

# Onderzoek bij vermoeden op een **ontwikkelingsachterstand bij kinderen en jongeren**

Uitdagingen in de diagnostiek van een ontwikkelingsachterstand bij kinderen en jongeren.

**Pearsonclinical.nl**

PEARSON BENELUX B.V.



DOOR: **ANDRÉ RIETMAN**, PHD, IS GZ-PSYCHOLOOG, KINDER- EN JEUGDNEUROPSYCHOLOOG EN IS WERKZAAM BIJ DE POLIKLINIEK KINDER- EN JEUGDPYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE- ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN VAN HET ERASMUS MC SOPHIA KINDERZIEKENHUIS TE ROTTERDAM. IN AMSTERDAM STUDEERDE HIJ ERGOTHERAPIE, IN LEIDEN PSYCHOLOGIE, IN AMSTERDAM (KINDER-)NEUROPSYCHOLOGIE EN HIJ PROMOVEERDE BIJ HET ERASMUS MC. HIJ IS WERKZAAM GEWEEST IN DE PSYCHIATRIE, DE KINDERREVALIDATIE, EEN PEDOLOGISCH INSTITUUT/SCHOOLBEGELEIDINGSDIENST EN IN ZIEKENHUIZEN. HIJ GEEFT LES AAN DIVERSE UNIVERSITEITEN, CURSUSSEN, OPLEIDINGEN EN INSTITUTEN. ANDRÉ SCHREEF ONDER ANDERE HET BOEK *'WERKEN MET AANDACHT'* EN PUBLICEEERDE TIENTALLEN ARTIKELLEN OVER KINDEREN MET ERFELIJKE EN/OF AANGEBOREN AANDOENINGEN.

Met dank aan José Hordijk, Monique Ploeg en Yannick van de Wijngaert voor hun opmerkingen bij en aanvullingen van de tekst.

## Ontwikkelingsachterstand in een notendop

Kinderen ontwikkelen zich allemaal anders, de een wat sneller dan de ander. Op jonge leeftijd is vaak moeilijk te zeggen of er al sprake is van een achterstand.

Soms kan een kind al haar/zijn energie richten op het ontwikkelen van een bepaalde vaardigheid, zoals lopen of praten, wat dan even ten koste gaat van de ontwikkeling op een ander gebied. Een achterstand kan dan later weer worden ingehaald. Als er echter sprake is van 'significante beperkingen in zowel intellectueel functioneren als in adaptieve vermogens', en die beperkingen zijn vóór de leeftijd van 18 jaar ontstaan, spreken we van een verstandelijke beperking<sup>1</sup>.

Er moeten dus zowel beperkingen bestaan in de intellectuele ontwikkeling als in dagelijkse sociale en praktische vaardigheden. In 2018 waren er in Nederland 440.000 mensen met een verstandelijke beperking, waarvan er een zesde (70.000 mensen) een matige of ernstige verstandelijke beperking hadden (IQ<50)<sup>2</sup>. Geschat wordt dat één op de 30-50 kinderen (ongeveer 2.5%) verstandelijk beperkt is. Daarnaast hebben 2,3 miljoen mensen een IQ tussen de 70 en de 85 (13.5%).

## Reden voor het vermoeden

Het later behalen van motorische mijlpalen (omrollen, zitten, staan of lopen) dan hun leeftijdsgenoten is vaak één van de eerste redenen om aan een ontwikkelingsachterstand (OA) te denken. Iets later kunnen achterstanden in de spraak- en/of taalontwikkeling naar voren komen. Vaak komen ouders/verzorgers<sup>3</sup> hier zelf als eerste achter, soms is hier een bezoek aan het consultatiebureau voor nodig. Als daarbij ook lichamelijke problemen worden gezien, wordt vaak naar de huisarts of de kinderarts verwezen. Ook wordt in het eerste levensjaar al de hulp gezocht van een kinderfysiotherapeut of een logopedist. Als er sprake lijkt van een meer globale ontwikkelingsachterstand, worden vroeghulp-teams en baby-peuter/infant mental health-poli's met daarin (ortho)pedagogen en (Gz-)psychologen ingeschakeld. Als ouders, artsen en/of andere professionals vragen hebben over de herkomst (etiologie) van de OA, kan aanvullend onderzoek op

verschillende gebieden worden ingezet<sup>1</sup>:

- om uit te sluiten of een probleem in de gezondheid, de zintuigen of de motoriek het kind belemmert in de ontwikkeling (huisarts, kinderarts, oogarts, KNO-arts)
- om te bepalen of er sprake is van:
  - een erfelijke aandoening (kinderarts erfelijke en aangeboren aandoeningen (EAA) of klinisch geneticus)
  - een probleem in de stofwisseling (metabool onderzoek),
  - een probleem van de hersenen of het zenuwstelsel (kinderneuroloog) of een emotioneel- en/of gedragsprobleem (kinder- en jeugdpsycholoog of psychiater).

