil laat doordrijven wanneer ze vanuit de 'puberbril' kijkt naar het gedrag, in het idee dat het om een fase gaat.

Bij de CLB-medewerker (en breder vanuit de school) horen we dat er naast de betekenissen van mama ook een andere mogelijkheid is nl. die van een ontwikkelingsstoornis. Ook hier lijken hun reacties (pragmatische keuzes) ten opzichte van Luna erg wisselend - van straffend optreden, naar begripvol luisteren tot afzonderen en belonen. De laatste tijd zou er op school echter ook meer afstand worden genomen van Luna - 'we gaan niets doen omdat we niet zeker weten wat het gedrag betekent'. Echter, ook dit is uiteraard een pragmatische keuze (*denk aan: we kunnen niet niet communiceren volgens de vijf axioma's van Watzlawick*)

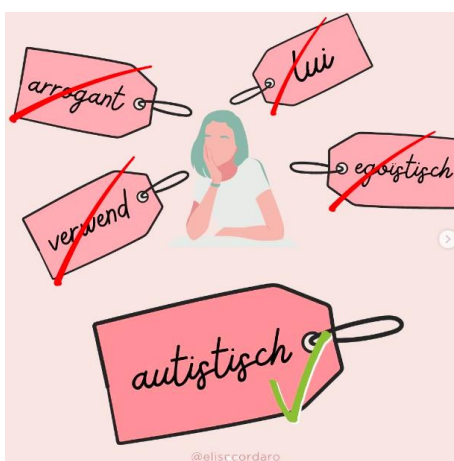
Voor zowel Luna als haar omgeving horen we dat de verscheidenheid aan pragmatische keuzes voor veel verwarring zorgen.

Casus Luna - uitbreiding van keuzes na diagnostiek

Bij Luna weerhouden we een autistische denkstijl. We voegen nieuwe semantische keuzes toe en begrijpen Luna's moeilijk gedrag onder andere uit een gebrek aan voorspelbaarheid en concrete communicatie. Het gedrag van Luna vormt reeds een manier om te proberen controle te krijgen over de situatie, door bijvoorbeeld anderen te vertellen wat ze moeten doen of haar eigen idee uit te werken zonder af te checken bij anderen. Ze probeert zo voorspelbaarheid groter te maken voor zichzelf. Ze lijkt dus reeds eigen oplossingen te hebben gevonden, welke op dit moment het meest haalbaar zijn voor haar. Samen kan er gezocht worden naar beter passende oplossingen voor zowel Luna als haar omgeving.

Met deze info kunnen mama en CLB/School aan de slag. Zo proberen ze alternatieve/bijkomende oplossingen te vinden om voorspelbaarheid te vergroten. In eerste instantie proberen ze de omgeving aan te passen (vb. gebruik van een dagschema; concrete doe-stapjes tijdens taken,...), in tweede instantie gaan ze met Luna aan de slag om een aantal zaken bij te leren (vb. hoe kan je weten wanneer het te veel is, wat kan je precies doen om dit aan de ander te zeggen).

Mama geeft aan dat deze info ervoor zorgt dat ze Luna niet alleen ziet als een 'lastig kind'. Ze maakt nu meer het onderscheid tussen Luna's gedrag en haar 'zijn'. Zo noemt ze haar kind niet meer 'lastig' en worden de inspanningen die Luna reeds leverde meer zichtbaar. Leerkrachten voelen zich sterker omwille van de houvast die ze hebben en gaan ook meer kaderen naar andere leerlingen wat er precies gebeurt in moeilijke situaties.



3

³ Cordaro, E. (2019). *Anders gaat ook: hoe ik functioneer met autisme en ADHD*.

2. Diagnostiek als abstractie van de realiteit

We kunnen dus stellen dat we via diagnostiek semantische keuzes kunnen uitbreiden en op die manier keuzevrijheid kunnen vergroten. Het is echter belangrijk om als diagnosticus ook kritisch te blijven voor het gevaar dat dit kan inhouden. Myriam Le Fevere de Ten Hove schrijft namelijk dat één van de valstrikken bij het maken van hypothesen is dat we onszelf de opdracht geven 'de waarheid' te achterhalen. Het gevaar bestaat dan dat er wordt vergeten dat het een gecreëerde ordening is van de realiteit waardoor er verbanden kunnen gelegd worden en dus betekenis kan gegeven worden. Het is echter van belang om deze te blijven zien als **abstracties van de realiteit**.

Ze waarschuwen er voor dat deze abstracties ook aanleiding geven tot gevoelens van wanhoop en uitzichtloze situaties voor de cliënt. Inzicht vergroot niet altijd keuzevrijheid (Le Fevere de Ten Hove, 2007). Denk bijvoorbeeld aan ouders of een kind die autisme als excuus zien om dingen niet te moeten leren of doen. Dit door enkel naar de beperking te kijken en niet naar de mogelijkheden die, soms mits aanpassingen, wel haalbaar zijn.

Naast het ons bewust zijn hiervan, zal het belangrijk zijn om cliënten hierin ook verder te ondersteunen. Diagnostiek is immers nooit een eindpunt, wel een startpunt, en ook dat is belangrijk om met de cliënt te bespreken.

