

4

Hoogbegaafdheid en psychologisch-pedagogische diagnostiek

Agnes Burger-Veltmeijer

Psychodiagnostiek, ofwel psychologische diagnostiek, heeft vooral een statisch constaterende functie. Het beschrijft kindkenmerken en helpt problemen verklaren. Psychodiagnostiek is meer dan alleen 'testen'. Het is een zoekproces waarin vooral gebruikgemaakt wordt van testgegevens. Orthopedagogische diagnostiek daarentegen, heeft vooral een dynamische functie. Het beschrijft kindkenmerken in wisselwerking met opvoedings- en onderwijskenmerken. En het beschrijft de meest gewenste vorm van (be)handelen in opvoeding en onderwijs (vrij naar Koomen 1999). Het is een zoekproces waarin vooral gebruikgemaakt wordt van observatietechnieken.

In de praktijk gebruiken psychologen en pedagogen beide vormen door elkaar. De combinatie van beide, de psychologisch/pedagogische diagnostiek bij (vermoedelijk) hoogbegaafde kinderen, is het onderwerp van deze bijdrage aan dit handboek. Diagnostiek in deze betekenis is meer dan alleen classificeren (plakken van het etiket 'hoogbegaafd'). Het is een zoekproces, gericht op kind-, opvoedings- en/of onderwijskenmerken, waarin gebruikgemaakt wordt van verschillende instrumenten, zoals tests, toetsen, observatie en gesprekken. Voor het gemak noemen we dit verder in deze tekst gewoon 'diagnostiek'.

Leerlingen van wie het vermoeden bestaat dat ze hoogbegaafd zijn, worden regelmatig door de intern begeleider doorverwezen voor diagnostisch onderzoek met de vraag of hun 'capaciteiten' getest kunnen worden. Daaronder ligt de vraag: is dit kind hoogbegaafd of niet? Sommigen kinderen worden onderzocht via de onderwijsbegeleidingsdienst, andere bij particuliere praktijken. De aanleiding voor een dergelijke vraag is wisselend. Soms is voor de school al duidelijk dat de leerling heel slim is, maar schrijft het beleid voor dat een intelligentiequotiënt van 130 of hoger aangetoond moet zijn voordat toestemming voor deelname aan verrijkingsactiviteiten of een plusklas wordt gegeven. Soms vormen onbegrepen leer-, gedrags- of werkhoudingsproblemen de aanleiding en wil men bijvoorbeeld weten of de leerling onderpresteert of een leerstoornis heeft. Afhankelijk van de vraag van de school of van de ouders kan de diagnostisch geschoolde psycholoog of pedagoog classificierend of probleemgericht gaan onderzoeken. Deze psycholoog/pedagoog wordt verder in de tekst 'diagnosticus' genoemd. Hij/zij benoemen we verder als 'hij'.

De tekst is als volgt opgebouwd. In paragraaf 4.1 wordt de classificerende diagnostiek behandeld, gericht op het toekennen van het label 'hoogbegaafd'. Paragraaf 4.2 laat verschillende fasen van probleemgerichte diagnostiek zien. Jammer genoeg gaat er in deze diagnostiek regelmatig wat fout. Over de oorzaak hiervan staat het een en ander in paragraaf 4.3. Ten slotte geven we in het besluit enkele aandachtspunten voor de leerkracht en de intern begeleider. Deze kunnen helpen om de hulpvraag en de diagnostiek beter op elkaar af te stemmen.

In dit hoofdstuk wordt niet expliciet ingegaan op testmaterialen. Wie geïnteresseerd is in de verschillende soorten intelligentietests zou het boek van Span e.a. (2001) kunnen lezen. Hierin staan zowel individueel als groepsgewijs af te nemen (algemene) intelligentietests beschreven met de betekenis voor de identificatie van intellectueel begaafde kinderen. Ook in het *Testboek voor het onderwijs* van Cotan (Evers e.a. 2002, plus aanvullingen) staan intelligentietests. De individueel af te nemen tests staan niet in dit boek. De behandelde tests zijn vrijwel allemaal mede bedoeld voor groepsgewijze afname (*paper and pencil-tests*) en meten naast de aspecten van intelligentie ook schoolvorderingen. Er staat geen informatie over de betekenis van deze tests voor de groep hoogintelligente kinderen. In de klinische praktijk, dat wil zeggen bij individuele diagnostiek door een diagnosticus, wordt meestal gebruikgemaakt van individueel af te nemen tests, zoals de WISC-III. Anders dan bij de *paper and pencil-tests* kunnen hierbij tijdens de testafname de denk- en emotionele processen geobserveerd worden.

Individuele psychologische/pedagogische diagnostiek is niet bij alle (vermoedelijk) hoogbegaafde kinderen nodig. Veel van deze kinderen kunnen via andere wegen opgespoord worden. Bijvoorbeeld via de eerder genoemde groepsgewijze testafnames. Of via signaleringsinstrumenten zoals het Digitaal Handelingsprotocol Hoogbegaafdheid (DHH) of het SiDi-R-protocol. Bij sommige kinderen voldoen deze trajecten echter niet en blijven er vragen bestaan bij school en/of ouders. Dat is de groep die voor individuele diagnostiek in aanmerking komt. Dit hoofdstuk gaat over het diagnostische zoekproces bij deze groep kinderen, en over de bijbehorende valkuilen. Gepoogd is om dit via gevalbeschrijvingen te verduidelijken.

Ten slotte: in deze bijdrage beschouwen we 'hoogbegaafdheid' binnen het domein van de cognitieve intelligentie en het creatief (probleemoplossend) denkvermogen. Kortom, de intelligentie die je voor het schoolse leren nodig hebt. Omdat het creatieve denken niet via betrouwbare tests meetbaar is, zal de term 'hoogbegaafd' in de praktijk vaak overlappen met 'hoogintelligent', ofwel een IQ van minimaal 130.