Al met al wordt duidelijk dat de diagnostiek van deze kinderen vaak een multidisciplinaire aangelegenheid is, waarbij de samenwerking en het overleg tussen ouders en specialisten noodzakelijk is.

Bij sommige kinderen is al van tevoren bekend dat er met deskundige blik naar hun ontwikkeling gekeken moet worden. De ontwikkeling van kinderen die te vroeg zijn geboren heeft bijvoorbeeld speciale aandacht vanwege de 'inhaalslag' die ze kunnen maken in het eerste én tweede jaar<sup>4</sup> van hun ontwikkeling. Kinderen bij wie al een genetische aandoening is vastgesteld, is soms al bekend dat er een probleem met de ontwikkeling en/of het gedrag verwacht kan worden, ook al is dat niet altijd het geval.



<sup>1</sup> Richtlijn voor de etiologische diagnostiek bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand / verstandelijke beperking. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2018: [http://www.kindergeneeskunde-mca.nl/images/stories/medische\\_protocollen/mentaleretardatie.pdf](http://www.kindergeneeskunde-mca.nl/images/stories/medische_protocollen/mentaleretardatie.pdf)

<sup>2</sup> Sociaal en Cultureel Planbureau, [Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info) 2021

<sup>3</sup> Waar verderop 'ouders' staat, worden ook alleenstaande ouders bedoeld en alle andere directe verzorgers van het kind

<sup>4</sup> Reynolds, A., Voigt, R., Berretta, M. *et al.* Rate of Developmental Progress in the Second Year is Compared to the First Year of Life in Premature Infants † 1325. *Pediatr Res* **43**, 227 (1998).

#### TIP UIT DE PRAKTIJK - WOORDEN MAKEN HET VERSCHIL

Waar eerder van zwakzinnigheid, zwakbegaafdheid, psychomotore of mentale retardatie werd gesproken, hecht men nu aan de term 'verstandelijke beperking'. Al deze termen zijn aan slijtage onderhevig, maar het zegt ook dat de formulering van de mate en aard van ontwikkelingsachterstand er toe doet, zeker voor ouders. Op jonge leeftijd is de term 'ontwikkelingsachterstand' te verkiezen, omdat dan nog niet zeker is of de achterstand blijvend zal zijn. Er is dan vaak wel een 'anders verlopende ontwikkeling'. De term 'achterstand' suggereert misschien dat de achterstand in te halen is. Op latere leeftijd, als er langere tijd sprake is van een achterstand, weten we steeds meer zeker dat dit niet het geval zal zijn. Het kan pijnlijk zijn om dit te lezen en te ondervinden en hier moet dan ook aandacht voor zijn in de bespreking van testresultaten met ouders en later ook met de jongeren met een benedengemiddelde intelligentie of een verstandelijke beperking. Daarbij is bijvoorbeeld van belang te benadrukken dat de uitkomst van een intelligentietest niet een oordeel geeft over het gehele kind. Het zegt bijvoorbeeld weinig over de sociale, muzikale of creatieve ontwikkeling van een kind.

## Het psychologisch onderzoek

Als een kind wordt aangemeld voor psychologisch onderzoek is de eerste vraag die wordt gesteld door de hulpverlener: 'Wat is de vraag?'. Bij jonge kinderen is vaak de vraag óf er sprake is van een ontwikkelingsachterstand op een breed scala van gebieden: cognitief, talig en motorisch, maar ook emotioneel en sociaal. Ouders willen dan weten: 'Hoe ver is mijn kind in de ontwikkeling?'. Andere ouders willen eerder weten: 'Waarom doet mijn kind wat zij/hij doet?'.  
Op schoolgaande leeftijd is vaak de vraag welk type onderwijs passend is voor een kind en hoe het kind ondersteund kan worden in het onderwijs. Dit is relevant als er ruime keuze is, bijvoorbeeld tussen vormen van regulier en speciaal onderwijs. Wetgeving voor 'passend onderwijs' maakt het daarnaast nodig om in kaart te brengen welke hulp nodig is om een kind te stimuleren in de ontwikkeling op deze school, met deze leerkracht en deze klasgenoten.