3. Doelmatig vinden van aanknopingspunten via diagnostiek

Idealiter zijn termen zoals ASS, ADHD,... niet nodig om mensen breed te doen kijken, niet-helpende zaken los te laten en te zoeken naar wat werkt. Echter, blijkbaar hebben we om keuzes te maken soms woorden nodig en is een term zoals 'autisme' op dat moment een middel om breder te kijken. Ook dit past binnen het oplossingsgerichte denken: kijk als hulpverlener wat helpend wordt geacht voor de cliënt op dit moment.

Een diagnostisch onderzoek betekent voor verschillende cliënten dat ze **doelmatiger aanknopingspunten** kunnen vinden voor betekenisverlening en omgang met de realiteit. Theoretische zaken, bijvoorbeeld over ASS, kunnen dan toegevoegd worden in het keuzepalet, in de waaier van gebruiksmogelijkheden. Nieuwe woorden, zoals 'autistisch denken', 'camouflage', 'sensorisch hyperreactief',... kunnen nieuwe betekenissen genereren en houvast geven om gedrag te kunnen plaatsen.

Net zoals in punt 2 (*diagnostiek als abstractie van de realiteit*) werd besproken, blijft het echter van belang om een diagnostisch traject niet als eindpunt te zien. Het is de taak van de diagnosticus om niet alleen verklarend maar ook handelingsgericht na te denken. Dit begint al van bij een intake gesprek en de beslissing om al dan niet een

diagnostisch traject aan te gaan. Het stellen van een diagnose betekent vaak slechts **een startpunt of houvast om therapeutisch verder te werken** binnen een bepaald kader. Therapie zal dit ('de vaardigheid om te kiezen') concreet verder uitwerken.

Soms worden diagnostische vragen gesteld op initiatief van scholen of CLB-medewerkers. Ze geven aan 'vast' te zitten in de aanpak van een leerling, ze lijken geen keuzes meer te zien. Ze zijn ervan overtuigd dat ze een nieuwe weg zullen vinden wanneer er diagnostische uitklaring is. Bovendien is onze huidige maatschappij zo georganiseerd dat labels soms nodig zijn om gespecialiseerde hulpverlening toegankelijk te maken. Labels kunnen naast deze toegang ook een andere bril geven om het gedrag en (eigen of andermans) communicatie anders te bekijken.

Binnen het Referentiecentrum voor Autisme zijn er twee mogelijkheden om cliënten te ondersteunen. Enerzijds bieden we diagnostische trajecten aan, maar we zijn ook in de mogelijkheid om via 'coördinatie van de zorg' mensen met een diagnose verder te ondersteunen. Dit laatste kan door middel van het toeleiden naar passende zorg, netwerkoverleg of psycho-educatie. In onderstaande casus gaat het over een cliënt waarbij een diagnostisch traject werd uitgevoerd met aansluitend enkele coördinatie-sessies. Zoals hierboven werd beschreven, gaf diagnostisch onderzoek aanknopingspunten maar dienden keuzes verder uitgebreid te worden binnen een verder traject.

Casus Jeroen

Jeroen wordt aangemeld in samenspraak met school en ouders. Jeroen zit in het zesde middelbaar, richting Zorg. Hij rondde zonet zijn stage binnen een woonzorgcentrum af. De school geeft als feedback dat Jeroen echter niet kan slagen dit schooljaar. De vaardigheden die hij toonde op stage waren onvoldoende en hij miste veel theoretische lessen door afwezigheid.

"Jeroen toonde onvoldoende initiatief, heeft moeite met het starten van taken en kan daardoor onvoldoende zelfstandig aan de slag. Hij toont soms vreemd gedrag in sociale situaties. Bovendien merken we uitstelgedrag en is Jeroen ook vaak afwezig." School vermoedt dat een sociale richting te hoog gegrepen is, maar Jeroen is nog steeds vastberaden om verder te doen. School adviseert een overstap naar een logistieke richting, omdat een zorgrichting niet bij hem zou aansluiten. Ze geven aan dat ze reeds verschillende aanpassingen installeerden, maar geen stap verder kwamen. Diagnostisch onderzoek zou hun vermoeden van autisme kunnen bevestigen en zo ook duidelijk maken dat de richting niet past bij hem.

Na diagnostiek wordt het vermoeden van een autismespectrumstoornis bij Jeroen effectief bevestigd. Na meerdere overlegmomenten en psycho-educatie binnen

coördinatiesessies met zowel Jeroen, zijn ouders als de school, wordt toch beslist om Jeroen zijn zesde middelbaar te laten overdoen binnen dezelfde richting.

De één op één benadering (geen zorgrichting want hij heeft autisme) wordt verbroken en alternatieven worden zichtbaar. Zijn functioneren wordt verder gekaderd en niet alleen beperkingen maar ook mogelijkheden worden beschreven.

Jeroen stelt zich vaak passief op - hij wacht vaak tot anderen toenadering zoeken om in contact te gaan, anderen kunnen hem eerder moeilijk 'lezen' en hij zelf vindt het moeilijk om anderen in te schatten en te begrijpen. Er kunnen verschillende zaken worden ondernomen.