4.1 Classificerende diagnostiek

4.1.1 Hulpvraag wordt onderzoeksvraag

Bij classificerende diagnostiek worden de probleemgedragingen van een kind gerangschikt in stoornisklassen. Populair gezegd krijgt het kind een 'etiket' of 'label'. Bij dit soort onderzoek toetst de diagnosticus vooraf opgestelde 'onderkende hypothesen', ofwel vooronderstellingen (De Bruyn e.a. 2003). Dit betekent dat hij van tevoren de klacht van het kind analyseert. Dan gaat hij na welke stoornissen mogelijk op het gedrag van het betreffende kind van toepassing zijn. Vervolgens worden de onderzoeksinstrumenten (tests, vragenlijsten, interviews, observatie, et cetera) zo gekozen dat de hypothesen getoetst kunnen worden. Classificerende (hypothesetoetsende) diagnostiek wordt vooral gebruikt binnen de ontwikkelingspathologie. Het gaat hierbij om het labelen van een ontwikkelingsstoornis (zoals ADHD) of leerstoornis (zoals dyslexie).

Hoogbegaafde leerlingen hebben niet vanzelfsprekend zo'n ontwikkelingspathologische of leerstoornis. Hun intelligentieniveau wijkt echter wel af van de norm. Daarom hebben ze volgens Fiedler (1999) wel speciale onderwijsbehoeften die afwijken van de normaal gangbare. De kernbehoefte van deze kinderen is een onderwijsleersituatie die via afgestemde begeleiding en materialen een beroep doet op hun hoge intellectuele talenten. Dat wil zeggen dat kennishonger gestild wordt en hogere denkvaardigheden, zoals abstract en creatief denken en logisch redeneren, gestimuleerd worden.

Om dit te realiseren hebben steeds meer scholen tegenwoordig een hoogbegaafdheidsbeleid. Uit dit alles kan geconcludeerd worden dat ook bij hoogbegaafdheid classificerende diagnostiek mogelijk én nodig kan zijn. Deze vorm van diagnostiek kan bijvoorbeeld wenselijk zijn bij twijfel of een kind mee kan doen aan een 'plusprogramma' in de school.

VOORBEELD: Zoals bij Johan, een enthousiaste leerling van 8 jaar uit groep 5. Hij haalt vaak hoge A-scores in het leerlingvolgsysteem, maar soms ook ineens C-scores. En tijdens het rekenen raffelt hij zijn taken af om daarna zelf cryptogrammen in elkaar te zetten. Er zit geen consequent patroon in zijn resultaten en werkhouding. De school wil graag weten of hij hoogbegaafd is en of hij onderpresteert. Zo ja, dan kunnen ze proberen om het onderwijs uitdagender te maken voor hem. De onderwijsbegeleidingsdienst wordt ingeschakeld. De diagnostisch geschoolde schoolbegeleider neemt een individuele intelligentietest af (WISC-III) en constateert dat Johan hoogintelligent is (totaal IQ 137, regelmatig profiel). De school kan verdere maatregelen treffen.

Twee dingen vallen op. Het onderzoek bij Johan wordt niet gedaan omdat Johan een probleem heeft, maar omdat de school een probleem heeft. Namelijk dat ze niet precies weten of Johan mee kan draaien in de hoogbegaafdheidsvoorzieningen. Ten tweede is het zo dat de school vraagt om een classificerende diagnose en dat de diagnosticus deze vraag letterlijk als onderzoeksvraag overneemt. Zo gaat dat echter niet altijd.

4.1.2 Onderzoeksvraag breder dan hulpvraag

VOORBEELD: Eelco is 9 jaar, zit in groep 6 en doet het goed op school. Alleen bij technisch lezen heeft hij consequent C-scores die wat mager afsteken bij de A-scores voor de overige vakken. De ouders merken dat hij daar zelf last van heeft. Zij vermoeden dat hij misschien dyslexie heeft maar de leerkracht deelt deze vrees niet omdat Eelco geen scores haalt in

het zorggebied (D- en E-scores). Onderzoek via de onderwijsbegeleidingsdienst is volgens de school niet nodig. Toch blijft bij de ouders een onbestemd gevoel knagen. Zij wenden zich tot een particuliere praktijk. Tijdens het intakegesprek komt onder meer naar voren dat Eelco niet graag leest maar wel in veel onderwerpen geïnteresseerd is. Verder valt op dat hij soms moeite heeft om het onderscheid tussen links en rechts goed te onthouden. De ontwikkeling van taal en motoriek zijn goed verlopen. In de familie van vader komt dyslexie voor.

Verder geeft de groepsleerkracht via een ingevuld vragenformulier aan dat Eelco betrokken is bij de zaakvakken en veel interesse heeft in wereldoriëntatie. Hij krijgt oefeningen mee naar huis om het leestempo te verbeteren. Bij het rekenen krijgt hij veel verrijkingsstof. Hij kan af en toe wat druk zijn en heeft er soms moeite mee als hij iets fout doet.

De diagnosticus stelt voor om niet alleen te onderzoeken of Eelco dyslexie heeft maar ook of hij misschien hoogbegaafd is. De reden is dat dan bekeken kan worden of door een eventuele discrepantie tussen lees- en intelligentiescores het gevaar van frustratie van talent aanwezig is. De ouders stemmen hiermee in.

In tegenstelling tot bij Johan is het bij Eelco niet de school die een probleem heeft, maar Eelco zelf (bij monde van zijn ouders). Verder valt op dat de uiteindelijke onderzoeksvraag die de diagnosticus formuleert breder is dan de aanvankelijke hulpvraag van de ouders. De diagnosticus gaat kijken of hij bij Eelco dyslexie en/of hoogbegaafdheid vast kan stellen. Twee classificaties dus.

VOORBEELD: Bij Eelco is de WISC-III afgenomen. Hij scoort een totaal-IQ van 144 (95% – betrouwbaarheidsinterval 134-148). Dit betekent dat zijn algemene intellectuele capaciteiten op hoogbegaafd niveau ontwikkeld zijn. Zowel het verbale (taalgebonden) als het performale (praktisch-visuele) denken is op hoogbegaafd niveau ontwikkeld (VIQ=131, PIQ=146). Op factorniveau, waarbij het verbale en perceptuele denken zuiverder gemeten worden, liggen de scores in dezelfde lijn (VBF=129, POF=142). Het verschil tussen het verbale en perceptuele denken is significant op 15%-niveau. Dit betekent dat aangenomen kan worden dat het perceptuele denken Eelco wat beter afaat dan het verbale denken.

Uit het dyslexieonderzoek blijkt dat Eelco voor het technisch woordlezen bij de EMT (Eén-Minut-Test van Brus) gemiddeld scoort in vergelijking met de leeftijdsnorm ($ss=9$). Bij de pseudowoorden van de Klepel scoort hij laaggemiddeld ($ss=8$). Hij heeft geen fonologische problemen en het foutenpercentage bij de Klepel is normaal. Bovendien scoort Eelco voor de woordvindingsnelheid bij cijfers en letters (serieel benoemen en woorden lezen van Van den Bos) binnen het leeftijdsgemiddelde ($ss=9$). De diagnosticus concludeert dat Eelco geen dyslexie heeft maar dat hij wel een zwakke lezer is. En door het forse verschil tussen niveau van technisch lezen en het (verbale) IQ is er bovendien het gevaar van frustratie van talent. Om dit te voorkomen worden met school manieren besproken om via Eelco's brede interesses het lezen 'op te rekken', bijvoorbeeld via projecten. Zo kunnen saaie oefeningen beperkt blijven en wordt het lezen op een natuurlijke manier getraind.

Uit dit voorbeeld blijkt dat het op grond van classificerende diagnostiek mogelijk is om beperkte adviesrichtlijnen voor de onderwijsleersituatie te geven. Toch is het niet vanzelfsprekend dat een 'etiket' aangeeft wat een kind nodig heeft. Het etiket 'hoogbegaafd' zegt niets meer dan dat een kind heel slim is. Maar het ene slimme kind kan in zijn specifieke situatie heel andere onderwijsleerbehoeften hebben dan het andere. Dit geldt ook voor classificaties als dyslexie of ADHD. Om te weten wat een kind nodig heeft, is naast classificerende of 'on-

derkende diagnostiek' ook 'indicerende diagnostiek' nodig. Hier wordt in paragraaf 4.2 verder op ingegaan. Eerst volgt hieronder nog iets over een ander misverstand.

4.1.3 Verbaal-performaal verschil

Uit de IQ-scores blijkt dat bij Eelco is sprake van een onregelmatig intelligentieprofiel, met een discrepantie tussen de verbale en performale denkvaardigheden. Onder sommige groepen van ouders en leerkrachten leeft hiervoor de hardnekkige en foutieve term 'verbaal-performaalkloof'. Deze kloof is in 'hoogbegaafdenland' langzamerhand een eigen leven als boosdoener gaan leiden en suggereert een onoverbrugbare gespletenheid. Men ziet het als oorzaak van problemen van een hoogbegaafd kind. Dit is onzin! Het verbaal-performaal verschil kan nooit een oorzaak zijn voor problemen. Als het al samenhangt met informatieverwerkingsproblemen dan is het daar eerder een mogelijk gevolg van.

Een significant P-V-verskil zegt op zich niets, aangezien het voorkomt bij circa 30 procent van alle kinderen. Daarbij komt dat onderzoekers gevonden hebben dat bij intellectueel hoogbegaafde kinderen grotere verschillen voorkomen dan bij normaalbegaafde (Wilkinson 1993; Sweetland e.a. 2006). Het blijkt dus bij hoogbegaafde kinderen geen abnormaal verschijnsel te zijn (Reuver 2003). Bovendien bestaat zowel de verbale als de performale kant niet helemaal uit 'zuiver' bij elkaar horende onderdelen. Je kunt je dus afvragen wat zo'n verschil eigenlijk betekent. De factorscores (VBF en POF) meten zuiverder het verbale en perceptuele denken en zijn daarom beter met elkaar te vergelijken dan het verbale en performale IQ (VIQ en PIQ) (Burger-Veltmeijer 2002).

In algemene zin kan de diagnosticus met het volgende rekening houden. Hoogbegaafde kinderen die zeer hoog scoren op de verbale factor hebben vaak een prima woordenschat, kunnen zich goed mondeling uitdrukken en prima talig abstract denken. Indien de perceptuele capaciteiten relatief lager ontwikkeld zijn, bestaat de kans dat zo'n kind (relatief) minder goed is bij visueel-ruimtelijke, analytische of voorstellingstaken, wiskundige en technische zaken, overzien van problemen en oplossingen bedenken. Dit hoeft helemaal geen probleem te zijn voor het kind zelf. Wel kan de omgeving (ouders, leraren) er verkeerd op reageren. Het gevaar bestaat dat dit kind overschat wordt, omdat hij verbaal gezien erg intelligent overkomt. Dit kan leiden tot grote onzekerheid, leerproblemen, faalangst, et cetera.

Anderzijds kan het bij zeer hoge perceptuele capaciteiten en relatief lagere verbale capaciteiten voorkomen dat een hoogbegaafd kind snel analytisch denkt en vlot problemen en oplossingen doorziet. Maar omdat hij zich verbaal relatief wat minder vlot en gemakkelijk uitdrukt, ziet de omgeving niet altijd dat ze met een slim kind te maken heeft. Deze kinderen worden zagezegd onderschat op hun kennen en kunnen.

Kortom, een discrepantie tussen de verbale en performale capaciteiten is nooit een oorzaak van problemen. Wel is het zo dat als er leer- of gedragsproblemen zijn bij een hoogbegaafd kind, en de diagnosticus een forse discrepantie meet tussen verbale en perceptuele capaciteiten, hij verder moet (laten) onderzoeken. Bijvoorbeeld of het hier een echt verschil betreft en of er een stoornis in de informatieverwerking aan ten grondslag ligt. Dit is een voorbeeld van probleemgerichte diagnostiek bij hoogbegaafde kinderen.

4.2 Probleemgerichte diagnostiek

Onder probleemgerichte diagnostiek verstaan we dat het onderzoeksproces start vanuit door ouders en/of school ervaren problemen. Problemen doen zich bijvoorbeeld voor op het

gebied van gedrag, leren, werkhouding, ontwikkeling, communicatie en/of emoties. Deze diagnostiek kent een verhelderende, onderkende, verklarende en indicerende fase. Deze hoeven niet, maar kunnen wel alle vier in één onderzoek voorkomen. Aan de hand van een gevalsbeschrijving worden de fasen in de volgende vier paragrafen uiteengezet.

4.2.1 Verhelderende fase

Een hoogbegaafd kind kan voor onderzoek worden aangemeld omdat ouders of leerkracht zich zorgen maken. Het kan zijn dat er duidelijke problemen zijn. Bijvoorbeeld leer- of werkhoudingsproblemen, gedragsproblemen of problemen in de sociale omgang. De mate waarin school en ouders zich zorgen maken kan verschillen.

VOORBEELD: Evert is op initiatief van zijn ouders bij een particuliere praktijk voor diagnostiek aangemeld, omdat hij erg slim lijkt te zijn en verder dan leeftijdgenoten op bepaalde gebieden. Hij is 5 jaar, zit in groep 1 en draait mee met groep 2 in een 1/2-combinatieklas. De ouders maken zich zorgen of Evert volgend jaar in groep 2 nog wel voldoende zal worden uitgedaagd. Ze denken dat hij qua lezen en rekenen groep 3 aan zal kunnen. De school twijfelt echter of hij dat in sociaal-emotioneel opzicht wel aankan en laat hem volgend jaar liever gewoon met groep 2 meedraaien.

De ouders hebben als hulpvragen of Evert hoogbegaafd is en of hij groep 2 kan overslaan. De school heeft als hulpvraag of de cognitieve ontwikkeling ten opzichte van de sociaal-emotionele ontwikkeling wel in balans is.

Het valt op dat ouders en school elk een andere hulpvraag hebben en dat de school zich minder zorgen maakt dan de ouders. Alvorens te gaan onderzoeken gaat de diagnosticus de zorgen verhelderen. Daartoe is een gesprek met de ouders nodig én een gesprek met de leerkracht.

VOORBEELD: De ouders vertellen dat Evert aanhankelijk is en gemakkelijk praat met iedereen. Hij heeft zichzelf al leren rekenen, lezen en schrijven. Hij is leergierig en geïnteresseerd in alles wat met het heelal te maken heeft. Bovendien heeft hij een heel sterk geheugen. Evert heeft een levendige fantasie en kan zich samen met één vriendinnetje volledig in een fantasiespel verliezen. Er zijn in de ontwikkeling geen bijzondere problemen geweest. Beide ouders zijn hoog opgeleid en in de familie komen aan beide zijden veel hoogbegaafden voor. Ook hebben enkele neefjes autistische trekken. Als iets hem interesseert en hij op zijn eigen manier bezig kan zijn, kan Evert zich goed concentreren. Hij heeft wisselende stemmingen, die snel kunnen omslaan. Ook kan hij moeilijk op zijn beurt wachten. Als iets niet meteen lukt, wordt hij soms heel boos en kan dan niet meer zelf uit die stemming komen. Voorheen kon Evert zich hysterisch gedragen bij veranderingen of onverwachte gebeurtenissen, maar dat gaat nu beter.

De leerkracht vertelt dat Evert cognitief ver is, maar op sociaal-emotioneel gebied tot de jongste kleuters lijkt te horen. Het is geen probleem, maar dat zou het wel kunnen worden, denkt de leerkracht. Evert vindt het heerlijk om te spelen, vooral in de huishoek, bouwhoek en met constructiematerialen. De kwaliteit van zijn spel is hoog, maar hij speelt nog vaak alleen of naast andere kinderen. De laatste weken komt daar langzaam verbetering in en speelt hij meer met anderen. Er zitten in de klas nog meer slimme kinderen, maar daar trekt Evert niet speciaal naartoe. Hij kan zich heel goed concentreren als taken hem interesseren. Evert haalt bij toetsen een A-score. Hij mag de taken van groep 1 en 2 maken en meedoen

met extra opdrachten op een hoger niveau. Hij wil echter vaak niet meedoen met de extra activiteiten. Wel wil hij op zijn eigen manier iets doen en zoekt daarbij zelf de uitdaging. Meestal accepteert Evert het van de juf als er iets anders moet gebeuren dan hijzelf wil. Vooral als zij even uitlegt waarom. Maar als een klasgenootje iets op een andere manier wil, dan gaat hij zijn eigen gang of wordt erg boos.

In de verhalen van de ouders zitten kenmerken die bij zowel hoogbegaafdheid als autismespectrumstoornissen (ASS) voorkomen, zoals sterke concentratie, goed geheugen en auto-noom je eigen gang gaan (zie ook paragraaf 14.2, over hoogbegaafdheid en ASS). Er zijn ook signalen voor specifieke kenmerken van ASS, zoals moeite met veranderingen, niet uit een stemming kunnen komen, en het voorkomen in de familie. Uit de scores bij de gestandaardiseerde vragenlijsten (SEV en VISK) blijkt dat zowel thuis als op school problemen binnen de zorggebieden 'niet afgestemd gedrag' en 'autistisch gedrag' ervaren worden. Tijdens het gesprek met de ouders valt het de diagnosticus bovendien op dat vader weinig oogcontact maakt en sterk zijn eigen gedachtegang volgt. Op grond van wat ouders en school vertellen, vat de diagnosticus aan het eind van de verhelderende fase de zorgpunten samen in de volgende brede onderzoeksvragen:

- Is Evert qua cognitief, didactisch en sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau toe aan groep 3 of niet?
- Is Evert qua taakhouding toe aan groep 3?
- Is er een beperking in de sociale interactie en communicatie, en zo ja, waar hangt dit mee samen: hoogbegaafdheid en/of (kenmerken van) ASS?

4.2.2 Onderkennende fase

De onderkennende fase van het onderzoek lijkt sterk op classificerend onderzoek. Het verschil is dat bij classificerend onderzoek het 'labelen' een doel is. Bij het onderkennende onderzoek is het labelen vaak een middel om mede tot verklaren en/of indiceren te komen. Met andere woorden, om de oorzaak en de adviezen te kunnen vaststellen (zie paragraaf 4.2.3 en 4.2.4). Bovendien worden niet alleen stoornissen geclassificeerd in de onderkennende fase, maar kunnen ook verschijnselen gelabeld worden. Bijvoorbeeld zoiets als een sterkte-zwakteanalyse van de cognitieve informatieverwerking. In deze fase vindt de gegevensvergaring plaats, bijvoorbeeld via observatie en testonderzoek. In het onderzoek van Eelco vindt de diagnosticus het volgende:

VOORBEELD: Bij de thuisobservatie valt op dat beide ouders een sterk gestructureerde opvoedingscommunicatie hebben. Zij gaan op een vriendelijke doch besliste manier met hem om, maken voorspelbaar wat er komt en geven precies aan wat ze van hem verwachten. Aan Evert valt alleen op dat hij de observator volledig negeert.

Tijdens de observatie in de klas komt Evert over als een eenling, hij communiceert heel weinig met andere kinderen, is dromerig of actief bezig en zijn aandacht is overwegend naar binnen gericht. Bij het samenwerken volgt hij zijn eigen lijn en negeert opmerkingen van zijn partner. Als hij met de juf praat, gaat het over de materialen, hij negeert opmerking die emoties inhouden. Zijn mimiek is vlak. Hij lijkt zich niet onprettig te voelen. De motoriek is niet gestoord en Evert vertoont niet de typische lichaamshouding of stereotype motorische maniertjes die kinderen met ASS vaak laten zien. Wel oogt hij stijfjes. Hij is groot voor zijn leeftijd.

De leerkracht gaat positief in op zijn interesses, maar stimuleert op een rustige doch consequente manier ook dat hij zich mede richt naar wat zij wil. Evert accepteert dit als de juf het enige malen herhaalt.

In de een-op-eensituatie in de onderzoekskamer valt het volgende op: Evert communiceert sterk egocentrisch en er ontstaan geen wederzijdse interacties. Hij volgt zijn eigen weg en houdt daar strak aan vast. Hij spreekt opvallend hard en monotoon. Hij heeft creatieve ideeën. De negatieve kant daarvan is dat hij door gedachteassociaties en details zo is afgeleid dat de taakgerichte aandachtsspanne erg kort is. Het impulsieve taakgedrag komt over als dat van een heel jonge kleuter. Dit doet zich voor bij vrijwel alle taken, of deze nu wel of niet een intellectuele uitdaging voor hem vormen. Evert is daarnaast sterk uitgedaagd door denktaken, hij vindt het leuk om nieuwe dingen te doen en legt vlot verbanden. In de onderzoekssituatie zit de uitdaging voor Evert niet primair in het maken van didactische taken (lezen, taal, rekenen), maar in het ontdekkend spelend bezig zijn. Daar kan hij in de spelkamer eindeloos mee doorgaan. Lettermagneetjes worden niet gebruikt om woorden te vormen, maar om constructies te maken.

Al deze observatiegegevens wijzen voorlopig in de richting van zowel een slim kind als van kenmerken van ASS. Uit het testonderzoek blijkt het volgende.

VOORBEELD: Bij de RAKIT-intelligentietest blijkt dat Evert op dit moment een duidelijke cognitieve ontwikkelingsvoorsprong heeft (RAKIT-IQ = 132, 95% betrouwbaarheidsinterval 125,5-138,5). Zijn sterke kanten liggen vooral bij de verbale vlotheid en het kwantiteitsbegrip, dat een voorwaarde is voor leren rekenen. Ondanks de uitdagende opdrachten bij deze test blijkt Everts taakgerichtheid niet goed te zijn. Hij dwaalt af door gedachteassociaties en moet er voortdurend met zijn aandacht bij betrokken worden.

Qua informatieverwerking blijkt dat de visueel-motorische integratie (VMI) en het auditief/verbaal inprentingvermogen (LDT) conform het leeftijdgemiddelde ontwikkeld zijn. Het auditief/verbaal langetermijngeheugen functioneert goed voor zijn leeftijd en vertoont een lichte ontwikkelingsvoorsprong. Bij de vertelplaten (RAKIT, Columbus) blijkt dat Evert de wereld meer detailgericht dan globaal benadert en daardoor afdwaalt van de kern van een verhaal. Dit is in vergelijking met zijn leeftijdgenoten geen forse achterstand, maar het is wel discrepant met zijn eigen hoge cognitieve niveau. De menstekening is qua hoeveelheid en integratie van details voldoende voor een vijfjarige. Het grote hoofd valt op.

Everts niveau van technisch lezen ligt circa halverwege groep 3 (DMT). Hij leest door letters snel achter elkaar te benoemen. Het proces verloopt nog niet snel geautomatiseerd. Voor de spelling (m-k-m-dicteewoorden) is geen niveau uit te rekenen omdat Evert niet in staat blijkt zijn aandacht op deze taak gericht te houden. Hij gaat een eigengemaakte taal schrijven, zegt hij. Die bestaat uit allerlei tekentjes maar geen letters. Wel verlopen de auditieve analyse en synthese goed en blijkt hij bij geïsoleerde aanbieding veel letters passief en actief te kennen (DTLAS). Qua rekenen is geen niveau uitgerekend, maar uit observaties en gesprek bij een telspelletje (Biggetje gooien) en uit het gegeven dat hij hoog scoort bij de Kwantiteiten van de RAKIT blijkt dat Evert inhoudelijk zeker toe is aan de stof van groep 3. Zowel bij de uitvoering van spelling als rekenen vormen de relatief minder ontwikkelde schrijfmotoriek en vooral de zeer geringe taakgerichtheid een belemmerende factor.

Op grond van deze gegevens komt de diagnosticus tot de volgende onderkende diagnose:

- Evert heeft een cognitieve ontwikkelingsvoorsprong.
- Hij is qua cognitief denkniveau en qua reken- en leesniveau toe aan onderwijs op het niveau van groep 3.
- Qua spelling is het niet duidelijk wat hij inhoudelijk kan. De auditieve voorwaarden en letterkennis zijn voldoende aanwezig om te leren spellen.
- Qua motorisch schrijven heeft hij nog voorbereidende oefeningen nodig die in groep 1 en 2 aan bod komen.
- Het taakgedrag (aandacht richten en volhouden) is bij Evert zwak ontwikkeld.
- Qua communicatie en interactie als ook qua werkhouding zijn er veel signalen die wijzen in de richting van een stoornis in het autismespectrum.

4.2.3 Verklarende fase

In het geval van Evert vloeit de verklarende fase als volgt voort uit bovengenoemde onderkende conclusies.

VOORBEELD: De diagnosticus concludeert dat de zorg van zowel de ouders als de leerkracht terecht is. De interactieproblemen met andere kinderen én de taakhoudingsproblemen hangen samen met het feit dat Evert zeer sterke kenmerken heeft van een stoornis in het autismespectrum. Bovendien worden deze nog eens versterkt doordat Evert vanwege zijn hoge intelligentie sommige saaie en oninteressante taken wil vermijden, zich vooral in zijn interesses wil storten en zich daar autonoom in opstelt.

Inhoudelijk is Evert qua denk-, reken- en leesniveau toe aan het onderwijs in groep 3. Wat betreft de zwakke schrijfmotoriek, de zeer zwak ontwikkelde taakhouding en het feit dat juist het spelend bezig zijn hem nog zo uitdaagt, is hij echter zeker nog gebaat bij onderwijs op het niveau van groep 2.

4.2.4 Indicerende fase

In de indicatiefase van het onderzoek geeft de diagnosticus aanbevelingen die onderbouwd zijn op grond van de onderzoeksgegevens. Diagnostici krijgen soms het verwijt dat hun adviezen niet werken. Dat komt enerzijds doordat zij zich nogal eens te weinig richten op de onderwijsleersituatie en zonder gesprek of observatie op school wel zomaar adviezen geven. Anderzijds echter, is het in de indicatiefase van het onderzoek niet nodig om zeer gedetailleerde adviezen geven. Wel moeten adviesrichtlijnen gegeven worden, waarbij het belangrijk is dat de school zelf kan kijken wat daarvan wel of niet haalbaar is. Communicatie hierover tussen leerkracht en diagnosticus is hierbij belangrijk. Bij Evert is geadviseerd om binnen de muren van groep 2 te werken aan het verbeteren van de taakhouding en de sociale omgang met andere kinderen. En tegelijk te zorgen voor voldoende verrijkend materiaal. In het geval van Evert zien de adviesrichtlijnen van de diagnosticus er als volgt uit:

- Bied hem in de klas veel structuur. Maak voorspelbaar wat er gaat komen en concreet duidelijk wat hij moet doen. Bouw het taakgerichte gedrag op door klein te beginnen. Hij heeft behoefte aan dezelfde soort gestructureerde benadering die ook voor kinderen met een aandachtsstoornis of autistische stoornis geldt, maar dan onder voorwaarde dat hij binnen die structuur intellectueel wordt uitgedaagd. Onder andere als volgt.

- Laat hem spelend omgaan met kant-en-klare letters. Laat hem onder leiding van de juf woorden vormen via de eigen beleving. Oefen de schrijfpatronen net als de andere kinderen. Zodra hij letters gaat schrijven, probeer je hem alvast de in school gebruikte lettervormen te leren, aangezien het voor hem (wegens zijn starre houding) wellicht moeilijk zal zijn om verkeerd aangeleerde letterpatronen af te leren. Begin met grote bewegingen. Bij vrije opdrachten mag hij dingen bouwen van letters. Ook lezen van verhaaltjes vanuit het belevingsniveau van kleuters, bijvoorbeeld via de werkkaarten van het op kleuters afgestemde verrijkingsmateriaal *Slim, kan lezen*.
- Ook verrijkingsmateriaal op het gebied van aanvankelijk rekenen voor kleuters kan worden ingezet. Evert maakt graag constructies. Langzaam zou de leerkracht of intern begeleider hem kunnen helpen om taakgerichter te gaan werken. Daarna moet er ruimte zijn voor eigen creativiteit. Ook het vertalen van verhaaltjes naar sommen en andersom is een goede rekenoefening, waarbij hij zijn fantasie mag gebruiken, maar wel moet leren de lijn in het verhaal te houden.
- Laat Evert regelmatig samenwerken met een ander slim kind. Bijvoorbeeld aan een taak waarbij je elkaar nodig hebt om het tot een goed einde te brengen.
- Het interactiebesef kan ook gestimuleerd worden door gezelschapsspelletjes van klein naar groot op te bouwen. Bijvoorbeeld bij Memory: begin met negen plaatjes, dan met twaalf of zestien en bouw langzaam op. Of een spel waarbij met de dobbelsteen om beurten gegooid moet worden, eerst met zijn tweeën, met gestructureerde begeleiding. Dan met minder begeleiding, et cetera.
- Van *Slim* bestaat ook het pakket *Ik voel me...*, dat gericht is op de sociaal-emotionele ontwikkeling van slimme kleuters: een reeks prentenboeken plus handleiding met uitgewerkte lessuggesties.
- Probeer niet zozeer het presteren te benadrukken als wel de taakgerichtheid en het denken. Het gaat dus niet primair om het 'eindproduct', maar om het stimuleren van de manier waarop het tot stand komt.
- Bedenk een beloningssysteem voor taakgericht werken. Beloon dus de inzet van Evert en maak dat aanschouwelijk. Meestal werken beloningssystemen alleen als ze systematisch en kortdurend worden ingezet en consequent afgebouwd. Bij (slimme) kinderen met ASS is het vaak nodig om het langer vol te houden en het afbouwen langer en geleidelijker te laten verlopen. Ook het generaliseren van taakgericht gedrag naar andere situaties zal langer duren dan bij 'gewone' leerlingen.
- Beloon zakelijk, niet emotioneel. Dat is voor alle kinderen met ASS van belang. Een emotionele beloning, zoals een knipoog, een aai over de bol of enthousiasme in je stem, komt vaak niet over. Een zakelijk en kort uitgesproken 'goed gewerkt' heeft meestal meer effect. Verwacht geen reactie op je belonende opmerkingen (als die wel komt is het meegenomen).
- De fijnmotorische bewegingen kunnen gewoon met de klas meegeoefend worden.

Dit alles is gemakkelijker gezegd dan gedaan. In een gesprek met school en ouders bespreekt de diagnosticus de adviesrichtlijnen. De leerkracht en intern begeleider zijn er erg blij mee en proberen het zelf in een handelingsplan uit te werken. Eventueel kunnen ze de schoolbegeleider benaderen om een en ander te helpen implementeren. De ouders zijn enerzijds teleurgesteld dat Evert niet naar groep 3 gaat, maar anderzijds is er opluchting dat de problemen een naam hebben en dat duidelijk is geworden wat Evert nodig heeft.

4.3 Misdiagnoses rondom hoogbegaafdheid

Het gaat nog wel eens mis. Kinderen worden als hoogbegaafd gediagnosticeerd en zijn het niet. Of andersom: ze zijn het wel, maar de diagnosticus heeft dat over het hoofd gezien. Dit kan ontstaan door fouten in testuitslagen. Maar vaak is het een kwestie van fouten in de classificatie of onderkenning. Ook komt het voor dat alle problemen van een kind onterecht aan zijn hoogbegaafdheid worden toegeschreven. Dat is een fout in de verklarende fase. Het volgende voorbeeld is een illustratie van een diagnostische misser.

VOORBEELD: Anka van 11 jaar zit in groep 7. Ze wordt bij de psycholoog van een ziekenhuis aangemeld wegens chronische buikpijnklachten en algehele lichamelijke malaise. Deze klachten heeft ze door de week en bijna niet in het weekend. Het gevolg is dat ze veel van school moet verzuimen. Moeder zegt dat ze daardoor veel contacten mist. De leerresultaten zijn ondanks het schoolverzuim nog steeds goed. Onderzoeken door de kinderarts en internist hebben geen lichamelijke oorzaak aan het licht gebracht. De kinderarts heeft naar de psycholoog verwezen met de vraag of er een psychische oorzaak is en of hij weet hoe en waar dit kind behandeld moet/kan worden.

De psycholoog neemt een intelligentietest af plus een aantal gedrags-, belevingen- en persoonlijkheidsvragenlijsten. In het onderzoeksverslag staan alleen testscores, zonder de bijbehorende observatiegegevens. De psycholoog stelt vast dat in de vragenlijsten niet of nauwelijks afwijkende scores voorkomen en dat het meisje hoogbegaafd is (IQ=143). Hij concludeert dan dat een gebrek aan intellectuele uitdaging de oorzaak is van de buikpijn en lichamelijke problemen. Vervolgens gaat de school aan de gang met verrijkingstof. Anka heeft tijdelijk minder klachten. Na een paar weken keren de klachten terug. Ze verzuimt opnieuw veel van school en komt daardoor niet meer aan de verrijkingstaken toe.

Op advies van de huisarts komt moeder enkele maanden later bij een particuliere praktijk voor een tweede mening. Bij het eerste gesprek valt het de diagnosticus op dat Anka er als een geslagen hondje bij zit en dat moeder het woord doet. Als moeder iets zegt waar Anka het niet mee eens is, gaat Anka rechtop zitten en blaft moeder met felle ogen toe dit dat niet waar is. Dan lacht ze verontschuldigend en neemt opnieuw de zielige houding aan.

De diagnosticus stelt een aantal hypothesen op en verwoordt de volgende onderzoeksvragen: wordt de buikpijn in stand gehouden door hiaten in de informatieverwerking en/of een tekort aan intellectuele uitdaging en/of de manier waarop er door moeder mee wordt omgegaan?

Na observatie thuis, een gesprek op school en testonderzoek concludeert de onderzoeker het volgende: hoewel het niet uit de vragenlijsten komt, toont Anka tijdens het werken wel faalangst. Ze heeft er moeite mee als iets niet lukt. Er is geen informatieverwerkingsstoornis, maar Anka is relatief gezien tamelijk sterk gericht op details en heeft moeite om gehelen te overzien. Bij vakken als wereldoriëntatie en projecten is ze hierdoor minder goed in staat om zelfstandige zoekopdrachten te doen dan men op grond van haar intelligentie van haar zou verwachten. Dit heeft de faalangst versterkt. De school blijkt wel in staat om te compacten en verrijken. Hier ligt geen oorzaak voor de buikpijn. Wel wordt de buikpijn zeer waarschijnlijk in stand gehouden door de faalangst en doordat Anka er thuis veel aandacht voor krijgt van haar moeder. Moeder is gescheiden en onbewust heeft ze aan Anka thuis een 'sterke schouder'.

De psycholoog zet een therapeutisch traject in werking, waarbij acuut gewerkt wordt aan het stapsgewijs weer naar school gaan en vervolgens ook aan de moeder-kindrelatie. Ze leren elkaar meer los te laten. Na enkele weken gaat het een stuk beter met Anka en ook met moeder. Op school heeft men nu oog voor Anka's faalangst en ze krijgt bij het zelfstandig werken meer ondersteuning. Dit doet haar goed, ze krijgt nu meer zelfvertrouwen.

Bij het eerste diagnostische onderzoek zijn verschillende zaken misgegaan:

- De psycholoog heeft de interactie tussen moeder en kind niet opgemerkt of niet meegenomen als onderzoeksgegeven.
- Er zijn geen hypothesen opgesteld en het onderzoek is niet gestart vanuit onderzoeksvragen.
- Hiermee samenhangend is het onderzoek opgezet vanuit een toevallige testbatterij, zonder dat bekeken is waarom welke tests worden ingezet.
- Er is alleen afgegaan op testcores, observaties zijn niet meegenomen.
- Toen Anka hoogbegaafd bleek te zijn, is zomaar aangenomen dat dit de oorzaak van de problemen was.
- Zonder een gesprek met school te voeren is geconstateerd dat Anka te weinig intellectuele uitdaging kreeg.
- Sommige intelligente kinderen, zeker als ze empathisch zijn ingesteld, zijn in staat om vragenlijsten sociaal wenselijk in te vullen. Hier is geen rekening mee gehouden.

Kortom: zo ontstaat een forse voedingsbodem voor misdiagnoses. Gelukkig gaat het vaak ook goed. Voor Anka is het secondopiniononderzoek gelukkig op tijd gekomen.

4.4 Tot besluit

De aanvraag en afhandeling van een diagnostisch onderzoek verlopen meer naar verwachting als de leerkracht en intern begeleider (van te voren) enkele punten nalopen:

- Bedenk goed wat je precies van de diagnosticus wilt weten. Wil je een classificatie ('etiket') of een verklaring voor een probleem? Wil je wel of geen adviezen voor in de klas?
- Vraag niet om een 'capaciteitenonderzoek', maar probeer de onderliggende vraag te formuleren. Bijvoorbeeld: is dit kind hoogbegaafd? (classificatie). Of: is dit kind voldoende intelligent voor de verrijkingstaken? (onderkennend). Of: komen de werkhoudingsproblemen misschien door hoogbegaafdheid? (verklarend). Natuurlijk kun je ook meerdere vragen hebben.
- Probeer dit duidelijk te communiceren.
- Bespreek met de ouders wat hun vragen zijn.
- Bekijk of de vragen van ouders en school dezelfde zijn of niet en maak dit in een gesprek met de ouders duidelijk.
- Als alleen een classificerende diagnose is gedaan en een kind is hoogbegaafd verklaard, zie dat dan niet automatisch als de oorzaak van de problemen. Hoogbegaafdheid is namelijk geen stoornis. Uit onderzoek blijkt dat hoogbegaafde kinderen niet méér psychologische problemen dan niet-hoogbegaafde kinderen (Freeman 1997; Neihart 1999). Maar als zich problemen bij een hoogbegaafd kind voordoen, is het waarschijnlijk dat deze een specifiek karakter hebben, waarop in opvoeding en onderwijs op speciale wijze afstemming dient plaats te vinden (Burger-Veltmeijer 2006).
- Trek niet zelf conclusies op grond van testuitslagen, zoals het intelligentieprofiel, maar laat de interpretatie aan de diagnosticus over.
- Als het onderzoeksverslag niet duidelijk is, neem dan contact op met de diagnosticus (na goedkeuring van de ouders).
- Als de diagnosticus onbegrijpelijke adviezen geeft, neem dan contact op met de diagnosticus (na goedkeuring van de ouders) en vraag om een gesprek en concretisering.

Literatuur

- Bruyn, E.E.J. de, Pameijer, N.K., Ruijsenaars, A.J.J.M. & Van Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus: een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- Burger-Veltmeijer, A.E.J. (2002). Disharmonisch intelligentieprofiel: fabels en feiten rond de verbaal-performaalkloof. *Talent* 4, 3, 18-20.
- Burger-Veltmeijer, A.E.J. (2006). Hoogbegaafdheid plus autismespectrumstoornissen (HB+ASS): een verwarrende combinatie (1). *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 45, 6, 276-286.
- Coolen, A.B.M., Krol, N.P.C., Bruyn, E.E. de, Dormael, J. van J. & Pelzer, H.J. (2003). Vragen rond hulpvragen: de hulpvraag in het diagnostisch proces. *Kind en adolescent*, 24, 2, 85-96.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C., Resing, W.C.M., Starren, J.C.M.G., Alphen de Veer R.J. van & Boxtel, H. van (2002). *Cotan: testboek voor het onderwijs*. Amsterdam: NDC/Boom.
- Fiedler, E.D. (1999). Gifted Children. The promise of Potential/The Problems of Potential. In: V.L. Schwear & D.H. Saklofske (red.), *Handbook of Psychosocial Characteristics of Exceptional Children* (401-441). New York: Plenum Publishers.
- Freeman, J. (1997). The emotional development of the highly able. *European journal of psychology of education*, 12, 479-493.
- Koomen, H. (1999). Inhoud en procedures van de orthopedagogische diagnostiek. In: H. Baartman, A. van der Leij & J. Stolk (red.), *Het perspectief van de orthopedagoog* (79-97). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Neihart, M. (1999). The impact of giftedness on psychological well-being. What does the empirical literature say? *Roeper Review*, 22, 1, 10-17.
- Reuver, J. (2003). *De WISC-RN als presenteerblaadje? Een onderzoek naar het vaststellen van schoolproblemen bij kinderen op basis van het verschil tussen hun verbaal en perfromaal IQ* (doctoraalscriptie). Leiden: Universiteit Leiden.
- Span, P., Bruin-de Boer, A.L. de & Wijnekus, M.C. (2001). *Het testen van begaafde kinderen: suggesties voor diagnostiek en behandeling*. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Sweetland, J.D., Reina, J.M. & Tatti, A.F. (2006). WISC-III verbal/perfromal discrepancies among a sample of gifted children. *Gifted Child Quarterly*, 50, 1, 7-10.
- Wilkinson, S.C. (1993). WISC-R profiles of children with superior intellectual ability. *Gifted Child Quarterly*, 37, 2, 84-91.