Intelligentietests zijn een van de meest 'stevige' instrumenten waarover de gedragskundige beschikt. Met 'stevig' bedoel ik vooral: goed genormeerd, betrouwbaar en valide. De test-hertest betrouwbaarheid van een totaal-IQ is 0.90. Het afnemen van een ontwikkelings- of intelligentietest is echter meer dan het verkrijgen van een 'IQ-tje'. In de eerste plaats is de diversiteit aan opdrachten een mooie gelegenheid om

kwalitatief te observeren hoe een kind denkt, wat het weet, hoe het leert en hoe het aan het werk kan blijven. Daarnaast kan geobserveerd worden hoe het staat met het plezier dat kinderen in taken kunnen hebben, de aandacht, de frustratietolerantie en mogelijke faalangst.

### *Jonge kinderen (0-6 jaar)*

Een psychologisch onderzoek beperkt zich niet tot de afname van een ontwikkelings- of intelligentie-onderzoek. Een ontwikkelingsonderzoek als de Bayley-III-NL geeft al een brede blik, zeker als daarbij ook de sociaal-emotionele ontwikkeling en de adaptieve vaardigheden in kaart worden gebracht. Dit kan door een gesprek met de ouder(s) en op een meer gestructureerde manier door de vragenlijsten die voor dit doel zijn ontworpen. Het gesprek met de ouder(s) is noodzakelijk om te achterhalen waar zij zich zorgen over maken, waar ze thuis tegen aanlopen, waar zij een antwoord op willen en om te horen wat hun visie op ontwikkeling en opvoeding is. Daarnaast is een gesprek met de ouders nodig om een beeld te krijgen van de omgeving waarin een kind opgroeit, van de interactie tussen ouders en kind en van de praktische problemen met eten, slapen en regulatie. Ook moeilijke onderwerpen zoals armoede, trauma's, migratie-geschiedenis, huisvesting, sociaal isolement, mishandeling en misbruik moeten daarbij impliciet of expliciet aan de orde komen. Mede vanwege de gevoeligheid van deze onderwerpen moet bij ouders waarvan Nederlands niet de eerste taal is voorgelegd worden of er een tolk bij het gesprek aanwezig moet zijn. Genoemde informatie moet ook in andere 'milieus' worden gezocht: kinderdagverblijf, peuterspeelzaal en school.

Als de vragenlijsten voor sociaal-emotionele ontwikkeling en adaptief gedrag geen antwoord geven op de vragen van de ouders, kan aanvullend vragenlijst-onderzoek worden ingezet naar emotionele en gedragsproblemen (CBCL/TRF, SDQ), de opvoedingsbelasting (OBVL) en/of de prikkelverwerking (ITSP: infant-toddler sensory profile). Ook kan aanvullende observatie nodig zijn van de interactie (EAS/FEAS) of van gedragingen die kunnen samenhangen met een autisme spectrumstoornis (ADOS-2). Niet altijd kan dit geboden worden in de eerste- of tweedelijnszorg. Soms moet gespecialiseerde hulp worden gezocht bij instellingen die vanuit een 'infant mental health' benadering werken: zorg voor baby's en peuters die na de diagnostiek voldoende te bieden hebben om ouder en/of kind te ondersteunen bij de zorg voor het kind en de ouders en bij de stimulatie van de ontwikkeling.

### **Schoolgaande kinderen en jongeren**

Op latere leeftijd zou deze brede blik ook vanzelfsprekend moeten zijn. De basis van de diagnostiek kan bestaan uit:

- een oudergesprek en vragenlijsten gericht op vragen, zorgen en inzichten van de ouders, omgevingsfactoren, ouder-kind-relatie, belasting en belastbaarheid van ouders en de rest van het gezin (NOSI, OBVL),
- intelligentie-onderzoek (WPPSI-IV-NL; WISC-V-NL; WAIS-IV-NL; IDS-2-NL; RAKIT-2; SON-R; WNV),
- inschatting van vaardigheden (BRIEF-2, CCC-2, DCD-Q, Peds-PCF), emotionele en sociale ontwikkeling en gedragsproblemen (CBCL, SDQ, SEV, ABC, SEO-R, Kiddie-SADS, AVL, VVGK, SRS-2, VISK, SP-NL),
- inschatting van de adaptieve ontwikkeling (ABAS-3, Vineland-3-NL, Vineland screener, PEDI-CAT, ADAPT).

Al enige tijd is er in de zorg van mensen met een verstandelijke beperking aandacht voor 'sociale redzaamheid'. Instrumenten als de SRZ (sociale redzaamheidsschaal-Z), de SMZ (schaal voor motoriek-Z) en de SGZ (storend gedragsschaal-Z) kunnen gezien worden als voorlopers van de nu bredere aandacht voor *adaptief functioneren*. Vooral de inschatting van adaptieve vaardigheden is van belang om een 'ecologisch valide' beeld van de ontwikkeling van een kind te krijgen. Waar eerder (in de DSM-IV) de classificatie 'verstandelijke beperking' vooral was gebaseerd op intelligentiescores, is nu voor diezelfde classificatie een bredere blik gewenst op conceptueel (cognitieve ontwikkeling, leervaardigheden), sociaal en praktisch gebied. De ernst van een verstandelijke beperking (van licht tot zeer ernstig) hangt daarbij samen met de mate waarin een kind ondersteuning behoeft, natuurlijk in vergelijking met leeftijdsgenoten.