Een 'codesysteem' kan uitgewerkt worden waarbij Jeroen kan aangeven hoe hij zich voelt. 'Sociale ondertiteling' kan helpen om sociale perspectieven uit te leggen zodat Jeroen op dat vlak kan bijleren.

Jeroens 'vreemd' gedrag wordt gekaderd binnen een tekort aan verbeelding - Jeroen kan moeilijk bedenken wat hij kan doen in bepaalde situaties. Het helpt wanneer activiteiten of taken luidop (of schriftelijk) worden overlopen.

Visuele reminders helpen om uitstelgedrag te voorkomen.

Afwezigheid op stage wordt niet zozeer gekaderd vanuit een te hoge druk op sociaal vlak - wel blijkt uit onderzoek dat Jeroen last heeft van prikkels op de bus op weg naar stage. Hierdoor raakt hij vaak niet tot daar. Een stageplaats dichtbij huis kan deze overprikkeling helpen vermijden.

Inhoud van een diagnostisch proces

In wat voorafging hebben we een idee gevormd van hoe we naar autisme kunnen kijken. Er zijn bovendien redenen aangehaald waarom het een goed idee kan zijn om een diagnostisch traject aan te gaan. In wat volgt zal er dieper ingegaan worden op welke fases er binnen een traject kunnen onderscheiden worden, welke zaken we willen te weten komen van de cliënt en zijn context en hoe we als hulpverlener een goede afstemming kunnen vinden.

1. Hoop als rode draad

Net zoals in een therapeutische relatie is de houding van de diagnosticus ten opzichte van het cliëntsysteem uiteraard van belang. In het Brugse Model wordt uitgegaan van **autopoietische, zelfhelende capaciteiten**. Zoals Milton Erickson het ons leerde, proberen we als hulpverlener om mensen hun resources te helpen ontdekken en hebben we geloof en hoop in een 'betere' toekomst voor hen.

a. Wat is hoop

Onderzoek in de laatste decennia heeft aangetoond dat hoop gerelateerd is aan positieve resultaten. 'Hoop' is door de jaren heen uitgebreid beschreven en kent tientallen theorieën en definities. Eén thema in deze verschillende theorieën komt echter meermaals terug, namelijk dat hoop een menselijke kracht is die mensen in staat stelt gebruik te maken van hulpbronnen om tot de gewenste situatie te komen (Lopez et al., 2003). In het oplossingsgericht werken hebben we het dan over **resources**.

Naast de kracht om resources te gebruiken, spreekt men in de literatuur ook regelmatig over **agency thinking**, wat gedefinieerd wordt als doelgerichte energie of vastberadenheid om te slagen (ook: 'willpower') (Snyder et al., 1991). Dit laatste betreft de intentie, het vertrouwen en het menselijk vermogen om die verschillende wegen naar de gewenste toekomst daadwerkelijk te volgen (Cheavens et. al, 2006).

b. Hoe hoop introduceren binnen een diagnostisch traject

Net zoals in een therapeutische relatie is het ook in een diagnostisch traject van belang om hoop bij de cliënt te versterken. Zowel de *manier waarop* als de *soort* vragen die gesteld worden doorheen het traject kunnen invloed hebben op hoeveel hoop de cliënt ervaart.

We focussen dus niet enkel op de problemen, maar maken ook ruimte voor de **gewenste toekomst**. We verleggen dan de focus van wat er dient te veranderen naar hoe die verandering er zal uitzien. Hierbij is de hulpverlener bezig met waar mensen naartoe willen in hun leven en **hoe ze daarin ondersteund kunnen worden** (Cheavens et. al, 2006).

Ook het ontwikkelen van een proactieve visie kan hoop voor de toekomst creëren. Dit door enerzijds actief te verwijzen naar de toekomst, alsook alle gezinsleden in een **actieve rol** te plaatsen. Tijdens bijvoorbeeld het adviesgesprek krijgt het gezin een context waarin andere opties zichtbaar worden aangeboden, sommigen benoemen dit als 'een houvast' of een 'richting'. Het bevragen van **uitzonderingen op het probleemgedrag** en het plaatsen van de cliënt in een actieve rol kan bijdragen tot de groei van de 'willpower'.

Casus Luna - mama in een actieve rol

Naast het benoemen van het moeilijk gedrag van Luna, bevragen we ook de gewenste toekomst van mama.

Mama heeft het gevoel dat samenleven met Luna op dit punt te moeilijk is geworden. Ze zocht reeds info over een internaat voor Luna. Wanneer haar gewenste toekomst concreet wordt bevraagd, vertelt ze te willen blijven samenwonen met alle kinderen, elke week minstens één gezinsactiviteit te hebben en dat ruzies tussen de kinderen op een rustige manier kunnen opgelost worden.

Er wordt verkend wanneer deze zaken reeds gelukt zijn (vb. samen naar de manège gaan lukt).

Tijdens het adviesgesprek krijgt mama een kader waarbinnen ze het gedrag van Luna kan begrijpen, alsook een richting - nl. rond het installeren van voorspelbaarheid en concrete communicatie. Waar ze initieel het gevoel had de situatie te ondergaan, heeft mama nu het gevoel dat ze zelf nog zaken in handen kan nemen, kan uitproberen en verkennen. De optie van internaat wordt niet meer de enige, maar één van de alternatieven.

Tijdens het diagnostisch traject wordt een beeld gevormd van de richting die de cliënt aan het leven wil geven. Naar het einde van het traject toe is de diagnosticus in de mogelijkheid om de cliënt meer zicht te geven op de **mogelijkheden, vaardigheden** en **knowhow** waarop ze een beroep kunnen doen om hun toekomstbeeld te realiseren en om te gaan met de uitdagingen die ze daarbij zullen tegenkomen (Snyder, 2002).

Hierbij kunnen krachtbronnen benoemd worden: wat gaat goed en wat kan je er als persoon nog meer mee doen? De kwaliteiten en sterke kanten staan hierbij centraal. De krachtbronnen kunnen gevonden worden bij uitzonderingen op het probleem of in andere contexten. Daarnaast kan er ook verder gedaan worden met wat reeds werkte (Verhulst et. al, 2012). Hierbij kan het zinvol zijn om bepaalde zaken in een theoretisch kader te plaatsen (vb. rond autistisch denken), al gaat het hier vooral om het op maat werken.

Casus Luna - advies op maat van Luna

We ontdekten dat Luna reeds verschillende zaken onderneemt (bewust en onbewust) die haar helpen.

Mama vertelt dat Luna bijna dagelijks 'vlucht' naar haar paard op de manège. Dit doet ze vaak zonder te verwittigen. Uit gesprekken met Luna en haar omgeving stellen we vast dat Luna zich vaak overspoeld voelt tijdens en na een schooldag. Bij haar paard komt ze tot rust. Op het advies koppelen we terug dat dit voor Luna een manier is om te ontprikkelen.

We kunnen dit enerzijds koppelen aan theoretische gronden rond autistisch denken - vb. rond sensorische reactiviteit, in dit geval hyperreactiviteit.

Anderzijds gaan we in op wat dit voor Luna precies betekent ('op maat van'). Zo gaf Luna aan de lessen niet altijd te begrijpen en de speeltijden te druk te vinden. Bij haar paard komt Luna tot rust - 'die is altijd zo rustig, ik moet dan niet praten en die komt me knuffelen'. Luna voelt zich bovendien in haar kracht gezet wanneer ze bij haar paard is, want ze weet precies welke handelingen ze moet doen om haar paard te verzorgen. Ze kan dit volledig zelfstandig.

Er is een goed leven mogelijk met autisme als je rekening houdt met je mogelijkheden en beperkingen vanuit het autisme. **Taalgebruik** van de hulpverlener dat **suggereert dat zo'n leven mogelijk is**, draagt ertoe bij dat de cliënt zich hierop kan instellen. Het is alsof je zegt: 'Ik weet dat jij in staat bent om dat te bereiken' (Durrant, 2007). Doordat we reeds op zoek zijn gegaan naar uitzonderingen op het probleem, hebben we zicht op de resources waarover de cliënt beschikt. Daarnaast gaan we op zoek naar een passende context, passende sociale contacten en passende schoolse- of werkomstandigheden zodat de cliënt zo'n goed leven kan leiden.

Casus Luna - passende context installeren op basis van uitzonderingen

Voor Luna en haar omgeving is het belangrijk om zaken die reeds werken een structurele basis te geven. Zo willen Luna en mama onder andere nagaan hoe ze

een dagelijks moment op de manège kan doorbrengen, waarbij mama wel op de hoogte is (zodat mama zich geen zorgen hoeft te maken). Het moment dagelijks installeren - en niet enkel wanneer Luna zich reeds overspoeld voelt - helpt om basisrust te bewaren. Er is namelijk meer voorspelbaarheid alsook een betere balans tussen uitdaging en rust. Er wordt gekeken hoe Luna veilig tot bij de manège kan komen, wanneer dit kan in haar dagplanning en wie een aanspreekpunt kan zijn op de manège wanneer Luna vragen heeft.

Wat mooi meegenomen is, is dat de vragen die de diagnosticus stelt om hoop te versterken ook zicht geeft op de resources, de uitzonderingen op het probleem, de gewenste toekomst en 'willpower' van de cliënt. Deze info is uiterst nuttig om nadien tot een besluit en advies te komen. **Hoop introduceren kan dus zowel voor de cliënt als voor de diagnosticus iets opleveren.**

2. Verschillende fasen in het diagnostisch proces

Waar hoop in elke fase van het traject kan binnengebracht worden, zijn er in de verschillende onderzoeksfasen wel vaak andere doelstellingen. Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen de aanmelding, intakegesprek, test-en adviesfase. Er wordt beschreven waarop de diagnosticus kan letten en welke doelstellingen er kunnen zijn.

a. Aanmelding

Bij aanmelding worden er vaak verscheidene vragenlijsten afgenomen die voornamelijk problem-focused zijn, om zicht te krijgen op de last en moeilijkheden die de cliënt en zijn omgeving ervaart. Het is daarnaast zinvol om voldoende aandacht te schenken aan meer oplossingsgerichte vragen. Zo'n vragenlijst kan dan als doel hebben om van bij het begin een **context te creëren voor hoop, mogelijkheden en resources**. En ook hier krijgt de diagnosticus reeds belangrijke info om in het latere traject te gebruiken.