Een andere ontwikkeling, die gelijk opging met de overgang van de DSM-IV naar de DSM-5, is de gewoonte om geen 'puntscores' maar betrouwbaarheidsintervallen weer te geven. Dit geeft een meer genuanceerd en minder deterministisch beeld van de verstandelijke ontwikkeling, maar ook van een concept als 'verstandelijke beperking'. De neiging om schoolkeuze, verstrekking van voorzieningen of inzetten van hulpverlening af te laten hangen van een min of meer arbitraire grens als een IQ van 70 wordt hiermee ter discussie gesteld.

Op schoolgaande leeftijd komt naast de genoemde basisdiagnostiek vooral nog informatie van de school en het kind zelf erbij:

- De leerkracht of mentor kan waardevolle informatie geven in een gesprek of via vragenlijsten (TRF, SDQ, SEV, BRIEF-2, VISK, AVL, VVGK, SRS, LLRV, Sensory Profile School Companion).
- Een kindgesprek kan al vanaf de kleuterleeftijd en tussen de 8 en de 11 jaar wordt het bij kinderen *zonder* een verstandelijke beperking ook mogelijk om kinderen met behulp van vragenlijsten zelf te vragen naar hun vaardigheden en hun welbevinden (YSR, SDQ, BRIEF-2, SCARED, CDI-2, CBSK/CBSA, Peds-PCF, AASP). Deze leeftijd zal hoger liggen voor kinderen met een verstandelijke beperking.

Veel van de genoemde instrumenten en een bespreking van inhoud en kenmerken zijn te vinden op de site van het Nederlands Jeugdinstituut, het NJI: <https://www.nji.nl/instrumenten>



### Welke test kies je?

Intelligentietests zijn meestal niet geschikt om IQ's lager dan 55 betrouwbaar te meten. Als een kind van 10 jaar op de onderdelen van de WISC-V-NL een lage score behaalt (en dat is ook zo als een kind wel degelijk punten scoort), kan er sprake zijn van een 'bodemeffect'. Vaak kunnen de normen of het scoringsprogramma hier niet mee uit de voeten en krijg je schaalscores als '<55'. In dat geval is er de mogelijkheid om een stapje terug te doen, in de richting van bijvoorbeeld de WPPSI-IV-NL. Als getwijfeld wordt over de te kiezen test, is het goed om tijdens de afname in de gaten te houden of een kind 'bodemscores' behaalt op de eerste onderdelen van een test (scores die een schaalscore 1 zouden opleveren). Als dat het geval is, kan worden overgestapt op een test voor jongere kinderen. De normen van de WPPSI-IV-NL zijn echter gebaseerd op scores van kinderen tot 7 jaar. Op die manier zijn geen standaardscores af te leiden uit de ruwe scores, terwijl de test wel degelijk past bij het ontwikkelingsniveau van dat kind. Wat vaak wel mogelijk is, is het bepalen van leeftijdsequivalenten. Dit biedt de mogelijkheid om een ruwe schatting te geven van de score-range. Het geeft een indicatie van de mogelijkheden van een kind als gezegd kan worden dat de scores vergelijkbaar zijn met de scores van gemiddelde kinderen van bijvoorbeeld 3;6 en 4;6 jaar. Men moet dan echter niet uit het oog verliezen dat we wel degelijk te maken hebben met een 10-jarig kind, dat een heel andere ontwikkeling heeft doorgemaakt en ook andere vaardigheden heeft dan een regulier kind van 3-4 jaar. De oudere kinderen zullen bijvoorbeeld meer of andere sociale en praktische vaardigheden hebben geleerd dan een kind van 4 zonder verstandelijke beperking. Die vaardigheden zijn op dezelfde manier in te schatten met behulp van een instrument voor de adaptieve ontwikkeling, dat zeker bij deze kinderen, die buiten de leeftijdsrange van een test vallen, een bijna noodzakelijke aanvulling is.

#### TIP UIT DE PRAKTIJK - ENKELE HANDVATTEN BIJ DE KEUZE VAN DE JUISTE TEST

- Kies de test die past bij het geschatte ontwikkelingsniveau, gebaseerd op vorige afnames. Vraag ouders vorige verslagen mee te nemen of vraag ze om een inschatting van het niveau.
- Mik op een test voor oudere kinderen als verwacht wordt dat in de toekomst de test herhaald zal worden.
- Mik op een test voor jongere kinderen als men wil vergelijken met een in het verleden afgenomen test. In beide gevallen kan het alternatief voor jongere of oudere kinderen achter de hand worden gehouden.