Als onderdeel van dit eindwerk werd zo'n oplossingsgerichte vragenlijst⁴ gecreëerd. De vragen zijn geïnspireerd op basis van enerzijds praktijkervaring, anderzijds uit talloze voorbeelden die we aangereikt kregen tijdens de vierjarige Korzybski opleiding. De vragenlijst kan onmiddellijk gegeven worden bij aanmelding aan het cliëntsysteem. Het kan vervolgens als **werkinstrument** dienen voor de diagnosticus, om bijvoorbeeld in te brengen tijdens een intakegesprek of een ander gesprek in het traject. Uiteraard kan deze zoals gewenst verder worden aangevuld of gewijzigd.

⁴ Vragenlijst pagina 22

De vragenlijst kan een context creëren voor hoop en de diagnosticus helpen om positieve zaken aan hypothesen toe te voegen en zo aan te sluiten bij de resources van de cliënten. Verder kan het implementeren van oplossingsgerichte vraagstelling ervoor zorgen dat we de cliënt reeds een breder keuzepalet voorschotelen waarmee ze verder aan de slag kunnen. Als er bepaalde vragen niet worden ingevuld, kan extra duiding gegeven worden tijdens een eerste gesprek (vb. tijdens het intakegesprek).

In de vragenlijst wordt gepeild naar netwerk, hulpbronnen, uitzonderingen en verwachtingen.

Vanuit het systemisch denken is het van belang om het **netwerk** van de cliënt in kaart te brengen. De vragen geven zicht op wie de cliënt ondersteunt, vb. de ouders van de jongere. Maar ook: wie steunt het netwerk, vb. wie steunt de ouders?

Via de vragenlijst denkt de cliënt niet alleen na over de moeilijkheden, hun hypothesen en noden hieromtrent. De cliënt en zijn omgeving denken ook over de zaken die nu al lukken, welke ze graag **wensen te behouden**. Dit geeft de diagnosticus waardevolle informatie die kan meegenomen worden tijdens het adviesgesprek. Immers, autisme gaat over een bepaalde manier van denken en ook sterke, positieve zaken kunnen eventueel binnen dit kader van ASS worden geschetst voor de cliënt.

Bovendien geeft het ook de impliciete boodschap aan de cliënt en de omgeving dat zij nu al zaken doen die helpend zijn - en dat zij dus intuïtief reeds autismevriendelijke zaken hebben geïnstalleerd.

In een vragenlijst wordt veelal naar moeilijkheden gepeild. Dit is vaak nodig opdat de cliënten die aanmelden zich 'au-serieux' voelen genomen. Naast het laten weten dat we de moeilijkheden horen en erkenning geven voor deze zaken, willen we peilen naar zaken die al goed lopen, of naar momenten waarop het beter verloopt. We bevragen **uitzonderingen op het probleemgedrag**.

Van zodra de aanmelding start is het van belang te peilen naar **verwachtingen**. Als diagnosticus is het immers belangrijk om, indien nodig, in afstemming met de cliënt deze verwachtingen bij te stellen. Hoe dan ook dient de diagnosticus hiermee rekening te houden en de doelstellingen tijdens het traject en het adviesgesprek erbij te nemen.

Vragenlijst bij aanmelding⁵

Ingevuld door:

Naam kind:

Datum:

NETWERK

- Wie kent jullie situatie en hoe helpen ze?
- Naar wie ga je toe als je er zelf even niet uitkomt?
- Hoe helpen jullie elkaar binnen jullie gezin?
- Welke goede tips heb je tot nu toe al gekregen?
- Welke hulpverlening was reeds helpend? Wat deden ze precies?

HULPBRONNEN

- Welke ideeën hebben jullie inmiddels gevonden om met de zorgen om te gaan?
- Wat wil je houden zoals het nu is, omdat het goed (genoeg) gaat?
- Wat zijn jouw drie beste eigenschappen? Hoe gebruik je deze in het dagelijks leven?
- Bij wie voelt jouw kind zich meestal erg fijn?

UITZONDERINGEN

- Wanneer zijn de zorgen minder geweest en wat zag u de gezinsleden dan doen?
- Wat gaat er goed?
- Wat doe jij dan waardoor het goed gaat?
- Wanneer is het wel eens gelukt om anders met de situatie om te gaan? Wat deed je toen anders? Wat was het effect?

VERWACHTINGEN

- Wat zijn je verwachtingen ten aanzien van dit traject?
- Op welke manier zou een diagnose helpend zijn?
- Wat zou er dan beter gaan? Wat zal anders zijn?
- Wie zullen dat nog meer merken?
- Wat voor verschil zouden zij merken?
- Stel dat de situatie verbetert, wat is het eerste waaraan je dat gaat merken?

Waar willen jullie zeker over spreken tijdens een eerstvolgend gesprek:

⁵ Zie ook bijlage 1

b. Intakegesprek

Het intakegesprek is vaak het eerste contact met de cliënt (indien bijvoorbeeld de aanmelding online of via een secretariaatsmedewerker verloopt). Net zoals in een therapeutische relatie is **afstemming** noodzakelijk en is het de bedoeling om met je cliënt op hetzelfde spoor te werken. De diagnosticus dient rekening te houden met de verwachtingen en doelstellingen van de cliënt. Een intakegesprek is erg belangrijk om tot deze verdere afstemming te komen.

Afstemming bestaat ook uit het **informer**en van het cliëntsysteem rond de diagnostische procedure en doelstelling. Cliënten kunnen soms de indruk geven dat ze door een diagnose rechtstreeks 'de oplossing' voor hun problemen zullen vinden. De taak van de diagnosticus bestaat erin de verwachtingen indien nodig bij te stellen. Zoals eerder beschreven is het belangrijk om een diagnostisch traject niet als eindpunt te zien.

Het goed luisteren naar de **hulpvraag van de cliënt** is waardevol: indien de vraag is om een diagnose te bevestigen of ontkrachten, ga je met je cliënt na welke meerwaarde dit kan hebben op korte en lange termijn. Je gaat als het ware de goede redenen om diagnostiek te starten samen in kaart brengen. Vervolgens is het belangrijk om te kijken of diagnostiek weldegelijk kan leiden tot hetgeen de cliënt hoopt of wenst.

Deze zaken kunnen we verbinden aan het nuttige schema - de flowchart of het interventieschema⁶ - dat het Korzybski instituut ons heeft gegeven. Het is noodzakelijk een inschatting te maken van de relatie met de cliënt zodat een traject op maat kan worden opgesteld. Elke psychodiagnosticus heeft dus, net zoals een therapeut, de verantwoordelijkheid om enerzijds zijn mandaat te bekijken en anderzijds correcte informatie te geven aan de cliënt. Op die manier is het goed mogelijk dat tijdens een intakegesprek beslist wordt om geen diagnostisch traject te starten. Het kan zijn dat een intakegesprek dan eindigt in een advies en doorverwijzing.

Om dit even concreet te maken:

Sommige cliënten zeggen zelf geen probleem te hebben. Iemand anders, bijvoorbeeld de school of ouders, hebben een probleem met hen. Anderen zeggen een probleem te hebben van een andere soort dan waarvoor ze gekomen zijn. (1)

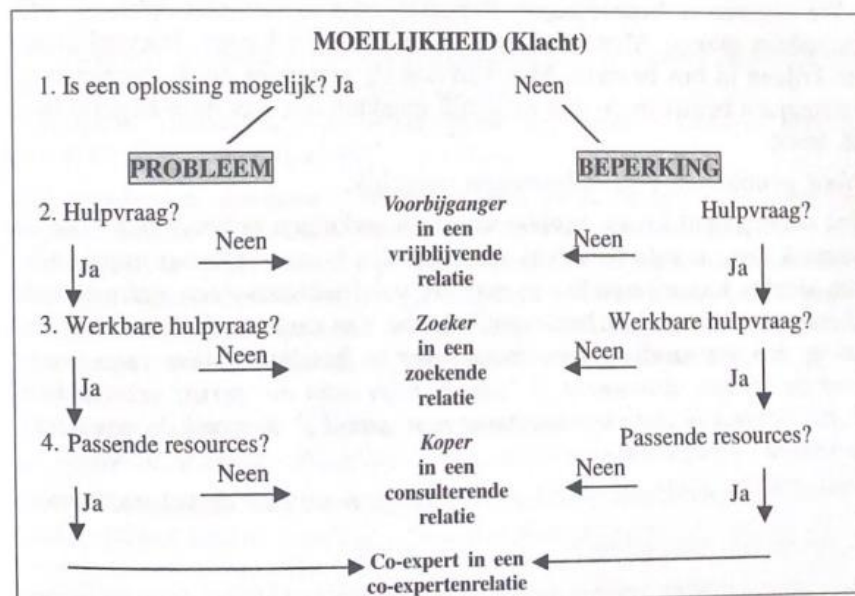
Sommige cliënten komen op intakegesprek met de verwachting dat na enkele onderzoeken alle moeilijkheden van tafel zijn geveegd. (2)

⁶ Figuur Het Interventieschema – Le Fevere de Ten Hove, M. (2007). *Korte therapie. Handleiding bij het Brugse model voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Garant.

Nog andere mensen willen zichzelf of de ander beter begrijpen en willen weten waar en bij wie ze kunnen zoeken om tools in handen te krijgen. (3)

Het meest nuttige traject voor deze cliënten zal er telkens anders uitzien. Bij de eerst genoemde cliënten (1) zal er namelijk eerst een context gecreëerd moeten worden waarin een hulpvraag mogelijk wordt. Bij de tweede soort cliënt (2) is de hulpvraag nog weinig werkbaar en zal er dus eerst verdere afstemming nodig zijn vooraleer een diagnostisch traject kan gestart worden. Bij de derde soort cliënt (3) is de hulpvraag vermoedelijk meer werkbaar en kan in samenspraak met de cliënt een traject worden opgesteld.

De informatie die gegeven wordt én de manier waarop de diagnosticus deze geeft verschilt dus sterk. De flowchart geeft ons een houvast om mee de inschatting te kunnen maken.