### Specifieke groepen

Hoewel er veel overlap is, is het handig om stil te staan bij de ontwikkeling van vaardigheden binnen specifieke groepen. Zo gaat het er bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis vanzelfsprekend om dat er een achterstand op het gebied van de spraak- en/of taalontwikkeling is, die bevestigd wordt door logopedisch en/of taalkundig onderzoek. Bij kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand zal een kinderfysiotherapeut een uitspraak moeten doen over de soort en de ernst van motorische problemen. Vaak gaat het er bij deze groepen om dat de achterstand (op bijvoorbeeld taal- of motorisch gebied) groter is dan de achterstand die men gevonden heeft op intellectueel gebied. De losse vaardigheden hebben echter allemaal invloed op elkaar en als er een taalachterstand gevonden wordt die net zo groot is als de intellectuele achterstand is, wil dat niet zeggen dat dat 'bij elkaar hoort' en dat er dus geen reden voor stimulatie van de taalontwikkeling zou zijn. Als er sprake van een ontwikkelingsachterstand is, heeft die meestal wel invloed op het effect van deze stimulatie.

Als de indruk bestaat dat een kind niet heeft kunnen laten zien wat het kan tijdens het psychologische onderzoek, moet dit door de onderzoeker worden vermeld in het verslag. Dit kan het geval zijn als een kind een taalachterstand heeft door een taalontwikkelingsstoornis of door anders-taligheid. Ook kan de onderzoeker de indruk hebben dat een gedragsprobleem (ADHD, ODD, ASS) of een motorisch probleem (DCD, cerebrale parese) het moeilijk heeft gemaakt om aan de eisen van de test te voldoen. Bij de Bayley-III-NL is hiervoor een Special Needs Addition (SNA) ontworpen om kinderen met deze problemen tegemoet te komen. Voor oudere kinderen bestaat deze mogelijkheid niet, ook al kan de afname van een non-verbale test de kinderen met gehoor- of taalproblemen wel helpen. In dit soort gevallen is het vooral belangrijk dat de onderzoeker zich bewust is van de 'stevigheid' van de bevinding. Zowel in de beschrijving van de resultaten als in de conclusie en classificatie moet deze 'onzekerheid' goed worden omschreven. Uitbreiding van het onderzoek met vragenlijsten of een interview over de adaptieve ontwikkeling thuis en op school kan dan een waardevolle aanvulling zijn.



## Interpretatie en advisering

Soms bestaat de indruk dat een afname op een beter of later moment een meer betrouwbare en valide schatting zal opleveren. In dat geval moet in de advisering een heronderzoek over bijvoorbeeld één of twee jaar worden voorgesteld. Kinderen die bijvoorbeeld net in Nederland wonen, kunnen zo een jaar later op verbaal gebied, maar ook op andere gebieden, van een benedengemiddelde naar een gemiddelde score opschuiven. Iets dergelijks kan worden gezien bij kinderen die van een weinig stimulerende situatie (zoals een ingewikkelde gezinssituatie of een periode van medische behandelingen) overstappen naar een meer stimulerende of gezonde omgeving.

Als er daarentegen de indruk bestaat dat een kind naar vermogen heeft gepresteerd, dan kan de interpretatie van de onderzoeksgegevens en de daaruit volgende adviezen zich richten op het beantwoorden van de vraag die door kind, school of ouders is gesteld. De lezers hebben daarbij recht op een leesbaar, bruikbaar, herkenbaar en positief onderzoeksverslag. Hierbij is het soms nodig om een 'oudervriendelijk' deel te maken dat op zijn moeilijkst van het taalniveau B1 is en een 'collega-vriendelijk' deel met daarin technische gegevens zoals score-overzichten. Mensen die taalniveau B1 hebben, begrijpen teksten die voor het grootste deel uit veelgebruikte woorden bestaan. Daarbij is het goed om te weten dat 40% van de Nederlandse bevolking taal op dit niveau kan begrijpen, terwijl 20% van de bevolking een lager Nederlands taalniveau heeft. Dat betekent niet dat er infantiliserend of 'in Jip en Janneke-taal' gesproken moet worden, maar dat de gedragskundige zich moet inspannen de tekst zo te maken dat deze gelezen en begrepen kan worden.