Het interventieschema

Dit alles maakt dat ook de diagnosticus zo'n inschatting moet kunnen maken, om **(vroeg of laat) weerstand bij de cliënt te vermijden**. Wanneer we onze cliënten zo goed als mogelijk willen helpen, moeten we ons dus bewust zijn van ons mandaat én eerlijke informatie geven over wat we kunnen aanbieden. Dit steeds met een respectvolle en hoopvolle houding ten opzichte van de cliënt en zijn systeem.

c. Testing

De testfase kan starten wanneer op het intakegesprek (of indien nodig na meerdere gesprekken) de cliënt en de diagnosticus tot de consensus zijn gekomen een traject te starten. Tijdens deze fase dienen de richtlijnen die voorgeschreven staan gevolgd

te worden. **Diagnostische richtlijnen** zijn een soort van draaiboeken die de diagnosticus kunnen helpen om op een wetenschappelijk onderbouwde manier een diagnostisch traject met een cliënt te doorlopen. De richtlijnen maken de vertaalslag van wetenschappelijke evidentie naar praktijkaanbevelingen. Ze komen tot stand op basis van wetenschappelijke onderbouwing, praktijkervaring en consensus tussen experts (Kwaliteitscentrumdiagnostiek, 2022).

Deze richtlijnen zijn echter enkel een leidraad en als diagnosticus blijven er tijdens het traject nog talloze keuzes die gemaakt dienen te worden. Gelukkig maar, want dat zorgt voor ruimte om ook **op maat te gaan werken**.

Ook hier blijft het belangrijk om oog te hebben voor het systeem rond de cliënt (netwerk), zijn resources, de uitzonderingen op het probleem en de verwachtingen. Verwachtingen kunnen namelijk gedurende het traject ook wijzigen. **Het afstemmen op de cliënt en zijn systeem is dan ook een steeds voortdurend proces.**

Naast het expliciet bevragen van al deze zaken, kunnen deze ook tijdens gesprekken en onderzoeken **geobserveerd** worden. Deze kunnen vervolgens tijdens het adviesgesprek toegevoegd worden.

d. Advies

Tijdens het intakegesprek kreeg de diagnosticus reeds informatie over de verwachtingen en de hulpvraag van de cliënt. Tijdens de testfase werden deze eventueel nog gewijzigd. Deze info is uiterst belangrijk bij het adviesgesprek. Het bepaalt ons **mandaat**. Ons mandaat bepaalt zowel de inhoud als de manier waarop informatie aan de cliënt zal kunnen worden gegeven.

Indien van toepassing spreken we ons uit over **classificatie van het functioneren** van onze cliënt. De oplossingsgerichte vragenlijst die we - naast de problem-focused vragenlijsten- hebben afgegeven bij aanmelding van de cliënt, alsook de vragen en observaties naar resources, uitzonderingen op het probleem, krachten,... tijdens de testfase, stellen ons in staat om reeds **handelingsgerichte info en adviezen** te geven aan de cliënt.

Tijdens het adviesgesprek kunnen we verschillende aanknopingspunten voor betekenisverlening aan de cliënt geven. Theoretische zaken kunnen bijvoorbeeld aan bod komen. Nieuwe woorden, zoals 'autistisch denken', 'camouflage', 'sensorisch hyperreactief',... worden gekaderd en kunnen nieuwe betekenissen genereren en houvast geven om gedrag te kunnen plaatsen. Het kan echter ook meer op maat zijn, bijvoorbeeld over waar specifiek de cliënt energie in kan investeren en/of waar de persoon meer rendement uit kan halen.

Het stellen van een diagnose en het geven van deze informatie betekent vaak slechts **een startpunt**. Het is de diagnosticus zijn taak om in samenspraak met de cliënten een richting aan te geven, bijvoorbeeld info te geven bij wie en op welke manier verder gewerkt kan worden.

Conclusie

De bedenking wordt af en toe gemaakt of diagnostiek oplossingsgericht kan zijn. In dit eindwerk werd getracht een overzicht te geven van oplossingsgerichte elementen die kunnen worden toegevoegd in een diagnostisch traject. Er werd tevens nagegaan op welke manier diagnostiek helpend kan zijn voor de cliënt.

Richtlijnen voor diagnostiek zijn enkel een leidraad en als diagnosticus blijven er tijdens het traject nog talloze keuzes die gemaakt dienen te worden. We gaan zo veel mogelijk **op maat werken**. We moeten ons bewust zijn van ons **mandaat én eerlijke informatie** geven over wat we kunnen aanbieden. Dit steeds met een respectvolle en hoopvolle houding ten opzichte van de cliënt en zijn systeem. **Hoop introduceren** kan immers zowel voor de cliënt als voor de diagnosticus iets opleveren.

Diagnostiek kan helpend zijn voor de cliënt wanneer het informatie geeft over het **onderscheid tussen probleem en beperking**. Op die manier kunnen aanknopingspunten gevonden worden omtrent waar de cliënt energie in kan investeren en/of waar de persoon meer rendement uit kan halen.