Advisering is voor de meeste gedragskundigen een uitdaging. De één beperkt zich tot een enkele regel, terwijl de ander een heel A4-tje volschrijft. Vaak kan het bespreken van de onderzoeksgegevens met ouders en kinderen/jongeren helpen om te bedenken wat de praktische betekenis van het onderzoek is, zodat de adviezen waar de onderzoeker en de ouders samen op zijn gekomen pas na dit gesprek worden opgeschreven. Dat voorkomt hopelijk adviezen die al te veel standaardmateriaal bevatten (zoals: 'veel structuur bieden' of 'aansluiten bij het ontwikkelingsniveau').

Een mooie manier om richting te geven aan de stimulatie van de ontwikkeling is het formuleren van de 'zone van naaste ontwikkeling', zoals bijna 100 jaar geleden door Lev Vygotski geformuleerd. Het gaat hier om: 'De afstand tussen het feitelijke ontwikkelingsniveau zoals vastgesteld door middel van probleemoplossen door het kind zonder hulp uitgevoerd, en het potentiële

ontwikkelingsniveau zoals vastgesteld door probleemoplossing onder volwassen begeleiding of begeleiding door meer gevorderde leeftijdsgenoten'. We krijgen hier een idee van door te kijken naar die taken die *bijna* goed gaan. In de Bayley-III-NL test zien we bijvoorbeeld een aantal taken die niet goed gaan, gevolgd door taken die al wel lukken. Mogelijk kunnen de taken met '0-scores' (er zijn vijf 0-scores achtereen nodig om een testonderdeel af te breken) met enige hulp wel worden volbracht. Hetzelfde geldt als er op items met 0, 1 of 2 gescoord kan worden, zoals bij de vragenlijsten voor adaptief functioneren. De taken die *soms* (score 1) wel lukken, geven ons een indruk van de zone van naaste ontwikkeling. Soms is het alleen nodig een kind meer tijd (en geduld) te geven, soms is een enkele verbale of visuele aanwijzing nodig om de taak wel te voltooien. Als we kunnen achterhalen welke specifieke hulp het kind naar een score 2 kan helpen, hebben we een mooie start van een bruikbaar en op dit kind toegesneden advies.

#### TIP UIT DE PRAKTIJK - TESTING THE LIMITS

Het is soms verleidelijk om bij een item van een ontwikkelingsonderzoek of een intelligentietest het kind een klein hulpje te geven om te zien of het daarmee wel lukt om een juist antwoord te geven. Zeker als een kind ouder is dan het leeftijdsbereik van de test aangeeft (bijvoorbeeld een Bayley-III-NL bij een 8-jarige), vraagt de gedragskundige zich soms af of 'er niet meer in zit'. De kans is bij deze oudere kinderen ook groter dat er na de afbreeknorm nog deelvaardigheden blijken te zijn. Dit is niet verboden en het kan belangrijke informatie opleveren. Er zijn wel wat spelregels:

- Doe dit niet middenin een test, dan geef je meer informatie aan het kind dan volgens de handleiding is toegestaan. Na afloop van de subtest of van de gehele test is een beter moment.
- Onderdelen die na herhaling of na de afbreeknorm goed zijn gedaan, mogen niet gescoord worden. Wel kun je zeggen dat de 'officiële' score een minimumschatting is van de vaardigheden van het kind.
- Zorg dat de tijd en energie (van het kind) die je hieraan besteedt niet ten koste gaat van de volledige afname van een instrument.
- Houd bij welke hulp heeft geholpen: heb je aanvullende verbale of visuele informatie gegeven? Heb je iets voorgedaan of heb je een deel samen met het kind gedaan? Dit geeft mogelijk aan hoe een kind in haar/zijn ontwikkeling kan worden gestimuleerd. Er zijn hele procedures uitgewerkt die gericht zijn op het krijgen van een meer volledig beeld van de mogelijkheden van een kind. Zo bestaat er een dynamische testprocedure bij de Bayley-III-NL en er zijn meer ontwikkelingen die het dynamische testen mogelijk gaan maken.

## Aanvullend onderzoek

Hoewel bovengenoemd ontwikkelingsonderzoek al behoorlijk uitgebreid kan zijn, moet soms toch aanvullend onderzoek worden gedaan als nog geen antwoord op de vooraf gestelde vragen kan worden gegeven. Niet zelden zal hiervoor een vervolgspraak moeten worden gemaakt omdat een volle dag voor zowel kind als ouders zeer vermoeiend kan zijn. Het heeft vaak pas zin om aanvullend onderzoek in te zetten als dit kan leiden tot 'begrijpen of ingrijpen': inzicht in het mechanisme achter de problematiek en handvatten voor behandeling en voor de opvoeding/aanpak thuis en op school. Gedacht kan worden aan onderzoek op de volgende gebieden:

- Ouders en gezin: interactie- of gezinsonderzoek. Het verkrijgen van een beeld van de prikkelverwerking van de gezinsleden kan bijvoorbeeld verhelderend werken. Ouders kunnen met elkaar of andere gezinsleden van mening verschillen over de opvoeding of de ontwikkeling van een kind. Dit kan de opstap zijn naar ouderbegeleiding of systeemtherapie.
- Neuropsychologisch onderzoek: verdiepend onderzoek naar vaardigheden die in de intelligentietest nog onvoldoende aan de orde zijn gekomen, zoals aandacht, geheugen of executieve functies.
- Dynamisch testen: als er in een eerder onderzoek aanwijzingen of hulpjes zijn gegeven, kan in een volgende sessie gekeken worden of die hulpjes er toe geleid hebben dat een taak ook op de langere termijn gemakkelijker wordt volbracht. Zowel neuropsychologisch als dynamisch testonderzoek zijn erop gericht de informatieverwerking van het kind beter te begrijpen en ze kunnen leiden tot concrete adviezen voor ouders, leerkrachten en kinderen/jongeren zelf.
- Psychopathologie: verdiepend onderzoek naar de aanwezigheid en ernst van een psychiatrische stoornis. Dit kan een vervolg krijgen in psychoeducatie, ouderbegeleiding of therapie voor het kind.
- Trauma: indicatiestellig voor traumabehandeling zoals EMDR.
- Paramedisch onderzoek naar spraak-taalontwikkeling (logopedist), motoriek (kinderfysiotherapeut of oefentherapeut) of zelfredzaamheid (ergotherapeut). Deze onderzoeken zijn mede gericht op de indicatiestelling voor de genoemde therapieën.

#### TIP UIT DE PRAKTIJK

Het 'handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid' (Kraijer en Plas, 2014; vijfde geheel herziene druk; Pearson, Amsterdam) kan veel aangrijpingspunten geven bij de classificatie en diagnostiek die nodig is bij (een vermoeden van) een verstandelijke beperking.

### Hoe nu verder?

Hierboven is al op verschillende plekken een aantal onmogelijkheden en ontwikkelingen geschetst. Zo zou het mooi zijn als:

- Het inrichten van een psychologisch onderzoek niet een standaardverhaal met standaard-instrumenten is, maar een mogelijkheid om antwoorden te geven op specifieke vragen die kind, ouders en school hebben. Het is een kans om een beeld te schetsen van de voorwaarden waaronder een kind en een gezin kunnen groeien.
- De afname van een intelligentietest in de meeste gevallen vergezeld wordt van een inschatting van het adaptieve functioneren van een kind, met daarbij oog voor de *zone van naaste ontwikkeling* van dat kind, zodat gericht gedacht kan worden over manieren waarop de ontwikkeling van een kind een steuntje in de rug kan worden gegeven.
- Een onderzoek niet alleen is gericht op vaststelling van een probleem of vaardigheid, maar ook op het krijgen van een indruk van de sterke, charmante en leuke kanten van een kind en van de ondersteuningsbehoefte van een kind en de manieren waarop de ontwikkeling kan worden gestimuleerd, met een meer dynamische dan statische methodiek.
- Instrumenten voor schoolgaande kinderen, jongeren en volwassenen ook expliciet aandacht besteden aan de mogelijkheden om kinderen met taal-, motorische of zintuiglijke beperkingen tegemoet te komen zodat ze minder worden afgerekend op hun beperkingen en er meer oog komt voor hun 'werkelijke' cognitieve ontwikkeling.



### Slot

Het mooiste zou zijn als 'onderzoek' zich niet alleen beperkt tot een ochtend psychodiagnostiek. Onderzoek gaat niet vooraf aan behandeling, het maakt er deel van uit, vanaf het begin. Alleen al het feit dat ouders en kind een afspraak maken en komen voor onderzoek is een stap in de richting van verbetering. Degene die een onderzoek uitvoert, moet allereerst goed thuis zijn in een breed scala aan diagnostisch materiaal, zij/hij moet van alle markten thuis zijn. Daarnaast ontkom je niet aan een multidisciplinaire benadering van de diagnostiek. Zeker als er sprake is van een verstandelijke beperking, één van de meest variabele groepen, is het goed om een samenwerkingsverband te hebben met deskundigen op het gebied van lichte verstandelijke beperking, matig/ernstige verstandelijke beperking, gedrag, spraak en taal, motoriek, zelfredzaamheid, trauma en prikkelverwerking<sup>5</sup>.

Ten slotte is het wenselijk diagnostiek te zien als een proces, niet als een vlot af te ronden project. Elke behandelaar moet zich blijven afvragen of het beeld van het kind en diens omgeving nog klopt. Op elk moment in de behandeling kunnen zo aanvullende diagnostiek, her-evaluaties en (hetero)anamneses worden ingezet.

<sup>5</sup> Een integratie van diagnostiek en behandeling is goed te lezen in het boek *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking* van Anton Došen (2014, Assen: Koninklijke van Gorcum BV).



## Casus uit de praktijk

Sarah<sup>6</sup> is een meisje met een al vastgestelde genetische aandoening. Ze komt op de polikliniek ontwikkelingsstoornissen voor psychologisch onderzoek. Er is al eerder een poging gedaan om haar te onderzoeken, maar ze was toen zo druk en vluchtig dat ze bijna geen enkele taak kon volbrengen. Om die reden is er door de kinderpsychiater gestart met gedragsregulerende medicatie. In een telefoongesprek met haar moeder wordt nagegaan op welk ontwikkelingsniveau zij Sarah schat. Hoewel Sarah al 6 is, wordt toch gestart met de Bayley-III-NL. In tegenstelling tot eerder, lukt het nu wel om de cognitieve schaal af te nemen. Gedurende de afname daarvan worden al enkele fijn- en grofmotorische taken gedaan om Sarah wat bewegingsmomenten te gunnen. Dit lukt nog maar net, want de taakgerichtheid van Sarah is na afloop 'op'. Besloten wordt niet de taalschalen af te nemen, mede omdat nog een observatie en onderzoek door de logopediste zal volgen, die gebruik maakt van de C-BiLLT en de communicatie-matrix. Na afloop wordt aan moeder de sociaal emotionele vragenlijst en de schaal voor adaptief gedrag (ABAS-2) van de Bayley-III-NL meegegeven. Deze informatie wordt gebundeld en in het verslag wordt vastgesteld dat Sarah's cognitieve mogelijkheden vergelijkbaar zijn met die van kinderen van 3 jaar, terwijl de motorische vaardigheden zich op ongeveer het niveau van kinderen van 2 ½ jaar bevinden.

### *Een stukje uit het verslag van de Bayley-III-NL:*

De zogenaamde 'zone van naaste ontwikkeling', de activiteiten die zich nog kunnen ontwikkelen, zijn onder andere op het gebied van fantasiespel: Sarah imiteert nog de ander in haar spel en ze kan soms al 'doen alsof'. Doelgericht iets (na)bouwen is nog moeilijk en vaak kan Sarah al wel blokjes uit elkaar halen en in elkaar doen. Sarah telt soms sneller dan ze aanwijst. Ze kan bij het tellen vaak niet op het juiste antwoord komen, ze heeft al wel enig getalbegrip en kan tellen. Ook spelletjes die iets langere concentratie vragen (puzzeltjes, nabouwen, memory, e.d.) zijn momenteel nog moeilijk en kunnen de komende jaren gestimuleerd worden. Op fijnmotorische vlak kan Sarah nu gericht kleinere voorwerpen oppakken en plaatsen dan bij het vorige onderzoek. Tekenen begint tot de mogelijkheid te behoren. Grofmotorisch is te zien dat Sarah trapje op en aflopen interessant vindt en ook met springen vanaf een verhoging is ze aan het experimenteren. De moeder van Sarah vertelt aan het einde



dat Sarah waarschijnlijk wel heeft laten zien wat ze kan, hoewel ze thuis iets meer taal laat horen en enkele taakjes waarschijnlijk beter zou hebben gedaan.

Uit het deel over de vragenlijst voor adaptief gedrag: De scores op het gebied van 'adaptief gedrag' wijzen op een ontwikkelingsleeftijd tussen 21 en 42 maanden (2-3 ½ jaar), waarbij de vaardigheden op de gebieden 'gedrag buitenshuis', 'voorschoolse competentie', 'huishoudelijke activiteiten' en 'zelfredzaamheid' het verst zijn ontwikkeld en activiteiten op het gebied van taal, sociale ontwikkeling en spel het minst ver. Haar zontwikkelingen vinden momenteel plaats binnen onder andere de volgende activiteiten:

- spelen samen naast een ander (bekend) kind of verdragen van ideeën van andere kinderen in samenspel
- bij grofmotorisch spel verkennen van haar grenzen: durven, maar ook gevaar zien
- opvolgen eenvoudige aanwijzingen
- stellen van vragen
- eenvoudige lijnen en figuren natekenen
- leren voorwerpen te tellen
- helpen met huishoudelijke taakjes (bed opmaken, kleren opruimen)
- zelfstandig uit- en aankleden
- vertellen wat ze voelt (ze kan al verdriet aangeven, de andere gevoelens is ze aan het leren).

<sup>6</sup> Dit is een gefingeerde naam.