Een goede reden om met een vraag naar diagnostiek aan de slag te gaan is om de semantische keuzes uit te breiden en zo de **keuzevrijheid** in handelingen te vergroten. Blijkbaar hebben we om keuzes te maken soms woorden nodig en is een term zoals 'autisme' op dat moment een middel om breder te kijken. Uitleg vanuit dit label lijkt bij sommige cliënten te werken waardoor we dit blijven inzetten in het belang van de cliënt. Naast dit zal de vertaalslag gemaakt moeten worden van het algemene label naar de **specifieke situatie van de cliënt en zijn omgeving**.

Het stellen van een diagnose betekent dus vaak slechts **een startpunt of houvast om therapeutisch verder te werken** binnen een bepaald kader. Therapie zal dit ('de vaardigheid om te kiezen') concreet verder uitwerken.

Literatuurlijst

Begeer, S. (2022), Achter de spiegel: het spectrum van autisme, in WTA, (3), 20.

Cheavens, J. S., Feldman, D., Gum, A. M., Michael, S., & Snyder, C. (2006). Hope Therapy in a Community Sample: A Pilot Investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61–78. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>

Cordaro, E. (2019). *Anders gaat ook: hoe ik functioneer met autisme en ADHD*.

Durrant, M. (2007). *Creatieve oplossingen bij gedragsproblemen op school (Fontys-OSO-Reeks, nr. 3)*. Garant.

Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie*.

Koeman, P., & Vranken, S. (2014). Wat kan je van stokstaartjes leren? Interventietechnieken voor het oplossingsgericht werken met kinderen en jongeren.

Kwaliteitscentrumdiagnostiek. (2022a, maart 22). Diagnostische richtlijnen JH - kwaliteitscentrumdiagnostiek. kwaliteitscentrumdiagnostiek -. <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/diagnostische-protocollen/>

Lopez, S. J., Snyder, C. R., Shorey, H. S., Rand, K. L., & Feldman, D. B. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 122–139.

Le Fevere de Ten Hove, M. (2007). *Korte therapie. Handleiding bij het Brugse model voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Garant.

Mattelin, E. (2019). Oplossingsgericht werken met mensen met autisme. *Sociaal.Net*. <https://sociaal.net/achtergrond/oplossingsgericht-werken-mensen-autisme/>

Mattila, M., Kielinen, M., Linna, S., Jussila, K., Ebeling, H., Bloigu, R., Joseph, R. M., & Moilanen, I. (2011). Autism Spectrum Disorders According to DSM-IV-TR and Comparison With DSM-5 Draft Criteria: An Epidemiological Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 583-592.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.001>

Plak, R., Begeer, S. & Swaab, H. (2020). Negatieve én positieve effecten van lockdown, in *Autisme Magazine*, 47 (4), 28-29.

Snyder CR. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind.
[jstor.org/stable/1448867](https://www.jstor.org/stable/1448867)

Snyder, C. R., Cheri Harris, John R. Anderson, Sharon A. Holleran, Lori M. Irving, Sandra X Sigmon, Lauren Ishinobu, June Gibb, Charyle Langel, and Pat Harney, The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, Vol. 60 (4), 570-585.

Van Goidsenhoven, L., & Vanaken, G. (2021). Autisme als meerduldig en politiek fenomeen: een disability studies perspectief. *Wetenschappelijk tijdschrift autisme*, 20(1). <https://doi.org/10.36254/wta.2021.1.03>

Verhulst, M., & van der Sommen, I. (2012) Een verASSende aanpak: Oplossingsgericht werken bij kinderen en jongeren met ASS. Onderzoeksrapport M SEN Autisme Specialist Fontys OSO.

Bijlage 1: oplossingsgerichte vragenlijst bij aanmelding

Vragenlijst bij aanmelding

Ingevuld door:

Naam kind:

Datum:

NETWERK

- Wie kent jullie situatie en hoe helpen ze?
- Naar wie ga je toe als je er zelf even niet uitkomt?
- Hoe helpen jullie elkaar binnen jullie gezin?
- Welke goede tips heb je tot nu toe al gekregen?
- Welke hulpverlening was reeds helpend? Wat deden ze precies?

HULPBRONNEN

- Welke ideeën hebben jullie inmiddels gevonden om met de zorgen om te gaan?
- Wat wil je houden zoals het nu is, omdat het goed (genoeg) gaat?
- Wat zijn jouw drie beste eigenschappen? Hoe gebruik je deze in het dagelijks leven?
- Bij wie voelt jouw kind zich meestal erg fijn?

UITZONDERINGEN

- Wanneer zijn de zorgen minder geweest en wat zag u de gezinsleden dan doen?
- Wat gaat er goed?
- Wat doe jij dan waardoor het goed gaat?
- Wanneer is het wel eens gelukt om anders met de situatie om te gaan? Wat deed je toen anders? Wat was het effect?

VERWACHTINGEN

- Wat zijn je verwachtingen ten aanzien van dit traject?
- Op welke manier zou een diagnose helpend zijn?
- Wat zou er dan beter gaan? Wat zal anders zijn?
- Wie zullen dat nog meer merken?
- Wat voor verschil zouden zij merken?
- Stel dat de situatie verbetert, wat is het eerste waaraan je dat gaat merken?

Waar willen jullie zeker over spreken tijdens een eerstvolgend gesprek: