

Protocol Handelingsgerichte Diagnostiek in de Onthaal-, Oriëntatie en Observatiecentra

Federatie OOOO

In samenwerking met het Agentschap Jongerenwelzijn

Onder wetenschappelijke begeleiding van Prof. Dr. Guy Bosmans, Docent aan
de Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen (Onderzoekseenheid
Gezins- en Orthopedagogiek), K.U.Leuven

2013

Inhoud

Inleiding	1
Deel I: Kader voor het uitvoeren van Handelingsgerichte diagnostiek in de OOOOC	2
Hoofdstuk A. Beschrijving van het formele kader van het protocol	2
1. HGD als een Samenwerkingsrelatie met de Cliënt	2
2. De Handelingsgerichte Hulpvragen als Uitgangspunt in de HGD	3
3. De HGD als een Hypothese-formulerend en Hypothese-toetsend Proces	4
4. De HGD als een Wetenschappelijk Verantwoord, Gestructureerd, Systematisch, Gefaseerd Proces.....	5
Hoofdstuk B. Beschrijving van het inhoudelijke kader van het protocol.....	9
1. Het Universele Nodenmodel	10
2. Het Ecologisch Model	12
3. Het Cognitieve Schema-Model	17
4. Conclusie	23
5. De HGD als een motivationeel proces	24
6. Het Multi-Disciplinair Overleg	26
Deel II: Invulling van de diagnostische fasen in de handelingsgerichte diagnostiek van de OOOOC.....	28
1. De intakefase	28
2. De Strategiefase	30
3. De onderzoeksfase	32
4. De integratie en indicatiestellingfase.....	35
5. De adviesfase en evaluatie.....	36
Conclusie.....	37
Bronnen	38

Inleiding

De Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra in Vlaanderen (verder in de tekst OOOO genoemd) hebben een jarenlange expertise opgebouwd in het aanleveren van diagnostiek en advies betreffende de aangewezen hulpverlening in problematische leefsituaties. Deze expertise wordt onderkend in het Rapport Inventarisatie en Analyse van het rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijk diagnostisch aanbod (Integrale Jeugdhulpverlening 10-12-2009). De OOOO worden er beschreven als een belangrijke diagnostische module binnen de Integrale Jeugdhulpverlening. In het kader van de implementatie van de Intersectorale Toegangspoort Integrale jeugdhulp en de erkenning van Intersectorale Multidisciplinaire Diagnostische teams werd binnen de Federatie, in overleg met het Agentschap Jongerenwelzijn, de beslissing genomen om een diagnostisch protocol te ontwikkelen betreffende de diagnostiek die door de OOOO wordt aangeleverd.

Het protocol is een weergave van de wijze waarop de OOOO hun diagnostisch proces vorm geven en vertrekt dus van de concrete diagnostische praktijk in de OOOO. Deze kan essentieel gekenmerkt worden als een handelingsgericht, interdisciplinair besluitvormingsproces. We spreken in dit protocol verder van de Handelingsgerichte Diagnostiek (afgekort HGD) in de OOOO.

Naast een beschrijving van de structurele kenmerken geeft een protocol ook aan op welke wijze het diagnostisch proces inhoudelijk en wetenschappelijk onderbouwd wordt. Dr. Guy Bosmans, Docent aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, (Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek) K.U.Leuven, werd bereid gevonden om de Federatie in de ontwikkeling van het diagnostisch protocol wetenschappelijk te ondersteunen. Hij werkte eerder een theoretisch model uit als leidraad in het diagnostisch proces dat in onderliggend protocol als inhoudelijke basis wordt benut. (Bosmans, 2011)

Het protocol is opgebouwd uit twee delen. In het eerste deel ontwikkelen we een kader voor de opbouw van het handelingsgericht diagnostisch proces. Hierbij maken we een onderscheid in het formele kader en het inhoudelijke kader. Het formele kader beschrijft de structurele elementen van het diagnostisch proces. In het inhoudelijke kader expliciteren wij de visie van waaruit we diagnostisch handelen. In het tweede deel geven we aan hoe het formele en inhoudelijke kader in de praktijk ingevuld worden in de verschillende diagnostische fasen die in de handelingsgerichte diagnostiek in de OOOO worden doorlopen.

Deel I: Kader voor het uitvoeren van Handelingsgerichte diagnostiek in de OOC

Hoofdstuk A. Beschrijving van het formele kader van het protocol

In dit hoofdstuk lichten we het formele, structurele kader toe dat binnen de OOC gebruikt wordt bij de opbouw en uitwerking van het gehanteerde diagnostisch protocol. De noodzaak aan geprotocolleerde diagnostiek sluit aan bij de wetenschappelijke bevinding dat diagnostici kwetsbaar zijn voor het maken van oordeelsfouten. Onderzoek toont namelijk aan dat mensen in het algemeen en diagnostici in het bijzonder kwetsbaar zijn om informatie te verzamelen die overeenkomt met de eigen ervaringen, verwachtingen, attributies, en stereotypen (*informatieverwerkingsbias*, Turk & Salovey, 1988) en dat ze intuïtief een *confirmatorische teststrategie* (Goldstein & Hogarth, 1997) hanteren waardoor ze enkel oog kunnen hebben voor informatie die hun eerste idee bevestigt. Verschillende studies illustreren dan ook dat een *louter klinisch oordeel minder accuraat* is dan een diagnostisch oordeel gebaseerd op formele beslissingsregels (Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000).

De voorgestelde protocollering heeft ondermeer als doel om deze oordeelsfouten zo veel mogelijk te verminderen door verschillende veiligheidsmechanismen in te bouwen. Om de invloed van informatieverwerkingsbias te minimaliseren, wordt het dialogisch karakter van de samenwerkingsrelatie met de cliënt centraal gesteld en wordt vertrokken vanuit de aanwezige hulpvragen. Om de invloed van confirmatorische teststrategie te minimaliseren, worden hypothesen geformuleerd en getoetst met behulp van informatie uit verschillende bronnen (multi-informant) aan de hand van verschillende informatie-verzamelstrategieën (multi-method). Om het formele karakter van het diagnostisch besluitvormingsproces te beschermen, wordt een systematisch, gefaseerd model gevolgd. Hierbij baseren we ons op het model Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD; Pameijer & Draaisma, 2011). Tenslotte, wordt deze beslissing genomen in het kader van een multidisciplinaire samenwerking.

1. HGD als een Samenwerkingsrelatie met de Cliënt

Jongeren worden in een OOC aangemeld voor een handelingsgericht diagnostisch onderzoek vanuit een problematische leefsituatie, vaak met een crisiskarakter. Het doel van dit onderzoek is een antwoord te bieden op de hulpvraag van de jongere, de gezinscontext en de verwijzer. Nochtans zijn dergelijke vragen vaak niet eenduidig te beantwoorden. Vaak blijkt dat de vragen of verwachtingen die leven bij de jongere, de gezinscontext en de verwijzer niet met elkaar overeenstemmen. Het komt ook voor dat er enkel een hulpvraag geformuleerd wordt door de verwijzer en niet door de jongere of de gezinscontext. Er wordt tijdens het diagnostisch onderzoek door de OOC dan ook bijzondere aandacht besteed aan de wijze waarop de aanmelding is tot stand gekomen en aan de eventuele gevoelens die door de aanmelding worden opgewekt. Er wordt met andere woorden vanaf de eerste begeleidingscontacten een dialoog opgestart met de jongere, de gezinscontext en de

aanmelder/verwijzer omtrent de betekenis van de aanmelding voor alle betrokkenen en de verwachtingen die zij hebben ten aanzien van de handelingsgerichte diagnostische begeleiding.

Gezien de contactname met de OOC vaak plaats vindt tijdens of naar aanleiding van een ernstige escalatie en dus een crisiskarakter heeft, zijn de verschillende betrokkenen vaak onzeker over de doelen en de intenties van de OOC. Het is dan ook cruciaal dat van bij de opstart aandacht geschonken wordt aan het feit dat alle betrokkenen een basisvertrouwen moeten kunnen ontwikkelen van waaruit ze de zekerheid kunnen ervaren dat er voldoende rekening zal gehouden worden met ieders inbreng, aanvoelen en standpunt. Het diagnostisch proces wordt voorgesteld als een “samen op zoek gaan” naar een antwoord op de gestelde handelingsgerichte hulpvragen. Het diagnostische onderzoek in het OOC laat zich niet reduceren tot het verzamelen en verwerken van relevante onderzoeksinformatie. Het multidisciplinaire team helpt de betrokkenen om in zichzelf de vragen te onderkennen ten aanzien van de problemen die zich voordoen en de wijze waarop deze problemen kunnen worden aangepakt. Het is een dialogisch begeleidingsproces waarbij de jongere en de gezinscontext als het ware meegenomen worden in de zoektocht naar een perspectief in de problematische situatie. Er wordt een bespreekbaarheid van de problemen gecreëerd en zo veel mogelijke aspecten van het gewone leven (gezinsleven, school, vrije tijd) worden tijdens dit proces weer opgepakt en ondersteund.

De HGD wordt derhalve opgevat als een samenwerkingsrelatie die ontstaat tussen het multidisciplinaire team en de jongere, de gezinscontext en de aanmelder/verwijzer met het oog op het zoeken naar antwoorden op de gestelde hulpvragen. In bepaalde fasen van het diagnostisch onderzoek worden de jongere en de gezinscontext actief betrokken als mede-onderzoeker. In andere fasen plooit het interdisciplinaire overleg zich meer terug op zichzelf om te reflecteren over de verkregen diagnostische gegevens vanuit de verschillende invalshoeken die de interdisciplinaire samenwerking biedt. De reflecties die in het interdisciplinaire team gemaakt worden en de keuze van diagnostische acties die daaruit volgen, worden dan in een volgende fase met de jongere en de gezinscontext gecommuniceerd.

2. De Handelingsgerichte Hulpvragen als Uitgangspunt in de HGD

De handelingsgerichte en dialooggestuurde diagnostiek van een OOC is een interdisciplinair besluitvormingsproces, waarbij op een wetenschappelijk verantwoorde manier, informatie wordt verzameld betreffende de aangemelde problematische leefsituatie om een antwoord te krijgen op volgende vragen:

- **Wat is er aan de hand?** Wat is de aard van de problemen die door jongeren en de gezinscontext worden aangemeld?
- **Waarom is dit aan de hand?** Waarom doen deze problemen zich op dit moment voor?
- **Wat kan er gedaan worden** om de gesignaleerde problemen te verminderen of te verhelpen om tot een meer kansen biedende opvoedingssituatie te komen? Welke stappen hebben jongeren en de gezinscontext reeds ondernomen om tot

een verandering in de situatie te komen? Welke ondersteuning hebben zij hierbij nodig?

Deze vragen zijn te beschouwen als hulpvragen van de jongere en de gezinscontext. Zij worden door de cliënt niet altijd zo expliciet gesteld maar zijn wel de grond voor het invoeren van de HGD. Zoals hierboven reeds werd aangegeven, worden deze hulpvragen in sommige situaties vooral of uitsluitend gesteld door de verwijzers. Pameijer en Draaisma stellen dat de verschillende vragen verschillende behoeften weerspiegelen bij de cliënt (Pameijer & Draaisma, 2011).

- **Wat is er aan de hand?** Dit weerspiegelt een behoefte aan “overzicht” en is een onderkende vraag. Om dit soort vragen te beantwoorden, is er nood aan het uitvoeren van onderkende diagnostiek.
- **Waarom is dit aan de hand?** Dit weerspiegelt een behoefte aan “inzicht” en is een vraag naar verklaring. Om dit soort vragen te beantwoorden, is er nood aan het uitvoeren van verklarende diagnostiek.
- **Wat kan er gedaan worden om ...?** Dit weerspiegelt een behoefte aan “uitzicht” en is een vraag naar advies en indicatiestelling. Om dit soort vragen te beantwoorden, is er nood aan het uitvoeren van indicerende diagnostiek.

De handelingsgerichte en dialooggestuurde diagnostiek van de OOC stelt de vraag naar “wat er kan gedaan worden?” centraal en ziet het beantwoorden van de onderkende en verklarende vragen in functie van deze centrale vraag. Hiermee bedoelen we dat een “inzicht” in de factoren die de huidige probleemsituatie veroorzaken en in stand houden geen doelstelling op zich is maar in het teken geplaatst wordt van het bieden van een “uitzicht” naar een verbetering van de leefsituatie door het bieden van een handelingsgericht advies.

Het advies in een OOC bevat een voorstel tot hulpverleningstraject met concrete hulpverleningsdoelen waarbij aangegeven wordt welke hulp nodig is om deze hulpverleningsdoelen te bereiken. Het voorstel tot hulpverleningstraject vertrekt maximaal van het uitgangspunt dat de eigen probleemoplossende mogelijkheden bij de jongere en het gezin worden ondersteund.

3. De HGD als een Hypothese-formulerend en Hypothese-toetsend Proces

Op basis van de handelingsgerichte hulpvragen en de aanmeldingsinfo wordt nagegaan of de beschikbare info volstaat om een handelingsgericht advies en een handelingsplanning op te maken. Wanneer deze info niet volstaat, dan stelt zich de vraag hoe een antwoord kan verkregen worden op deze vragen. De HGD zoekt dit antwoord via een proces van hypotheseformulering en hypothesetoetsing. Een hypothese kan gedefinieerd worden als “*Een toetsbare wetenschappelijk gefundeerde veronderstelling – met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid – over de ernst van een problematische situatie en/of over de factoren die een rol spelen bij het ontstaan, in stand houden en/of het oplossen er van*” (Pameijer en Draaisma, 2011, p. 83)

Het formuleren van hypothesen is een interdisciplinair proces waarbij de verschillende disciplines een verschillende invalshoek kunnen bieden om naar de probleemsituatie te kijken

en een antwoord te vinden op de gestelde hulpvragen. Hypothesen worden geformuleerd betreffende de verschillende diagnostische vragen die onderkend worden (Tabel 1):

Tabel 1: Hulpvragen en gerelateerde hypothesen

Soorten Hulpvraag	Soorten Hypotheses
Wat is er aan de hand?	Onderkennend
Waarom is dit aan de hand?	Verklarend
Wat kunnen we doen?	Indicerend

Er worden per hulpvraag meerdere hypothesen geformuleerd. Het formuleren van meerdere hypothesen voorkomt dat een bepaalde hypothese te vlug als het (enige) antwoord zou gehanteerd worden en dat de neiging ontstaat om de beschikbare informatie eenzijdig te interpreteren vanuit deze ene hypothese. Op deze manier reduceert het formuleren van verschillende hypothesen de kans op een confirmation bias.

De hypothesen worden door het multidisciplinaire diagnostische team getoetst en geverifieerd door te zoeken naar convergente/divergente diagnostische informatie die de hypothesen bevestigen of uitsluiten. Er wordt een onderzoekstraject uitgestippeld om deze informatie te verzamelen via verschillende informatiekkanalen of informatiebronnen (multi-informant) en via verschillende methoden (multi-method). Er worden dus meerdere hypothesen geformuleerd en er wordt op verschillende manieren een toetsing voorzien

4. De HGD als een Wetenschappelijk Verantwoord, Gestructureerd, Systematisch, Gefaseerd Proces

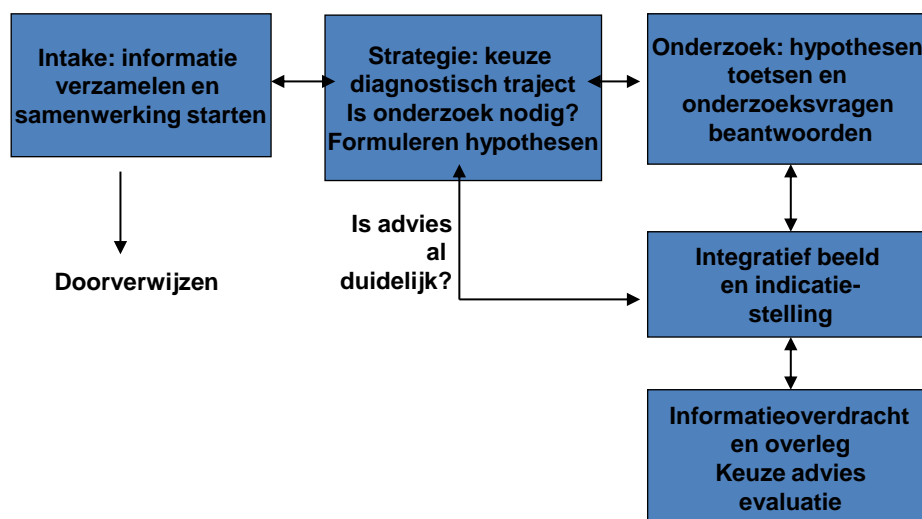
Om de kans op oordeelsfouten te minimaliseren, wordt bij het beantwoorden van de aanwezige hulpvragen een wetenschappelijk verantwoord en systematisch proces doorlopen. We spreken hierbij over het doorlopen van een diagnostisch proces dat gekenmerkt kan worden als een proces van hypothese-toetsing. Dit proces verloopt in verschillende fasen en volgt een bepaalde systematiek. We volgen hierbij het model van HGD (Pameijer&Draaisma, 2011)

HGD is ontwikkeld vanuit de logica van de empirische cyclus (bv., Vertommen, Ter Laak, & Bijttebier, 2002). Dit houdt in dat bij het beantwoorden van een diagnostische vraag dezelfde logica gevolgd wordt als bij het beantwoorden van een wetenschappelijke vraag. De empirische cyclus houdt in dat er eerst informatie verzameld wordt, op basis waarvan er hypothesen geformuleerd worden. Vervolgens worden er specifieke onderzoeksvragen afgeleid die getoetst kunnen worden. Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, worden data verzameld en geanalyseerd. Tenslotte worden op basis van deze analyse de geformuleerde hypothesen aangenomen of verworpen. Binnen HGD wordt deze wetenschappelijke logica gevolgd om tenslotte tot een gefundeerde diagnostische conclusie te

komen en, nog veel belangrijker, tot een gefundeerd advies en voorstel tot indicatiestelling te komen.

Om tot deze diagnostische besluitvorming met advies voor indicatiestelling te komen, wordt HGD uitgevoerd op een systematische en gestructureerde manier. Hierbij wordt een proces bestaande uit verschillende tussenliggende stappen of fasen doorlopen: Intakefase, Strategiefase, Onderzoeksfase, Integratiefase, en Adviesfase (zie Figuur 1). Dit ganse proces weerspiegelt een diagnostische cyclus. De onderscheiden fasen markeren een nieuwe stap in de diagnostische cyclus zoals die in de diagnostische praktijk van de OOC wordt doorlopen. Het doorlopen van de fasen mag niet als een lineair proces beschouwd worden (Je gaat van A naar B en van B naar C). Zij zijn gevat in een circulair proces waarbij gegevens uit een volgende fase een aanvulling of correctie kunnen bieden op de conclusies uit een voorgaande fase. Er is dus een voortdurende terugkoppeling van de ene fase naar de andere. In wat volgt zullen de verschillende fasen van HGD doorlopen worden.

Model Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer)



4.1. De intakefase

Tijdens deze fase wordt de samenwerking met de jongere(n), het gezin, en de verwijzer opgestart. Er wordt informatie verzameld over de aanmeldingsproblemen en de hulpvraag van de jongere(n), de gezinscontext, en de verwijzer. In deze fase wordt de grond gelegd voor de dialogische begeleidingsrelatie. Er zijn één of meerdere gesprekken met alle betrokkenen, inclusief betrokkenen uit instanties die niet meteen aanwezig waren tijdens het eerste intake-gesprek. Zo is het goed mogelijk dat de diagnosticus contact opneemt met een leerkracht om achtergrondinformatie te verzamelen over het schools functioneren van de jongere(n).

4.2. De strategiefase

In deze fase wordt de informatie, die verzameld werd tijdens de intakefase, besproken tijdens een teamvergadering in nabijheid van alle (relevante) disciplines. Dit houdt in dat de informatie door elke discipline gedeeld wordt met de andere disciplines. Deze informatie wordt interdisciplinair geordend en verwerkt waarbij wordt nagegaan of de aanwezige informatie volstaat om te antwoorden op de vragen “Wat is er aan de hand?” “Waarom is dit aan de hand?” en “Wat kan er gedaan worden om de probleemsituatie te verbeteren?”

Wanneer het interdisciplinaire overleg besluit dat verder onderzoek nodig is, dan worden hypothesen geformuleerd betreffende bovenstaande vragen. Bij het formuleren van deze hypothesen in interdisciplinair verband wordt in onderliggend protocol het Universele Nodenmodel als overschrijdend model gehanteerd (cfr. infra). Deze hypothesen worden omgezet in onderzoeksvragen die in de onderzoeksfase dienen beantwoord te worden. In functie van deze hypothese-toetsing wordt een keuze gemaakt betreffende de onderzoeksmiddelen die gebruikt worden. Er wordt eveneens bepaald welke disciplines ingeschakeld worden om deze hypothesen te toetsen. Indien nodig wordt beslist om externe disciplines te betrekken in het verdere onderzoekstraject. Binnen de OOC begeleiding wordt in deze fase ook ingeschat of de hypothese toetsing het best kan op een mobiel/ambulante, een semi-residentiële of een residentiële manier. De jongere en de context worden over deze verdere onderzoeksstappen geïnformeerd.

4.3. De onderzoeksfase

Tijdens de onderzoeksfase gaat de diagnosticus terug samen zitten of contact opnemen met de jongere(n), de gezinscontext en de verwijzers om de geformuleerde hypothesen uit de strategiefase te toetsen en de gerelateerde onderzoeksvragen te beantwoorden. De informatie die verzameld wordt, kan onder meer bestaan uit interview-gegevens, anamnestiche gegevens, vragenlijst gegevens, cognitieve test gegevens, observatiegegevens, en andere bronnen van informatie die nuttig bevonden werden om een antwoord op de gestelde vragen te kunnen krijgen. Hierbij tracht men relevante informatie te verzamelen via multiple methoden en multiple informanten om zo op zoek te gaan naar convergerende evidentie ter ondersteuning of ter ontkrachting van de gestelde onderzoeksvragen. Voor de keuzes van de instrumenten worden twee principes gehanteerd: welke wetenschappelijke evidentie bestaat er dat een test/onderzoeksstrategie sensitief en specifiek genoeg is om een onderzoeksvraag te beantwoorden, en in welke mate is de informatie die door de test/onderzoeksstrategie verzameld zou kunnen worden relevant voor het uiteindelijke, handelingsgerichte, advies.

4.4. De integratie- en indicatiestellingsfase

Tijdens de integratie- en indicatiestellingsfase wordt alle verzamelde informatie terug besproken tijdens een nieuw interdisciplinair overleg. Tijdens dit overleg moet beoordeeld worden of de voorhanden zijnde informatie voldoende is om een uiteindelijk integratief beeld

te schetsen waarin de aanmeldingsklachten voldoende gekaderd en begrepen worden en waardoor het mogelijk wordt om begeleidingsdoelen op te stellen in termen van welke ondersteuning de jongere en de context nodig hebben om een eventuele verandering op gang te brengen en te realiseren. In onderliggend diagnostisch protocol zien we het advies naar ondersteuning als het aangeven van een hulpverleningstraject dat aangewezen is om de begeleidingsdoelstellingen te realiseren. De centrale vraag die hier beantwoord wordt, is de vraag “Wat hebben de jongere en zijn context nodig om tot een verandering in de problematische leefsituatie te komen?” Bij het beantwoorden van deze vraag wordt maximaal uitgegaan van de veranderingsmogelijkheden van de jongere en zijn context zelf.

Op basis van dit overleg kan besloten worden dat de voorhanden informatie voldoende is en toelaat om dergelijke besluiten te trekken. Daarentegen, indien de onderzoeksgegevens niet volstaan om tot een integratief beeld te komen dat een voldoende antwoord geeft op de handelingsgerichte hulpvragen, dan kan er in de diagnostische cyclus terug geschakeld worden naar een nieuwe strategiefase. Er wordt dan met het team nagedacht over nieuwe hypothesen of nieuwe manieren om onderzoeksvragen te toetsen. Vervolgens vindt er weer een onderzoeksfase plaats waarin informatie verzameld wordt. Nadien wordt er een nieuwe integratie-en indicatiestellingsfase voorzien om opnieuw te trachten tot een handelingsgericht advies te kunnen komen.

4.5. De adviesfase en evaluatie

In de adviesfase wordt met de jongere, de context en de verwijzer of aanmelder het doorlopen diagnostisch proces overlopen. Het integratief beeld wordt toegelicht op een manier die rekening houdt met de behoefte aan informatie bij de jongere en de context en met de ondersteuning die de betrokkenen nodig hebben om de overgedragen informatie te verwerken. Een voldoende toelichting en een aangepast taalgebruik zijn belangrijke elementen in het adviesgesprek. De aanbevelingen vanuit het interdisciplinaire overleg worden gecommuniceerd en het geïndiceerde begeleidingstraject wordt toegelicht. Er wordt nagegaan welke aanbevelingen door de jongere, de context en de aanmelder of verwijzer het meest realistisch en haalbaar worden ingeschat.

Na de afronding van de adviesbespreking wordt in het interdisciplinaire overleg een evaluatie gemaakt van het proces dat werd doorlopen en het voorstel tot indicatiestelling dat werd geformuleerd.

Het doorlopen van deze verschillende fasen vormt de diagnostische cyclus. Binnen deze onderzoekscyclus weerspiegelen de verschillende fasen volgens Pameijer voor het multidisciplinaire team een cyclus van “doen” en “denken”, voorgesteld in volgend schema (Tabel 2):

Fase	Actie
Intakefase	Doen
Strategiefase	Denken
Onderzoeksfase	Doen
Integratiefase	Denken

Het onderscheid in doe- en denkfases verwijst eveneens naar een onderscheid in het rechtstreekse karakter van de relatie van het multidisciplinaire team met de cliënt (cf. HGD als samenwerkingsrelatie). In de doe-fasen wordt de rol van de cliënt in het onderzoeksproces sterk naar voor gehaald, geëxpliciteerd. De jongere en het gezin worden actief mee betrokken in een concrete samenwerking. In de denkfases wordt over de diagnostische informatie, die in samenwerking met de jongeren en de ouders werd bekomen, gereflecteerd vanuit verschillende disciplines. Elke discipline weerspiegelt een invalshoek en een eigen deskundigheid.

Hoofdstuk B. Beschrijving van het inhoudelijke kader van het protocol

In het vorige onderdeel hebben we het formele kader beschreven van het protocol handelingsgerichte diagnostiek in de OOOO. In dit onderdeel zullen we een beschrijving geven van de inhoudelijke theoretische basisprincipes die een invloed hebben tijdens de verschillende fasen van het formele HGD proces. Welke vragen stellen we ons tijdens het diagnostisch proces? Welke visie is onderliggend aanwezig? Welke theoretische inzichten worden geïntegreerd in de praktische uitvoering van het handelingsgerichte diagnostische proces in de OOOO? Deze theoretische basisprincipes zullen een invloed hebben op de informatie die verzameld wordt tijdens de intake fase, op het denkproces tijdens de strategie-fase en op de keuze van hypothesen en onderzoeksvragen die tijdens deze fase geformuleerd worden. Op deze manier beïnvloeden deze basisprincipes welke informatie verzameld wordt tijdens de onderzoeksfase en het verloop van het denkproces tijdens de integratie- en indicatiestellingsfase. We leggen in dit onderdeel uit op welke inhoudelijke elementen we ons baseren om een diagnostische beslissing te nemen en om hypothesen te formuleren en te toetsen.

In een eerste paragraaf bespreken we een theoretisch model dat gehanteerd wordt in ons diagnostisch proces, vertrekkend vanuit de universele behoeften van mensen: *het Universele Nodenmodel*. Vervolgens gaan we dieper in op de vraag hoe situaties zich ontwikkelen tot problematische leefsituaties, hoe jongeren en gezinnen gedrags- en relatiepatronen ontwikkelen die niet leiden tot de vervulling van hun fundamentele noden. Wij gaan er hierbij van uit dat deze ontwikkeling (meestal) multifactorieel bepaald is. Vervolgens geven wij aan hoe de diagnostische informatie die in het HGD proces ter beschikking komt geordend en beschreven wordt aan de hand van (ontwikkelings)domeinen op het niveau van de jongere en het niveau van de gezinscontext. Wij noemen dit het interactionele standpunt van waaruit de HGD vertrekt. Dit wordt besproken als *het EcologischModel*. In een derde paragraaf staan we stil bij de vraag hoe deze factoren het concrete handelen van de jongere en

de gezinscontext gaan sturen en zichtbaar worden tijdens het diagnostisch proces. Hierbij gaan we ervan uit dat herhaalde ervaringen van universele noodbevrediging en/of noodfrustratie worden opgeslagen in cognitieve schema's die later in het leven een eigen invloed hebben op de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Dit wordt besproken als het *Cognitieve Schema-Model*. Tenslotte lichten wij in een laatste paragraaf toe hoe de HGD gericht is op de ondersteuning van de jongere en de gezinscontext in hun motivatie tot verandering in de problematische leefsituatie. Aan de hand van een motivationeel model willen we aantonen hoe het motivationele proces een sterke invloed heeft op de inhoud van een handelingsgericht advies en de strategie die kan gevolgd worden in een handelingsgerichte indicatiestelling.

1. Het Universele Nodenmodel

In Hoofdstuk A hebben we de handelingsgerichte diagnostiek omschreven als een hypothese toetsend proces. Een hypothese hebben we gedefinieerd als “een toetsbare, wetenschappelijk gefundeerde veronderstelling”. Hypothesen worden geformuleerd vanuit één of meerdere theoretische referentiekaders die door het multidisciplinaire team gehanteerd worden. Het is dan ook aangewezen om het gehanteerde referentiekader te expliciteren. Opnieuw helpt het expliciteren van een wetenschappelijk onderbouwd theoretisch referentiekader voorkomen dat de onderzoeker al te veel terug valt op zijn persoonlijke referentiekader bij het formuleren van mogelijke hypothesen. Dit beschermt de diagnosticus tegen de invloeden van informatieverwerkingsbiassen en confirmatorische teststrategieën.

Er bestaan verschillende theoretische referentiekaders die meestal ontwikkeld zijn vanuit specifieke therapeutische scholen: contextuele/systemische, psychodynamische, gedragstherapeutische, biologisch-organische modellen. Zij kunnen beschouwd worden als verschillende invalshoeken om naar een probleemsituatie te kijken en te begrijpen welke factoren het ontstaan en het in stand houden van de probleemsituatie beïnvloeden. Onderliggend diagnostisch protocol beoogt geen keuze voor één van de gangbare theoretische referentiekaders die hierboven werden vernoemd. In navolging van Bosmans(2011) willen we een theoretisch model hanteren dat deze referentiekaders overstijgt. Een dergelijk meer algemeen denkkader biedt de mogelijkheid om de inzichten uit verschillende referentiekaders te integreren. Dit denkkader laat bovendien toe om rekening te houden met recente wetenschappelijke inzichten over motivationele, biologische, cognitieve en sociale determinanten van gedrag en met het inzicht dat geen enkele van deze factoren een voldoende verklaring zijn voor de ontwikkeling van problematische gedrag, maar dat verschillende factoren samen moeten voorkomen alvorens de ontwikkeling van een kind/jongere negatief beïnvloed wordt. Bovendien helpt het Universele Nodenmodel om te begrijpen dat hetzelfde gedrag veroorzaakt kan worden door verschillende factoren (multicausaliteit) maar ook dat een zelfde (problematische) factor kan leiden tot zeer verschillende gedragspatronen (multifinaliteit) (Cicchetti& Cohen, 2006).

Het Universele Nodenmodel vertrekt vanuit de theoretische aanname dat alle mensen geboren worden met dezelfde of Universele fundamentele noden of basisbehoeften. De mens streeft naar een vervulling van deze basisbehoeften. De mens streeft de bevrediging van deze

behoefden na met behulp van alle zelf-realisatie mogelijkheden die hij vanuit zichzelf bezit en met behulp van de ondersteuning die hij vanuit de sociale context krijgt aangereikt om de bevrediging van deze behoeften te realiseren. De menselijke ontwikkeling kan gezien worden als een unieke ontwikkelingsgeschiedenis waarbij de mens, in zijn poging tot het streven naar vervulling van zijn basisnoden, eigen levenservaringen opdoet die voor hem het betekenis kader gaan vormen van waaruit zijn handelen en streven begrijpbaar wordt. De fundamentele noden vormen de innerlijke drijfveer van waaruit concrete gedragingen gestuurd worden.

Deze Universele Noden zijn uitgebreid besproken in de Zelf Determinatie Theorie (ZDT) (Deci & Ryan, 1985, 2000). Deze theorie beschrijft drie aangeboren, voor alle mensen geldende psychologische noden die beschouwd worden als essentieel om menselijke motivatie te begrijpen. Volgens de ZDT hebben alle mensen een fundamentele nood om zich verbonden te voelen met andere mensen, om zich competent te voelen en om zich autonoom te voelen. Deze fundamentele noden hebben een invloed op hoe kinderen en ouders interageren binnen de opvoedingssituatie:

1) De nood aan **verbondenheid** houdt in dat alle mensen een aangeboren verlangen hebben om sociale relaties op te bouwen met anderen, om zich geliefd en verzorgd te voelen, en om zelf liefde en zorg te geven aan anderen (Baumeister & Leary, 1995). Dit betekent dat **alle** kinderen/jongeren een fundamenteel verlangen ervaren naar een goede relatie met ouders, met siblings, met leeftijdsgenoten, met leerkrachten, met begeleiders van een instelling enzovoort. Indien een jongere wordt aangemeld die enkel zeer conflictueuze relaties opbouwt met bijvoorbeeld ouders, leerkrachten, zorgfiguren, of leeftijdsgenoten, dan stelt zich de diagnostische vraag hoe dit komt. Dit betekent ook dat **alle** ouders een fundamenteel verlangen ervaren naar een goede relatie met hun kinderen maar ook met onder meer hulpverleners en werkgevers. Indien een ouder een kind bijvoorbeeld afwijst, mishandelt, verwaarloost, in gevaar brengt, of enkel ruzie met het kind heeft, dan stelt zich de diagnostische vraag waarom dit zou zijn. De vraag is welke leergeschiedenis van de ouder aanleiding gegeven heeft tot de geobserveerde ongunstige interactie met het kind.

2) De nood aan **competentie** houdt in dat alle mensen een aangeboren verlangen hebben om zich vaardig en krachtig te voelen bij het uitvoeren van activiteiten (Bandura, 1989). Dit betekent dat **alle** kinderen/jongeren graag willen voelen dat ze het goed doen op school, of dat ze talenten hebben op één of ander domein. Dit betekent ook dat **alle** ouders zich competent willen voelen als opvoeder, maar ook als bijvoorbeeld werknemer of in een hobby. Indien kinderen/jongeren hun pogingen staken om zich te engageren voor nieuwe leerervaringen of indien ouders lijken te weigeren om een bepaald opvoedingspatroon te veranderen, stelt zich de diagnostische vraag waarom dit zou zijn.

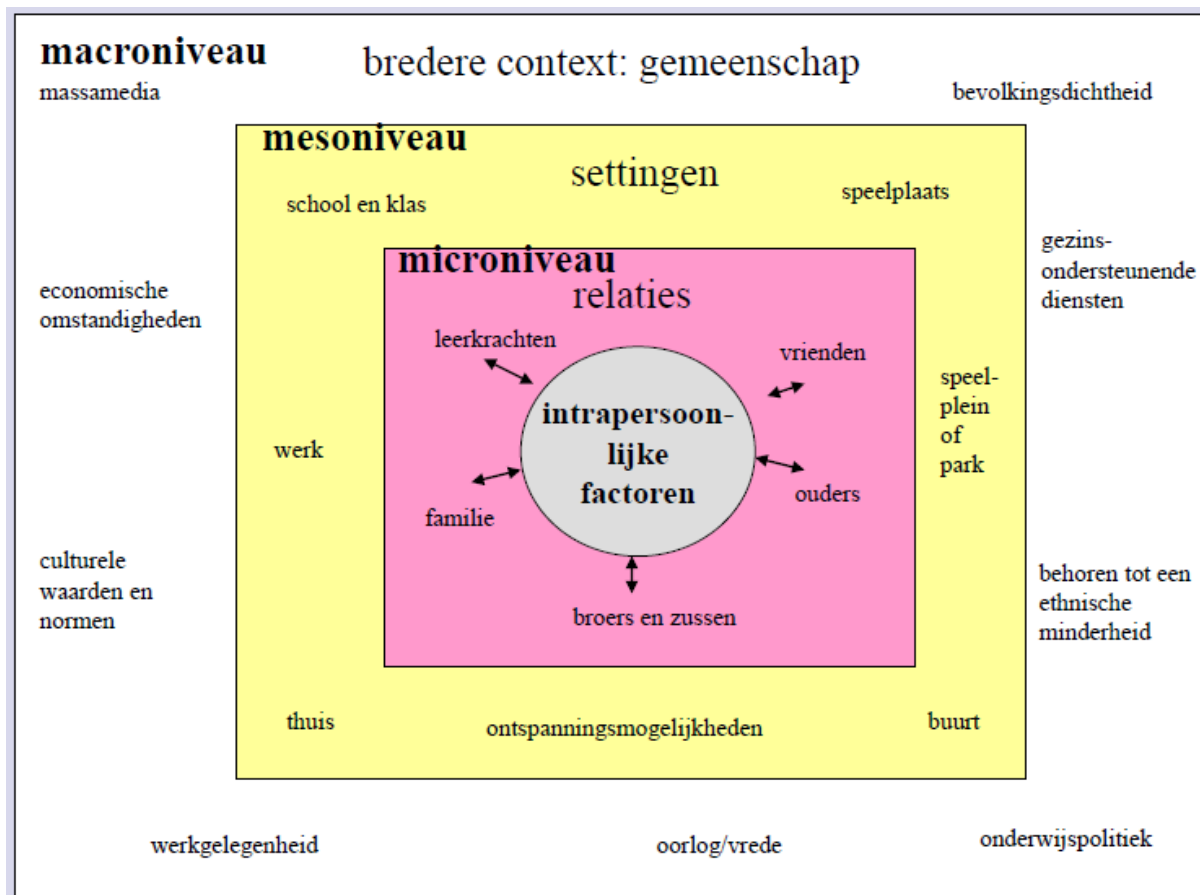
3) De nood aan **autonomie** betreft het natuurlijk verlangen van mensen het gevoel te hebben zelf vrij te beslissen welk gedrag ze al dan niet stellen. Dit betekent dat **alle** kinderen/jongeren en ouders belang hechten aan het gevoel dat ze beslissingen mogen en/of kunnen nemen die in overeenkomst zijn met hun eigen normen, waarden of interesses en niet omwille van afgedwongen regels of al dan niet geïnternaliseerde psychologische druk uit de omgeving. Indien ze daarentegen gedrag moeten stellen dat niet strookt met deze normen, waarden of interesses zal deze discrepantie aanleiding geven tot externaliserende gedragsproblemen, of met andere woorden tot verzet tegen de opgelegde gedragsrichtlijn en/of tot internaliserende gedragsproblemen, of met andere woorden tot een toename van angst (Ryan & Deci, 2006).

Het Universele Nodenmodel kan nu gebruikt worden als leidraad bij het formuleren van diagnostische hypothesen over problematisch gedrag van de jongere(n), problematisch (opvoedings)gedrag van de ouder(s) en de moeizame interacties tussen beiden die de problematische leefsituatie van de jongere(n) karakteriseren en waarvoor hulpverlenings(advies) gevraagd wordt aan een OOC. Meer specifiek gaat het Universele Nodenmodel ervan uit dat al dit gedrag het resultaat is van een leergeschiedenis waarbij de verschillende betrokkenen moeilijkheden ervaren (hebben) in het verwezenlijken van deze fundamentele noden. Met andere woorden, bij het opstellen van hypothesen, zullen we vanuit dit model er steeds vanuit gaan dat het begrijpen van de aangemelde situatie vereist dat de diagnosticus begrijpt (1) wat de betrokkenen geleerd hebben bij het trachten verwezenlijken van die noden, (2) welke factoren hierbij een invloed hebben gehad op deze leergeschiedenis, en (3) op welke manier deze leergeschiedenis een invloed heeft op het huidige gedrag en de huidige leefsituatie. Omdat de laatste twee zaken essentieel zijn bij het formuleren van deze hypothesen, worden nu de gerelateerde theoretische modellen in meer detail uitgewerkt.

2. *Het Ecologisch Model*

Zoals hierboven gesteld, vertrekt het universele nodenmodel vanuit het uitgangspunt dat de mens van nature streeft naar de vervulling van zijn fundamentele verlangens naar verbondenheid, competentie, en autonomie. Op het moment van de aanmelding staan de jongere en zijn gezinscontext hier vaak ver van af en wordt het streven naar de vervulling van deze noden gemaskeerd door ogenschijnlijk contraproductief en dus discrepant gedrag en falende gezinsrelaties. Toch gaan we er binnen onze handelingsgerichte diagnostiek van uit dat aanmeldingsproblemen hun betekenis ontleen aan dezelfde fundamentele noden. Het doel van de HGD is om deze discrepantie te begrijpen met het oog op het vinden van aanknopingspunten bij de jongere en zijn gezinscontext die nodig zijn om een potentieel effectief handelingstraject op te stellen.

Figuur 2: Het Ecologisch Model



We gaan bij onze diagnostiek dan ook op zoek naar de factoren die een invloed hebben gehad op het (al dan niet) verwezenlijken van de universele noden. De factoren die hierop een invloed hebben kunnen gesitueerd worden op het biologische, psychologische, en sociale niveau. Bovendien kunnen deze factoren gesitueerd worden op een micro- (het intra-individuele en gezinsniveau), meso- (de sociale context waarbinnen het gezin functioneert en waar het contact mee heeft zoals bijvoorbeeld de school, de buurt, de werkomgeving van de ouders, en vrijetijdsverenigingen) en macro-niveau (op niveau van de maatschappij) (zie Figuur 2; Dishion et al., 1995). In wat volgt zal dit verder worden uitgelegd.

In de eerste plaats zijn het gedrag van de mens en zijn interacties met zijn medemens het resultaat van zijn **biologische, erfelijke, ontwikkelingsmogelijkheden**. Deze mogelijkheden vormen de basis waarop de verdere ontwikkeling zich ent en geven ook in zekere mate de grenzen aan in de ontwikkeling. Daarnaast spelen er ook individuele **psychologische factoren** een rol. We denken dan in eerste instantie aan verwachtingen die mensen ontwikkelen in de loop van hun levensgeschiedenis. Deze verwachtingen komen uitgebreider aan bod in de beschrijving van het Cognitieve Schema-Model omdat daar deze verwachtingen belangrijk zijn om te begrijpen waarom de leergeschiedenis het huidige gedrag

en de huidige leefsituatie bepalen. We spreken over individuele of kindfactoren die zich dan ook situeren op het micro-niveau. Wanneer we denken aan biologische factoren denken we aan zaken zoals cognitieve ontwikkeling, temperament, aangeboren stoornissen (bv., Autisme Spectrum Stoornissen, ADHD), en andere zaken die de kans op het verwezenlijken van universele noden beïnvloeden. Zo kan het zijn dat het voor een kind met beperkte intellectuele mogelijkheden moeilijker is om zich competent te voelen omdat het van nature meer faalervaringen zal hebben. Voor een kind met een moeilijk temperament (bijvoorbeeld snel emotioneel overprikkeld raken of moeilijkheden om emotionele reflexen te reguleren) kan het moeilijker zijn om zich verbonden te voelen omdat ze makkelijker emotionele uitbarstingen hebben en dit makkelijker leidt tot conflicten. Voor een kind met een aangeboren stoornis als ASS kan het moeilijker zijn zich autonoom te voelen omdat deze kinderen vaak niet zonder de ondersteuning van hun omgeving kunnen. Hierbij dienen twee opmerkingen gemaakt te worden. Ten eerste moet de diagnosticus goed nagaan of en welke noden gefrustreerd zijn door deze biologische factoren. Zo kan hetzelfde kind met dezelfde biologische kenmerken helemaal geen gefrustreerde noden hebben, of ook gefrustreerd zijn op andere noden, of gefrustreerd op verschillende noden tegelijkertijd. Ten tweede moet de diagnosticus zich bewust zijn van het feit dat gelijkaardige biologische factoren een rol spelen in de leergeschiedenis van ouders. Dus ook het ouderlijk gedrag kan niet begrepen worden zonder deze biologische factoren bij de ouder in rekening te brengen.

De mens is echter ook gesitueerd in de sociale omgeving waarin hij opgroeit. Deze sociale omgeving heeft een sterke invloed op de individuele ontwikkeling. Wat de sociale omgeving betreft, kunnen we een onderscheid maken in meerdere niveaus. Onder het microniveau verstaan we de dichte gezinscontext waarbinnen de basiszorgen worden verleend. Het meso niveau wordt gevormd door de context die niet instaat voor de basiszorg maar hier wel nauw mee verband houdt zoals de schoolcontext, de vrijetijdscontext, de arbeidscontext. Het macro niveau tenslotte omvat de bredere context van de maatschappij met zijn maatschappelijke normen en waarden, de religie. De verschillende niveaus hebben een verschillende invloed naargelang de ontwikkelingsfasen die het individu doorloopt. Deze zienswijze betekent dat de HGD vanuit een ecologisch perspectief kijkt naar de ontwikkeling van maladaptief gedrag en problematische leefsituaties.

Naast de biologisch/erfelijke en sociale invloeden is de mens in zijn ontwikkeling ook onderhevig aan externe gebeurtenissen of feiten die zich op de levensweg kunnen voordoen, die kunnen zorgen voor bijkomende stress, en die een unieke invloed kunnen hebben op de leergeschiedenis en het ontstaan van maladaptief gedrag en een problematische leefsituatie.

Bij het uiteindelijke formuleren van hypothesen is het belangrijk in rekening te brengen dat de HGD uitgaat van de bevinding dat deze individu- en omgevingsfactoren en externe gebeurtenissen continu interageren en in hun voortdurende en complexe interactie hun invloed doen gelden op de ervaringen die de mens heeft betreffende het vervullen of frustreren van zijn fundamentele noden. De HGD gaat dus uit van een interactionele kijk op de menselijke ontwikkeling. Zo zal bijvoorbeeld de behoefte aan competentie gemakkelijker vervuld raken wanneer het kind beschikt over goede ontwikkelingsmogelijkheden die ondersteund worden in een stimulerende gezinsomgeving waarbij de gezinsleden op hun beurt reeds een gevoel van competentie hebben ontwikkeld. Een wegvallen van één van de ouders

omwille van een ziekte of een scheiding (externe gebeurtenis) kan deze ontwikkeling doen vertragen of stagneren.

Op basis van deze ervaringen ontwikkelen de jongere en zijn gezinscontext gedrags- en relatiepatronen die een vervulling van hun fundamentele noden moeten verzekeren. Wanneer deze patronen een vervulling van de fundamentele verlangens effectief mogelijk maken, kunnen we spreken adaptieve patronen. Maladaptieve patronen ontstaan wanneer verschillende factoren (in de jongere en in de context), cumulerend en interagerend, een frustratie van deze fundamentele noden veroorzaken. Dit kan leiden tot een minder aangepast gedrag en een problematische leefsituatie die de aanleiding vormen tot de aanmelding in een OOC. Er is in deze problematische leefsituaties een discrepantie tussen het zoeken van de jongere en zijn gezinscontext naar het vervullen van hun fundamentele verlangens en het gedrags- en relatiepatroon dat hier ogenschijnlijk in contrast mee staat. In ons model gaan we er van uit dat ook in deze maladaptieve patronen een streven van de mens naar het vervullen van zijn fundamentele noden te onderkennen is: “Ook al stellen mensen gedrag dat tegen hun fundamentele verlangens in lijkt te gaan, dan moeten wij ervan uitgaan dat ze een goede reden hebben om dit gedrag te stellen. Ofwel stellen ze dit gedrag omdat ze na een langdurig en/of intens leerproces de overtuiging hebben dat deze strategie de meeste kans biedt op het vervullen van de fundamentele noden. Ofwel stellen ze dit gedrag omdat ze na een langdurig en/of intens leerproces de overtuiging hebben dat het beter is deze verlangens niet meer te koesteren. In beide gevallen is het belangrijk om dit leerproces beter te begrijpen”(Bosmans, 2011,p.14)

De HGD vertrekt dus vanuit het gegeven dat problematische gedrags- en relatiepatronen (meestal) multifactorieel bepaald zijn. (Hierbij houden we steeds voor ogen dat er toch problematieken zijn die eerder aan één welbepaalde factor kunnen toegeschreven worden). Eenzelfde problematisch gedrags- en relatiepatroon kan veroorzaakt worden door verschillende factoren (multi-causaliteit) en dezelfde factoren kunnen leiden tot een verschillend gedrags- en relatiepatroon door de invloed van interagerende factoren (multi-finaliteit).

Bepaalde factoren, in de jongere en de context, vormen risicofactoren die de ontwikkeling naar problematische gedrags- en relatiepatronen kunnen in de hand werken in de zin van veroorzaken, versterken of in stand houden. Andere kind- en omgevingsfactoren zijn dan weer beschermend ten aanzien van de ontwikkeling van problematische gedrags- en relatiepatronen en kunnen deze ontwikkeling verhinderen, verminderen of verzachten of kunnen een aanknopingspunt zijn om tot een verandering te komen in de maladaptieve patronen. Deze beschermende factoren kunnen gezien worden als eigen krachten in de jongere en de gezinscontext. Het effect van één factor wordt dikwijls meebepaald door de gelijktijdige invloed van een andere factor. De wisselwerking tussen risicofactoren en beschermende factoren is een dynamisch gegeven. Een goed inzicht in deze wisselwerking geeft goede aangrijpingspunten voor een handelingsgericht advies waarbij de invloed van risicofactoren kan verminderd worden en de aanwezige beschermende factoren (de eigen krachten in de jongere en in zijn context) kunnen ondersteund worden.

Op basis van dit Ecologisch Model, worden de domeinen afgebakend die in aanmerking genomen worden bij het formuleren en testen van handelingsgerichte hypothesen en onderzoeksvragen over de leergeschiedenis van cliënten.

HGD wil begrijpen hoe maladaptief gedrag en problematische leefsituaties gegroeid zijn om vanuit dit begrijpen concrete handelingsvoorstellen te formuleren die een antwoord moeten bieden op de gestelde handelingsgerichte hulpvragen. Om deze vragen te beantwoorden vertrekt de HGD vanuit het huidige functioneren van het individu en het gezin en tracht HGD via een interdisciplinair proces van hypothese formulering en hypothese toetsing tot een inzicht en een handelingsvoorstel te komen.

Dit onderzoek richt zich op verschillende ontwikkelingsdomeinen die volgens het Ecologisch Model relevant zijn om tot een beschrijving te komen van wat er aan de hand is, om een inzicht te verwerven waarom dit aan de hand is en concrete handelingsvoorstellen te formuleren om verandering te brengen in de problematische leefsituatie. Een diagnostisch onderzoek levert een veelheid aan informatie op over gedragingen, gevoelens, gedachten en patronen. Deze informatie kan bewerkt worden door samenhangende aspecten als een ontwikkelingsdomein te omschrijven. Pameijer en Draaisma spreken van “het clusteren van de onderzoeksinformatie” (Pameijer, & Draaisma, 2011, p. 74) Conform het interactionele en multifactoriële uitgangspunt van de HGD dat we in voorgaande paragrafen hebben beschreven, onderscheiden we domeinen of clusters betreffende de individuele ontwikkeling, betreffende de context en betreffende belangrijke externe gebeurtenissen die de huidige problematische ontwikkeling mee bepalen.

Vanuit het oogpunt van de jongeren worden volgende ontwikkelingsdomeinen opgenomen op het micro-niveau:

- lichamelijke ontwikkeling
- functionele ontwikkeling
- cognitieve ontwikkeling
- gedrags- en relatiepatroon
- emotionele ontwikkeling
- sociale ontwikkeling
- persoonlijkheidsontwikkeling
- specifieke ontwikkelingsstoornissen

Vanuit het oogpunt van de sociale context onderscheiden we domeinen die afzonderlijk kunnen beschouwd worden: het micro-, meso- en macroniveau. Het microniveau verwijst voor ons naar het gezinssysteem waarbinnen de basale zorgen verleend worden. Dit niveau omvat volgende factoren:

- momentane gezinskenmerken: huisvesting, financiële situatie, kinderlast
- het functioneren van de ouders op verschillende ontwikkelingsdomeinen. Dit omvat tevens persoonlijkheidskenmerken van de ouders
- de partnerrelatie
- de opvoedingsvaardigheden van beide ouders. Hieronder vallen tevens kenmerken van de opvoedingsstijl
- belangrijke gezinsthema's
- belangrijke feiten en gebeurtenissen
- intergenerationele factoren

Met het mesoniveau bedoelen we het niveau van gezinsondersteunende of gezinsaanvullende contexten. Deze contexten staan niet in voor de basale zorgen maar

verlenen een zorg of dienst die ondersteunend is ten aanzien van deze basale zorg. In deze zin zijn zij zowel ondersteunend naar de jongere als naar het gezinssysteem. Evoluties binnen dit mesoniveau hebben dan ook een duidelijke weerslag op het microniveau. In sommige situaties veroorzaken spanningen op het mesoniveau ook spanningen op het microniveau. In andere gevallen hebben ontwikkelingen op het mesoniveau een signaalwaarde naar onderliggende probleemfactoren op het microniveau. Het mesoniveau in de sociale context is ten slotte van groot belang in het uitwerken van een handelingsgericht voorstel waarin de elementen uit dit mesoniveau als gezinsondersteunende krachten benut worden. Tot het mesoniveau behoren:

- de context van de school
- de context van de arbeidssituatie
- de vrijetijdscontext
- de hulpverleningscontext

Tenslotte onderscheiden we in de sociale context een macroniveau. We verwijzen hierbij naar de brede maatschappelijke context waarbinnen de contexten op micro en mesoniveau gevat zijn. Dit niveau is op te vatten als een achtergrond waartegen het concrete samenleven van individuen zich afspeelt. Factoren op dit niveau hebben wel degelijk een invloed op het concrete samenleven van individuen maar zijn ook niet alles bepalend naar de contexten op micro en mesoniveau. Tot het macroniveau rekenen we:

- kansarmoede factoren
- culturele achtergrond en maatschappelijke waarden en normen met in het bijzonder de heersende opvattingen omtrent maatschappelijk aanvaardbaar gedrag en de visie op de maatschappelijke noodzaak van de hulpverlening
- de religieuze context

De opvattingen omtrent maatschappelijk aanvaardbaar gedrag en de visie op de maatschappelijke noodzaak van de hulpverlening situeren we op het macroniveau. Deze opvattingen spelen concreet mee in de wijze waarop jongeren en hun gezinscontext naar een OIOC worden verwezen. In bepaalde situaties intervineert de samenleving en wordt er door externen een hulpvraag geformuleerd naar de HGD in de OIOC terwijl de jongere en/of de ouders deze hulpvraag niet of slechts in zeer beperkte mate stellen. In de HGD in de OIOC zal daarom steeds nagegaan worden hoe de aanmelding tot stand is gekomen.

3. Het Cognitieve Schema-Model

In dit onderdeel bespreken we eerst het cognitieve schema concept en hoe cognitieve schema's over relaties met onder meer zorgfiguren, familieleden, leeftijdsgenoten ontstaan als gevolg van leerervaringen opgedaan tijdens het trachten bevredigen van de universele noden. Vervolgens bespreken we hoe schema's die negatieve leerervaringen weerspiegelen uiteindelijk dysfunctionele interacties tussen gezinsleden, problematisch gedrag, en problematische leefsituaties kunnen bepalen.

3.1. Het Ontstaan en de Inhoud van Cognitieve Schema's

Hierboven stelden we dat de ervaringen die de mens opdoet in de zoektocht naar de vervulling van zijn fundamentele noden kunnen leiden tot adaptieve en maladaptieve patronen. Hoe worden deze ervaringen dan sturend naar de concrete gedragingen en relaties? Om te begrijpen hoe de concrete levenservaringen het toekomstige handelen gaan sturen, is het begrip “cognitief schema” verhelderend.

Een cognitief schema kan best voorgesteld worden als een geheel van betekenissen die worden opgeslagen tijdens de ganse leergeschiedenis van een persoon en die een invloed hebben op de verwerking van nieuwe schemarelevante informatie waardoor toekomstige verwachtingen en gedrag gestuurd worden (Beck, 1964). Anders geformuleerd kunnen we ook zeggen dat de mens (en zijn context) op basis van zijn ervaringen m.b.t. de vervulling of frustratie van zijn fundamentele noden een verwachtingspatroon ontwikkelt van waaruit hij verdere informatie verwerkt en van waaruit hij concreet gaat handelen. De mens reageert vanuit de verwachtingen die hij in bepaalde situaties heeft opgebouwd, interpreteert nieuwe situaties ook vanuit deze verwachtingen en stelt zijn handelen hierop af.

Het verwachtingspatroon dat de mens en zijn context heeft ontwikkeld, mag in het kader van dit diagnostisch protocol niet verengd worden tot een ‘koud’, louter cognitief fenomeen. De cognitieve schema's zijn een geheel van bewuste en onbewuste ervaringen die worden opgeslagen en die een cognitieve maar ook een dynamisch-affectieve component bevatten. Nieuwe informatie, indrukken of ervaringen zullen in dit reeds ontwikkelde verwachtingspatroon vertaald worden.

Wanneer de ervaringen die vorm hebben gegeven aan dit verwachtingspatroon overwegend ervaringen zijn van een vervulling van de fundamentele behoeften (aan competentie, autonomie en verbondenheid) dan is er een grotere kans dat de jongere adaptieve schema's ontwikkelt die hem in staat stellen om een bevredigende vervulling van deze behoeften in de toekomst op een flexibele manier na te streven en te realiseren. In problematische leefsituaties zijn deze verwachtingspatronen echter vaak gebaseerd op ervaringen van frustraties van deze basale noden.

In een handelingsgerichte diagnostiek in problematische leefsituaties is het belangrijk om een zicht te krijgen op de cognitieve schema's, in het bijzonder op de maladaptieve cognitieve schema's die de gedragingen en relaties van de jongere en zijn gezinscontext sturen en vorm geven. Deze schema's zijn inhoudelijk het duidelijkste uitgewerkt door Jeffrey Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), die 5 domeinen met in totaal 18 verschillende maladaptieve schema's onderscheidde: (1) onverbondenheid en afwijzing, (2) verzwakte autonomie en verminderd functioneren, (3) verzwakte grenzen, (4) gerichtheid op anderen, en (5) overmatige waakzaamheid en inhibitie. We nemen illustratief een korte beschrijving op van deze 5 domeinen en mogelijke linken met gefrustreerde universele noden (Bosmans, 2011, p.22-23). Hierbij dient opnieuw opgemerkt te worden dat dezelfde processen van multifinaliteit en multi-causaliteit kunnen spelen bij het ontwikkelen van cognitieve schema's. Zo kan iemand een schema ontwikkelen over verzwakte autonomie als gevolg van frustraties in de nood aan autonomie, maar even goed als gevolg van een gefrustreerde nood aan verbondenheid en/of competentie. Met andere woorden, als de diagnosticus op zoek gaat naar de inhoud van de cognitieve schema's van jongeren/gezinsleden, dan dient de diagnosticus

niet alleen het verwachtingspatroon in kaart te brengen, maar ook na te gaan waar of op welke manier de cliënt dit verwachtingspatroon ontwikkeld heeft. Laat ons dit even illustreren:

Mensen hebben **schema's over onverbondenheid en afwijzing** ontwikkeld als ze ervan uitgaan dat ze niet op een voorspelbare manier kunnen verwachten dat de behoefte aan verbondenheid wordt bevredigd. Dit schemadomein bestaat uit verwachtingen dat men (1) verlaten zal worden of dat zorg niet stabiel zal zijn, (2) dat men andere mensen beter wantrouwt omdat ze misbruik van zijn/haar kwetsbaarheid willen maken, (3) dat men door anderen emotioneel tekort wordt gedaan, (4) dat men tekort schiet voor andere mensen en dat dit iets is om zich voor te schamen, (5) dat men sociaal geïsoleerd is en vervreemd van sociale contacten.

Mensen hebben schema's over **verzwakte autonomie en verminderd functioneren** ontwikkeld als hun noden aan autonomie en competentie veelvuldig gefrustreerd worden. Dit ontstaat bijvoorbeeld in kluwengezinnen. Dit schemadomein bestaat uit verwachtingen dat men (1) afhankelijk is van de ouder en niet in staat om voor zichzelf te zorgen, (2) dat men kwetsbaar is voor ziekte en gevaar, (3) dat men geen individu is onafhankelijk van het gezin, (4) en dat men in alle ondernemingen zal mislukken.

Mensen hebben schema's over **verzwakte grenzen** ontwikkeld als een specifiek aspect van de nood aan verbondenheid niet wordt bevredigd: de nood aan ouderlijke zorg in verband met het aanbieden van grenzen en regels. Indien deze nood niet bevredigd wordt, zijn ouders permissief en weinig sturend. Dit schemadomein bestaat uit de verwachting dat (1) je mag zeggen of doen wat je wilt, ongeacht of dit anderen kwetst en ongeacht van de lange-termijnkosten, en (2) dat het onmogelijk is om zelfcontrole uit te oefenen op frustratie bij het niet bereiken van doelen of op het inhouden van impulsen.

Mensen hebben schema's over **gerichtheid op anderen** ontwikkeld als de nood aan autonomie niet wordt bevestigd door de ervaring van ouderlijke psychologische controle of voorwaardelijke liefde en acceptatie. Dit schemadomein bestaat uit de verwachting dat men de eigen verlangens en behoeften moet opzij schuiven ten koste van de verlangens en gevoelens van anderen om liefde te krijgen of om straf te voorkomen. Men denkt dit te controleren door (1) de eigen noden ondergeschikt te maken aan de noden van de ander, (2) door zichzelf op te offeren voor de ander, en (3) door enkel dingen te doen waarvan men denkt dat die een goedkeurende/erkennende reactie bij de andere zullen uitlokken.

Mensen hebben schema's over **overmatige waakzaamheid en inhibitie** ontwikkeld als de nood aan verbondenheid geschonden is als gevolg van interacties met een strenge, veeleisende, en perfectionistische omgeving. Dit schemadomein bestaat uit de verwachting dat (1) als er iets fout kan gaan, dat zeker zal gebeuren, dat (2) het beter is je emoties te onderdrukken, omdat controleverlies kan leiden tot schade aan anderen of schaamtegevoel, en (3) dat wat je ook doet, het nooit goed genoeg zal zijn."

3.2. Cognitieve Schema's, Problematisch Gedrag en Problematische Leefsituaties

Deze maladaptieve cognitieve schema's spelen een cruciale rol in het ontstaan van dysfunctionele relatiepatronen en problematisch gedrag omdat ze een invloed hebben op de beleving van mensen in reactie op stressoren. Meer specifiek beïnvloeden deze schema's hoe

mensen zich op dat moment *voelen*. Omdat op zulke momenten maladaptieve schema's doorgaans negatieve gevoelens uitlokken, en omdat het menselijk brein (en dan meer specifiek het limbische systeem) geprogrammeerd is om korte termijn oplossingen te vinden voor negatieve gevoelens (Carver, Johnson, & Joormann, 2008), ontstaan gedrags- en relatiepatronen die als doel hebben om aan negatieve emoties te *ontsnappen*. Deze gedrags- en relatiepatronen kunnen op korte termijn succesvol zijn en leiden tot opluchting. Hierdoor is de kans groot dat deze gedrags- en relatiepatronen op den duur een permanent karakter krijgen en blijvend aangewend worden om toekomstige negatieve emoties te *vermijden* (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). In essentie zou men kunnen zeggen dat het diagnostische protocol beoogt om de voorgeschiedenis en betekenis van dit ontsnappings- en vermijdingsgedrag te verhelderen, om op basis daarvan een aangepaste indicatiestelling te kunnen doen.

Aangezien het voorgestelde diagnostische protocol hierop voortbouwt, worden nu kort de wetenschappelijke inzichten besproken over emotie-regulatie, linken tussen cognitieve schema's en emotie-regulatie, en linken tussen emotie-regulatie en gedrag. Tenslotte zullen we de theoretische premissen van dit protocol illustreren vanuit twee praktijkrelevante voorbeelden: agressie-regulatie en gehechtheid-gerelateerde emotie-regulatie. Wat hierna volgt is een praktijkgerichte samenvatting van de bestaande kennis over deze processen. Het is belangrijk om als diagnosticus geregeld zich bij te scholen over deze inzichten. We leven op dit vlak in een boeiende tijd waarin vanuit verschillende onderzoeksdomeinen het besef toeneemt dat pedagogiek, psychologie, en biologie geen concurrerende visies op menselijk gedrag bieden, maar dat integratie van deze visies noodzakelijk is om in de praktijk tot begrip en optimale indicatiestelling te komen. De laatste tien jaar is er dan ook een enorme evolutie geweest in onze inzichten over de processen die hier spelen. Veel van deze inzichten zijn echter nog pril en zullen ongetwijfeld verder verfijnd worden in de komende decennia.

Dit onderdeel kan enkel op een theoretisch en abstract niveau samengevat worden. Om de praktijkrelevantie van de theorie te demonstreren, zal de onderstaande uitleg geïllustreerd worden aan de hand van een voorbeeld. Dit voorbeeld gaat over een jongere die gepest wordt door leeftijdsgenoten. We zullen illustreren hoe de emotie-regulatie theorie uitlegt op welke manier deze jongere op dit pestgedrag kan reageren, hoe de schema's een invloed hebben op de beleving van deze jongere tijdens dat pesten en hoe de schema's de reacties op dit pesten uiteindelijk zullen bepalen en hoe dit dan kan ontwikkelen tot een persistent gedragspatroon.

3.3. Emotie-regulatie theorie

Hoewel er verschillende theorieën bestaan over emotie-regulatie en emotie-regulatie strategieën, vertrekt het diagnostisch protocol vanuit de huidige consensus dat ten minste twee processen een invloed hebben op hoe individuen omgaan met emoties (Carver et al., 2008). Deze processen situeren zich op een automatisch niveau (gestuurd vanuit het limbisch systeem: o.m. amygdala en basale ganglia) en een executief niveau (gestuurd vanuit de prefrontale cortex). Indien een individu wordt blootgesteld aan emotioneel relevante stimuli (zowel positieve als negatieve stimuli), zal die in eerste instantie een automatische emotionele respons ervaren. Dit kan men best begrijpen als een automatische reactie die de vorm kan

aannemen van een toenaderings- of vermijdingsreflex (fight en flight, Cannon, 1929). Bijvoorbeeld, als de jongere uit het voorbeeld stress ervaart door een conflict met leeftijdsgenoten, dan kan die jongere de impuls voelen om ofwel agressief te reageren (toenadering) ofwel zich te laten doen (vermijding).

Echter, niet elke emotionele respons wordt effectief omgezet in gedrag. In tweede instantie zal er namelijk een bijsturing gebeuren op executief niveau. Meer specifiek kan het individu evalueren of korte-termijn impulsieve reacties een nuttig lange termijn effect hebben. Het uiteindelijke gedrag dat gesteld wordt in reactie op stressoren hangt af van deze lange termijn doelen en waarden en kan leiden tot het onderdrukken van de automatische emotionele respons en het stellen van ander gedrag dat een beter lange termijn effect heeft. Bijvoorbeeld zal de jongere die een conflict ervaart met leeftijdsgenoten de mogelijke automatische toenaderingsimpuls kunnen onderdrukken als hij het belangrijk vindt om niet in de problemen te komen door zijn agressief gedrag. De vermijdingsimpuls kan onderdrukt worden als hij het belangrijk vindt om zich niet ongelukkig te laten maken door de leeftijdsgenoten. In het licht van deze evaluatie zou de jongere kunnen beslissen hulp te zoeken bij volwassenen als betere oplossing.

3.4. Cognitieve Schema's en emotie-regulatie

Cognitieve schema's kunnen op deze emotie-regulatie processen twee invloeden hebben. Ten eerste kan de emotionele waarde van stimuli veranderd worden door de inhoud van het schema. Met andere woorden, schema's hebben een invloed op het automatisch emotie-regulatie proces. Maladaptieve schema's kunnen ervoor zorgen dat stimuli sneller ervaren worden als verwijzend naar de ervaren gefrustreerde noodbevrediging (Dreessen, Arntz, Hendriks, Keune, & van den Hout, 1999). De wetenschappelijke term voor dit fenomeen is *informatieverwerkingsbias* (Baert, Koster, & De Raedt, 2011). Dit betekent dat schema's een invloed hebben op welke informatie wordt herinnerd (geheugenbias), welke informatie in de huidige situatie wordt opgemerkt (aandachtsbias), en op welke wijze nieuwe informatie wordt geïnterpreteerd (interpretatiebias). Deze informatieverwerkingsbias heeft als gevolg dat hetzelfde gevoel dat ervaren werd tijdens het ontstaan van maladaptieve schema's (bijvoorbeeld verdriet, teleurstelling, angst, eenzaamheid) opnieuw beleefd wordt (bijvoorbeeld, "waarom moet het mij steeds overkomen dat..."). Belangrijk is dat deze informatieverwerkingsbias al optreedt meteen na de aanbidding van de informatie (bijvoorbeeld reeds op drie tiende van een seconde, Bosmans, Braet, Koster, & De Raedt, 2009). Dit is zo snel, dat mensen niet kunnen kiezen welke informatie ze op welke manier verwerken. Mensen hebben hierdoor het gevoel dat het hen allemaal overkomt. Er is toenemend consensus bij onderzoekers dat deze informatieverwerkingsbias een eigen, rechtstreekse invloed heeft op emoties en gedrag en verklaart waarom verschillende therapeutische interventies soms weinig effect hebben (Baert et al., 2011).

Laat ons dit illustreren aan de hand van het voorbeeld. Indien de jongere weinig verbondenheid heeft ervaren met zijn ouders wegens herhaaldelijke afwijzing, is de kans reëel dat hij het maladaptieve cognitieve schema *onverbondenheid/afwijzing* heeft ontwikkeld. Als gevolg daarvan is het op dit moment mogelijk dat deze jongere meer wantrouwen ervaart ten

aanzien van anderen. In dit voorbeeld is het dus ook niet ondenkbaar dat deze jongere sneller het gevoel zal hebben dat de leeftijdsgenoten hem aan het pesten zijn. Dit is dan niet het resultaat van een uitgebreid denk- en keuzeproces, maar rechtstreeks gestuurd door het cognitieve schema.

Ten tweede hebben schema's een rechtstreekse en onrechtstreekse invloed op het executief proces. Ten eerste is er een rechtstreekse invloed. Daar waar adaptieve schema's, toelaten om lange termijndoelen te stellen in functie van het bereiken of het herstel (na blootstelling aan stress) van noodbevrediging, zullen maladaptieve schema's de verwachting voeden dat noodbevrediging niet zal lukken en dat het beter is op lange termijn zich te wapenen tegen verdere frustratie (Young et al., 2003). Zo kan de jongere in het voorbeeld beslissen om de agressieve toenaderingsimpuls te volgen in reactie op het ervaren pestgedrag omdat hij denkt dat er toch niemand voor hem zal zorgen en hij beter voor zichzelf kan opkomen ongeacht de lange termijn kost (bijvoorbeeld vanuit het schemadomein verzwakte grenzen) of juist zich zal laten doen (vermijdingsimpuls) omdat hij denkt dat hij toch onmachtig is om iets aan de situatie te doen (bijvoorbeeld vanuit het schemadomein verzwakte autonomie). Dit in tegenstelling tot de jongere die veel verbondenheid heeft ervaren en die vertrouwt dat hij hulp van derden in kan roepen als meer adaptieve reactie op het pestgedrag.

Ten tweede is er een onrechtstreekse invloed. De capaciteit om de automatische emotionele responsen te controleren hangt namelijk af van de ervaren zorg van de ouder (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Jongeren met maladaptieve schema's hebben, ongeacht de inhoud van hun maladaptieve schema's minder capaciteit of energie om hun automatische emotionele responsen te onderdrukken. Opnieuw leidt dit tot een sterker impulsief reageren. Dus in bovenstaand voorbeeld, zal de jongere sneller maladaptieve toenaderings- of vermijdingsresponsen vertonen doordat ze minder in staat zijn om deze impulsen te onderdrukken. Beide rechtstreekse en onrechtstreekse invloeden versterken elkaar en vertalen zich dan in wat door de verwijzers en vaak ook de ouders ervaren wordt als dysfunctioneel gedrag.

3.5. Emotie-regulatie en gedrag

Indien deze gedragsmatige reacties onmiddellijk negatieve emoties doen verdwijnen, heeft dit een invloed op toekomstig gedrag. Het verdwijnen van negatieve emoties is namelijk een belangrijke bekrachtiger van gedrag. Dit is een belangrijke leerervaring. Als gevolg van die leerervaring zal de gedragsmatige reactie op den duur niet meer alleen gebruikt worden om te ontsnappen aan negatieve emoties, maar zal dat gedrag ook dienen om te vermijden dat dit soort emoties nog ervaren worden. Men spreekt in dit geval van operante conditionering of een operante leergeschiedenis (Hermans et al., 2007). Dit operant leren geldt zowel voor adaptief gedrag als voor dysfunctioneel gedrag.

In het voorbeeld is het mogelijk dat de jongere die onverbondenheid en afwijzingsschema's heeft, zich ongelukkig voelt wanneer hij het gevoel heeft dat zijn leeftijdsgenoten hem pesten. Als hij beslist om de agressieve impuls te volgen en als dit gedrag bekrachtigd wordt door het stoppen van het pestgedrag, het stoppen van het

ongelukkig gevoel, en als dit gedrag misschien zelfs gevolgd wordt door het positieve gevoel dat hij zich machtig en sterk voelt, is de kans groter dat hij de volgende keer opnieuw agressief zal reageren op het vermeende pestgedrag.

4. Conclusie

Samengevat hebben we geschetst dat als noden gefrustreerd worden door de interactie tussen factoren die op verschillende domeinen op micro-, meso-, en macroniveau gesitueerd kunnen worden, mensen maladaptieve cognitieve schema's kunnen ontwikkelen. Deze cognitieve schema's kunnen zowel ontwikkelen bij kinderen als bij ouders (als bij andere zorgfiguren zoals bijvoorbeeld leerkrachten of hulpverleners) en bepalen welk problematisch gedrag mensen stellen in reactie op huidige stressoren (opnieuw te situeren op verschillende domeinen op micro-, meso-, en macroniveau). Als dit gedrag bekrachtigd wordt door een afname van negatieve emoties en een toename van positieve emoties, ontstaan persistente gedragspatronen. In de interactie tussen verschillende leden van het gezin zullen deze gedragspatronen uiteindelijk het ontstaan en het bestendigen van een problematische leefsituatie in de hand werken.

Indien gezinnen in de hulpverlening terecht komen, zal een optimale indicatiestelling afhangen van de mate waarin de diagnosticus er in slaagt om deze complexe dynamieken te begrijpen. Op basis van de informatie uit de intake, zal de diagnosticus hypothesen kunnen ontwikkelen over welke mogelijke dynamieken een rol spelen bij de huidige leefsituatie. Deze hypothesen zullen op onderkenningsniveau gaan over de mogelijke betekenissen van het problematisch gedrag. Deze hypothesen zullen bijvoorbeeld gaan over welke schema's de betrokkenen hebben, op welke domeinen er moeilijke ervaringen geweest zijn, op welke domeinen er momenteel stressoren kunnen geïdentificeerd worden, of over welk gedrag er wordt gesteld. Op verklaringsniveau zullen deze hypothesen gaan over de manier waarop de verschillende zaken die op onderkenningsniveau worden onderscheiden een rol hebben gespeeld in het ontstaan van dysfunctioneel gedrag en problematische leefsituaties en over de manier waarop het dysfunctioneel gedrag bekrachtigd wordt, om van daaruit problematische leefsituaties te begrijpen.

Deze logica kan gevolgd worden bij alle cliënten, ongeacht het probleem waarvoor hulpverlening gezocht wordt. In toenemende mate worden nieuwe behandelmodellen ontwikkeld vanuit deze logica. Zo zal in de behandeling van agressie, Life Space Crisis Interventions (LSCI, Long, Wood, & Fecser, 2003) vertrekken vanuit het idee dat de stressvolle gebeurtenissen die aanleiding geven tot agressieve reacties het gevolg zijn van het feit dat deze gebeurtenissen schema's activeren die tijdens de levensloop van de jongere ontwikkeld zijn, waardoor er negatieve gevoelens uitgelokt worden die op hun beurt het agressieve gedrag uitlokken. Een vergelijkbaar theoretisch model speelt bij de behandeling van depressie door Attachment Based Family Therapy (ABFT, Diamond et al., 2010). Door breuken in het vertrouwen in de gehechtheidsfiguur (onveilige gehechtheid of verwachting dat de gehechtheidsfiguur geen zorg en steun zal bieden) zal de jongere in reactie op huidige stressoren besluiten om niet meer de steun en zorg van ouders op te zoeken om te voorkomen dat ze bovenop de stress opnieuw teleurstelling in de ouders of afwijzing door de ouders

ervaren. Hierdoor raakt de huidige stress onvoldoende gereguleerd en stijgt de kans op depressie. Onderzoek toont aan dat deze gehechtheidsgerelateerde verwachtingen gelinkt zijn aan psychopathologie juist omwille van het onderliggende schema onverbondenheid/afwijzing (Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010), wat dus opnieuw suggereert dat het theoretische model van dit protocol aansluit bij gekende relationele dynamieken die tot depressie leiden bij jongeren.

Bovendien kan het praktijkrelevante belang van een goede diagnostiek van de maladaptieve schema's voor een adequate indicatiestelling vanuit deze behandelmodellen geïllustreerd worden. LSCI voorziet namelijk verschillende soorten interventies afhankelijk van de inhoud van de maladaptieve schema's van agressieve jongeren en voor ABFT is gebrek aan vertrouwen in ouderlijke zorg een belangrijk inclusiecriteria.

5. De HGD als een motivationeel proces

Inzichten in de rol van cognitieve schema's, emotie-regulatie, leergeschiedenis en bekrachtiging in ontstaan van dysfunctioneel gedrag en problematische leefsituaties zijn niet enkel van belang om in te schatten welke interventie noodzakelijk is, maar deze inzichten zijn ook van belang om de motivatie tot gedragsverandering bij alle betrokkenen te stimuleren. Het dysfunctioneel gedrag dat door alle betrokkenen gesteld wordt, is het resultaat van een lange en pijnlijke leergeschiedenis. De vraag vanuit de hulpverlening om dit gedrag te veranderen, gaat dan ook voorbij aan het feit dat niemand zin heeft om zich opnieuw bloot te stellen aan pijn, verdriet, angst, of teleurstelling. Het kunnen erkennen dat dit ogenschijnlijk dysfunctioneel gedrag niet getuigt van het slechte karakter van de jongere en de gezinscontext maar dat dit gedrag het resultaat is van ieders waardevolle zoektocht om met negatieve leerervaringen om te gaan is een belangrijk beginpunt van behandeling. Het is namelijk vanuit deze erkenning dat de diagnosticus ruimte kan creëren om nieuwe perspectieven te exploreren. Het is slechts op deze manier dat de diagnosticus een kans maakt om een aansluiting te vinden bij de interne motivatie tot gedragsverandering bij de jongere en de ouders.

Soms hebben de jongere en de ouders reeds zelf de wens om een verandering aan te brengen in deze gedrags- en relatiepatronen vanuit het aanvoelen dat men niet meer verder kan op de ingeslagen weg. In andere gevallen is dit besef of deze wens nog niet aanwezig en wordt de nood aan verandering eerder van buiten af opgelegd door andere leden van het gezin of door hulpverleners. Dit betekent dat de cliënten die zich aanmelden of aangemeld worden zich in verschillende stadia van een motivatie tot verandering bevinden. In de handelingsgerichte diagnostiek sluit men aan bij de aanwezige motivatie en tracht men tijdens het diagnostisch proces deze motivatie te ondersteunen of op te wekken. In deze zin stellen we dat de HGD een motivationeel proces is.

We spreken van een motivationeel **proces** waarmee we willen uitdrukken dat de motivatie tot een verandering van het gedrags- en relatiepatroon een dynamisch gegeven is. In dit proces spelen volgende elementen mee: de mate waarin de jongere en de context bewust zijn van de nood aan een verandering in het gedrags- en relatiepatroon, de mate waarin de

jongere en de context aanvoelen dat zij een verandering “kunnen” te weeg brengen, de bereidheid om deze stappen effectief te zetten en bestaande evenwichten te doorbreken, de bereidheid om zich in deze stappen te laten ondersteunen door hulpverleners waarin zij vertrouwen stellen. Het motivationeel proces is ook geen rechtlijnig proces. We kunnen spreken van motivationele fasen die doorlopen worden in een circulair proces.

Illustratief verwijzen wij naar het model van Prochaska en Diclemente (1983) over de **cirkel van gedragsverandering**. Prochaska en Diclemente onderscheiden 6 fasen van motivatie: (1) Voorbeschouwing, (2) Overpeinzing, (3), Beslissing, (4) Actief veranderen, (5) Bevestiging, en (6) Terugval. Elke fase weerspiegelt een verschillende houding van de kinderen/jongeren en/of ouders ten opzichte van gedragsverandering en vereist dus ook een verschillende strategie van de hulpverlener om hen te motiveren tot gedragsverandering. Het is dan ook voor de hulpverlener belangrijk om zicht te krijgen in welke fase de hulpvrager zich bevindt, vooraleer behandeladviezen te geven om de kans te maximaliseren dat het advies een invloed zou hebben op het gedrag van mensen.

Gedurende de Voorbeschouwingsfase heeft de hulpvrager nog niet nagedacht over de mogelijkheid het eigen gedrag te veranderen. Indien mensen in deze fase in de hulpverlening terecht komen, is dit vaak omdat van buitenaf druk gelegd is om deze stap te zetten. In de beleving van de hulpvrager hebben de anderen dan ook een probleem en hij/zij zelf niet. De enige reden om te komen, is om te ontsnappen aan de druk die anderen uitoefenen. In dit stadium is het van belang om aandacht te vragen voor de mogelijkheid tot verandering, door heel objectief en feitelijk mogelijke veranderingen te bespreken. In deze fase kan de hulpverlener hoogstens verwachten dat de hulpvrager zich bewust wordt van het bestaan van alternatieven.

Gedurende de Overpeinzingsfase denkt de hulpvrager na over deze alternatieven, maar aarzelt nog en weegt voor- en nadelen af. Belangrijk is om samen met de hulpvrager de voor- en nadelen te bespreken/onderzoeken. De hulpverlener moet wel alert zijn dat hij over de voor- en nadelen op een open manier nadenkt. Een te eenzijdig pleidooi voor gedragsverandering zal de kans dat de hulpvrager echt kiest voor een alternatief gedragspatroon hypothekeren. Of iemand iets als een voor- of nadeel beschouwt, hangt af van zijn eigen kijk op de zaak.

Gedurende de Beslissings/voorbereidingsfase besluit de hulpvrager of deze het geadviseerde gedrag gaat proberen of niet. De hulpverlener inviteert de hulpvrager om een nieuwe leerervaring op te doen. Dit gebeurt sneller als duidelijk is dat een keer proberen nog niet wil zeggen dat men er voor goed aan vast zit. Gedurende de Actiefase beslist de hulpvrager om het nieuwe gedrag verder te zetten, na het nieuwe gedrag geprobeerd te hebben en gemerkt te hebben dat dit gedrag een meer gewenst resultaat oplevert. De kans op terugval is nog aanwezig, dus het is belangrijk dat de hulpverlener regelmatig nagaat of alles nog steeds naar wens verloopt.

Gedurende de Bestendigingsfase wordt de gedragsverandering bereikt en bestaat de uitdaging voor de hulpvrager erin om het nieuwe gedrag te blijven volhouden. Terwijl in de vorige fasen de omgeving nog vaak bekrachtigend reageerde uit bewondering voor de competentie en het doorzettingsvermogen van de hulpvrager, raakt de omgeving meer en meer gewoon aan het nieuwe gedrag. De uitdaging in deze fase bestaat erin dat de hulpvrager zichzelf kan motiveren om het gedrag vol te houden. Indien dit lukt kan men spreken van een

succesvolle gedragsverandering. Anderzijds is het ook mogelijk dat er een terugval optreedt. Men spreekt dan van de Terugvalfase omdat men terugvalt in het oorspronkelijke gedrag. Het is belangrijk om in dit geval de hulpvrager bewust te maken dat een terugval altijd mogelijk is. Samen met de hulpvrager moet de hulpverlener kijken welke knelpunten er zouden kunnen zijn waardoor de terugval mogelijk werd. Samen kunnen ze dan kijken of die knelpunten opgelost kunnen worden. Dit impliceert vaak het opnieuw doorlopen van de verschillende fasen van de cirkel van gedragsverandering.

6. *Het Multi-Disciplinair Overleg*

Meermaals bij de introductie van het protocol hebben we benadrukt dat de kwaliteit van diagnostiek bevorderd wordt door te werken in een multi-disciplinair teamverband. Gezien de hierboven geschetste complexiteit van factoren die een rol spelen bij het ontstaan van dysfunctioneel gedrag en problematische leefsituaties, is het belangrijk om expertise in te zetten die toelaat op al die factoren een zo accuraat mogelijk zicht te krijgen. Bovendien is bij de aanvang van de voorstelling van het protocol reeds omstandig geargumenteed dat diagnostische teams een buffer kunnen vormen tegen de oordeelsfouten waar een individuele diagnosticus kwetsbaar voor is.

Desalniettemin dienen we ons ook bewust te zijn van het risico dat multi-disciplinaire teams ook een negatieve impact kunnen hebben op de besluitvorming omwille van de sociale processen die inherent interfereren. Het is niet mogelijk om de verschillende risico's exhaustief en omstandig te beschrijven binnen de contouren van voorliggend protocol, maar graag willen we kort enkele voorbeelden van valkuilen geven om het probleem te illustreren. Voor een meer uitgebreide versie van deze valkuilen verwijzen we graag terug naar Meehl (1973).

Vaak treden deze valkuilen op wanneer in een team over verschillende diagnostische conclusies gediscussieerd wordt. Eindbeslissingen worden dan vaak niet genomen omwille van diagnostische logica, maar omwille van sociale processen. (1) *vrienden-effect*: In sommige teams kan het zijn dat één conclusie meer gewicht krijgt omdat de voorstander van die conclusie veel vrienden in het team heeft en daardoor meer steun krijgt. Deze steun geeft dan de valse indruk alsof deze conclusie meer valide is. (2) *alle bewijs is evenveel waard*: In andere teams, is men soms ongerust mensen te kwetsen door ingebrachte informatie niet voldoende aandacht te geven. Hierdoor krijgt alle informatie, ongeacht de objectieve waarde van die informatie, evenveel aandacht en gewicht. Het gevaar ontstaat dan dat aan de irrelevante informatie teveel gewicht wordt gegeven waardoor de besluitvorming ten onrechte beïnvloed wordt. (3) *alles belonen*: In dezelfde lijn worstelen teams soms met het feit dat de inbreng van sommige mensen niet steeds relevant is voor de discussie die gaande is. Hierop wordt vaak te weinig gereageerd vanuit het idee dat iedereen gelijk zou kunnen hebben (of minstens dat je niet kan zeggen dat iemand verkeerd is). Het gevolg kan dan bijvoorbeeld zijn dat het team zeer onduidelijk wordt in de besluitvorming om niemand voor het hoofd te stoten. (4) *fouten in diagnostische logica*: Enkele voorbeelden van logica fouten die in teamvergaderingen makkelijk gemaakt worden en waar te vaak overheen gekeken wordt. (a) inclusie en exclusie testen niet kunnen onderscheiden. Een gebrek aan vrienden hebben kan

een inclusie test voor Autisme Spectrum Stoornis (ASS) zijn omdat door gebrekkige sociale vaardigheden jongeren met ASS moeilijkheden ondervinden om vriendschappen op te bouwen. Toch is het geen exclusie test omdat er ook jongeren met ASS zijn die goede vriendschapsrelaties hebben. (b) denken dat gedrag afwijkend is omdat het niet overeenkomt met het eigen gedragspatroon (ik zou dat nooit doen), (c) denken dat gedrag *niet* afwijkend is omdat het wel overeenkomt met het eigen gedragspatroon (ik doe dat ook, dus dat kan niet een probleem zijn). (d) denken dat gedrag niet afwijkend is omdat er mensen in de eigen omgeving zijn die dat gedrag ook stellen. De laatste drie logica-fouten hebben weer te maken met informatieverwerkingsbias bij de diagnosticus, maar kunnen desalniettemin in teamverband ernstige gevolgen hebben als niemand hier alert voor is.

Jammer genoeg lijken er geen kant-en-klare oplossingen te bestaan voor deze valkuilen. Het algemeen advies is om mensen die een diagnostische taak hebben in een team goed op te leiden in logisch diagnostisch redeneren en in psychometrie (Meehl, 1973). Los daarvan lijkt het ook belangrijk om binnen teams te werken aan een voldoende veilige sfeer waarin de bovenstaande en andere ongunstige invloeden op het multi-disciplinair diagnostisch besluitvormingsproces openlijk bespreekbaar kunnen gemaakt worden.

Deel II: Invulling van de diagnostische fasen in de handelingsgerichte diagnostiek van de OOOOC

In het eerste deel van het protocol hebben we het formele en inhoudelijke kader geschetst van waaruit het protocol is opgebouwd. In het tweede deel geven we aan hoe dit formele en inhoudelijke kader in de praktijk ingevuld wordt in de diagnostische fasen van de handelingsgerichte diagnostiek in de OOOOC.

De basistermijn die voorzien is voor het doorlopen van het handelingsgericht diagnostisch proces in een OOOOC bedraagt 60 dagen. Deze basistermijn kan éénmaal verlengd worden tot een maximum termijn van 120 dagen

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de invulling in de praktijk van de onderscheiden diagnostische fasen.

1. De intakefase

De intakefase start met de telefonische aanmeldingsinformatie op basis waarvan een kennismakingsgesprek en/of intakegesprek wordt vastgelegd met de jongere, de ouders en de aanmelder. Het doel van de intakefase is tweeledig. Enerzijds wordt de intakefase gezien als de opstart van de samenwerkingsrelatie van het interdisciplinaire team met de jongere, zijn context, de aanmelder en/of verwijzer. Anderzijds wordt er op een systematische wijze informatie verzameld betreffende de hulpvraag en de aanmeldingsproblematiek bij alle betrokkenen.

Ten eerste wordt binnen de OOOOC de handelingsgerichte diagnostische begeleiding gezien als meer dan een louter informatief proces. Tijdens de intakefase wordt namelijk van bij aanvang het diagnostisch proces voorgesteld als het opbouwen van een samenwerkingsrelatie tussen het multidisciplinaire team, de jongere, zijn context, de aanmelder en/of verwijzer. Concreet houdt dit in dat in het begin van de intakefase (1) het interdisciplinaire team en de werking kort worden voorgesteld. Bovendien wordt de positie en de rol van de aanmelder en/of verwijzer van bij aanvang duidelijk gedefinieerd. (2) Er wordt gegarandeerd dat alle betrokkenen een inbreng zullen hebben, dat er concrete en duidelijke begeleidingsafspraken zullen zijn. Door duidelijke informatie te verschaffen bij de intake tracht de diagnosticus een basis aan vertrouwen te installeren. (3) Hierbij wordt er erkenning gegeven aan de impact van het gegeven dat hulp zoeken nodig was of soms extern werd opgelegd. Er wordt in het bijzonder erkenning gegeven aan eventuele gevoelens van weerstand tegen het vragen of aanvaarden van hulp. (4) Tenslotte wordt duidelijk gemaakt dat het diagnostisch onderzoek zich niet alleen richt op wat fout gaat maar eerder vertrekt vanuit de mogelijkheden die bij de jongere en de context aanwezig zijn en (5) wordt het diagnostisch proces voorgesteld als een participatief proces. Hierbij wordt benadrukt dat het OOOOC beroep doet op het opnemen van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het diagnostisch proces. Nadat de krijtlijnen voor de diagnostische begeleiding in het OOOOC zijn duidelijk gemaakt, wordt er (6) toestemming gevraagd om eventuele informatie op te vragen uit

voorgaande hulpverlening en van de school en andere betrokkenen en (7) worden er regelingen getroffen om zo veel mogelijk aspecten van het dagelijkse leven te laten doorlopen, te ondersteunen of te herstellen tijdens het diagnostisch proces.

Ten tweede wordt de intake fase gebruikt om de informatie te verzamelen die nodig is om het diagnostisch proces op te starten. Box 1 geeft een overzicht van de informatie die op systematische wijze wordt nagegaan om de hulpvraag en aanmeldingsproblematiek goed in kaart te brengen.

BOX 1:

- Hoe is de aanmelding tot stand gekomen en hoe beleven de betrokkenen deze aanmelding? In het bijzonder wordt hierbij gepolst of de motivatie tot de start van de begeleiding gebaseerd is op een interne of externe motivatie.
- Welke verwachtingen en vragen hebben alle betrokkenen t.a.v. het multidisciplinaire team en t.a.v. het diagnostisch proces
Concreet komen bij alle betrokkenen volgende vragen in verband met de problematische leefsituatie aan bod:
“Wat denk jij dat er aan de hand is?”
“Hoe is het volgens jou zo ver gekomen?”
“Wat vind jij dat er kan gedaan worden of wat heb je zelf reeds ondernomen om de leefsituatie te verbeteren?”
- Welke problemen geven alle betrokkenen aan en hoe omschrijven zij deze problemen? Hierbij wordt bevraagd:
 - of er één of meerdere problemen worden aangegeven en welke van deze problemen als het meest belastend worden beleefd
 - wanneer deze problemen zich voor de eerste maal hebben gemanifesteerd en hoe lang ze zich al voordoen
 - hoe frequent deze problemen zich voordoen
 - hoe ernstig zij het gewone leven belemmeren en met welke intensiteit zij zich aandienen
- Hoe beleven alle betrokkenen de aangegeven problemen en welke gevoelsmatige impact hebben deze op hun persoon en op de gezinscontext? Hierbij wordt nagegaan in hoeverre zij ervaren dat hun fundamentele noden (aan competentie, verbondenheid en autonomie) vervuld of gefrustreerd worden.
- Welke betekenis kennen alle betrokkenen toe aan de problemen? Hoe denken zij dat deze zijn ontstaan?
- Welke positieve elementen kunnen betrokkenen herkennen bij zichzelf en in de context. Wat loopt goed? Wat biedt houvast? Waarop kan men terugvallen als de leefsituatie te gespannen wordt?
- Welke pogingen tot verandering van de situatie werden reeds ondernomen? Welke oplossingen werden uitgeprobeerd? Wat zouden de betrokkenen zeker niet meer willen en waarom? Welke hulp heeft men hierbij reeds gezocht en welk waren de effecten hiervan op de problematische leefsituatie?
- Hoe veilig schatten alle betrokkenen de huidige probleemsituatie in en welke onmiddellijke hulp achten zij nodig om een basisveiligheid te installeren?

2. De Strategiefase

In de intakefase werd een veelheid aan informatie bekomen op verschillende wijzen (aanmeldingsverslag, interviews, huisbezoeken, leefgroepgesprekken, gedragsobservaties) en via verschillende bronnen (betrokken cliëntsysteem, medewerkers en disciplines hetzij intern, hetzij extern). In de strategiefase gebeurt een eerste interdisciplinaire verwerking van deze informatie. De interdisciplinaire verwerking van deze informatie gebeurt in de eerste plaats door het (1) *delen van de beschikbare informatie* uit de intakefase met de verschillende disciplines. In de tweede plaats gebeurt dit door het (2) *aanbrengen van een ordening in de beschikbare informatie* volgens de uitgangspunten van de handelingsgerichte diagnostiek die in Deel I van het protocol werden beschreven. Met andere woorden, het diagnostische team bekijkt de aanwezigheid van beschikbare informatie over maladaptieve cognitieve schema's, de ervaringen van noodfrustratie vanuit de interactie met zorgfiguren op verschillende domeinen op micro-, meso-, en macroniveau, hoe deze maladaptieve cognitieve schema's aanleiding hebben gegeven tot dysfunctioneel gedrag op individueel niveau, en relationele problemen die aanleiding hebben gegeven tot de problematische leefsituatie. Vervolgens gaat het interdisciplinaire team na in hoeverre de beschikbare informatie toelaat om een antwoord te geven op de handelingsgerichte hulpvragen. Indien dit laatste niet het geval is, worden in het interdisciplinaire samenwerkingsverband (3) *hypothesen geformuleerd die in het verdere proces zullen getoetst worden*. We zullen nu bij elk deelaspect van de strategiefase uitgebreider stil staan

2.1. Het Delen van de Beschikbare Informatie

De beschikbare informatie uit de intakefase wordt dus in eerste instantie interdisciplinair gedeeld en samen gelegd met het oog op het opstellen van een handelingsgericht advies en een voorstel tot handlingsplan. Het multi-disciplinaire team bestaat intern minstens uit de individuele psychologische begeleiding door de psycholoog/pedagoog, de contextbegeleiding door de maatschappelijk assistent en de pedagogische begeleiding in de leefgroep. De medische en medisch/psychiatrische discipline zijn soms ook intern aanwezig of kunnen betrokken worden via een samenwerkingsverband. Informatie over onderwijs en schools functioneren wordt voorzien via een samenwerking met de betrokken school en CLB en eventueel aangevuld via een interne schoolse begeleiding. Tenslotte kunnen externe disciplines bijkomend ingeschakeld worden naargelang het diagnostisch proces dit vergt (drughulpverlening, revalidatiecentra, therapeuten).

2.2. Het Ordenen van de Beschikbare Informatie

De ordening van de beschikbare informatie vanuit de intake fase is de tweede stap in de strategiefase. Bij het ordenen van de informatie wordt uitgegaan van de handelingsgerichte diagnostische vragen "Wat is er aan de hand?" "Waarom is dit aan de hand?" "Wat kan er gedaan worden om de problematische leefsituatie te verbeteren?"

“Wat is er aan de hand?” is de onderkende vraag die neerkomt op een goede omschrijving van de problemen die zich voordoen. Het multidisciplinaire team kijkt of de beschikbare informatie toelaat om een zicht te krijgen op de verschillende onderdelen van het Universele Nodenmodel, het Ecologisch Model (met oog voor de verschillende domeinen op micro-, meso-, en macro-niveau), en het Cognitieve Schema-Model die we in Deel I B hebben omschreven zowel op het individuele vlak als het vlak van de context. Daarbij gaat het team na in hoeverre er een overeenkomst is tussen de probleemomschrijvingen van de verschillende betrokkenen. Het team gaat eveneens na welke factoren als beschermend beschouwd kunnen worden en een houvast bieden om stand te houden in de problematische leefsituatie of hierin verandering te brengen (balans tussen protectieve en beperkende factoren).

“Waarom is dit aan de hand?” is de verklarende vraag waarmee het interdisciplinaire team de huidige problemen die zich voordoen in een ontwikkelingsperspectief plaatst vanuit het gegeven dat problematische leefsituaties (meestal) multifactorieel bepaald en gegroeid zijn. Verwijzend naar het inhoudelijke kader dat in Deel II werd beschreven, stelt het multidisciplinaire team zich de vraag op welke manier de verschillende aspecten die op onderkenningsniveau weerhouden worden op elkaar inspelen ter verklaring van het dysfunctioneel gedrag en de problematische leefsituatie. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar hoe deze dynamieken de huidige problemen veroorzaken, maar ook naar hoe ze de huidige problemen momenteel versterken of in stand houden. Het team stelt zich de vraag of de beschikbare informatie een voldoende zicht geeft op het samenspel van factoren die van invloed zijn in de aangemelde problematische leefsituatie.

“Wat kan er gedaan worden om de problematische leefsituatie te verbeteren?” is een indicerende vraag. Het multidisciplinaire team bekijkt op basis van de informatie uit de intakefase welke probleemoplossende mogelijkheden er door de betrokkenen worden aangehaald en welke vorm en intensiteit van ondersteuning zij vragen om deze mogelijkheden in de praktijk om te zetten. In het bijzonder schat het multidisciplinaire team de motivatie van de betrokkenen in om concrete stappen te zetten naar een probleemoplossing.

2.3. Het Formuleren van Handelingsgerichte Hypothesen

We hebben gesteld dat de strategiefase start met het delen van de informatie uit de intakefase door de verschillende disciplines aan elkaar. Vervolgens is er in het interdisciplinaire overleg een ordening aangebracht in deze informatie. Dit verwerkingsproces leidt tot de beslissing van het multidisciplinaire diagnostische team welke diagnostische vragen kunnen beantwoord worden op basis van de beschikbare informatie uit de intakefase en welke vragen een verder onderzoek vereisen. De onderkende, verklarende en indicerende vragen die weerhouden worden voor verder onderzoek worden door het team duidelijk omschreven.

Om de diagnostische vragen die voor verder onderzoek weerhouden worden te beantwoorden, worden in het interdisciplinair overleg verschillende hypothesen geformuleerd. Overeenkomstig de weerhouden diagnostische vragen worden dus onderkende, verklarende en indicerende hypothesen geformuleerd. Onderkende hypothesen hebben als

doel om tot een betere en nauwkeurige omschrijving te komen van de problemen die zich voordoen. Verklarende hypothesen richten zich op het complexe samenspel van factoren die de huidige problemen beïnvloeden en begrijpelijk maken. Indicerende hypothesen zijn veronderstellingen betreffende handelingsgerichte acties die kunnen ondernomen worden om de problematische leefsituatie positief te beïnvloeden.

Bij het formuleren van de hypothesen waakt het multidisciplinaire team er over dat de hypothesen gesteund zijn op wetenschappelijk verantwoorde theorieën. Hier verwijzen wij naar het formele en inhoudelijke kader dat in Deel I werd omschreven en als uitgangspunt dient in de HGD van de OIOC. Het multidisciplinaire team waakt er ook over dat de hypothesen in een toetsbare vorm worden geformuleerd en dat ze relevant zijn om de gestelde handelingsgerichte hulpvragen te beantwoorden. Bij de afronding van de strategiefase beschikt het multidisciplinaire team over een samenhangend geheel van toetsbare hypothesen. Deze hypothesen worden vervolgens geformuleerd in onderzoeksvragen die in de onderzoeksfase worden geoperationaliseerd.

Het multidisciplinaire team heeft in de strategiefase beslist welke diagnostische vragen weerhouden worden in het verder onderzoek en hoe deze zullen getoetst en beantwoord worden. De manier van toetsen wordt tenslotte geconcretiseerd en geoperationaliseerd in diagnostische acties. Meer specifiek wordt in het team bepaald welke diagnostische acties uitgevoerd moeten worden, welke disciplines ingeschakeld moeten worden om deze diagnostische acties uit te voeren, en of er eventueel externe disciplines bijkomend moeten betrokken worden. Daarnaast wordt door het team een inschatting gemaakt of de toetsing best op een mobiel/ambulante, semi-residentiële of residentiële wijze wordt uitgevoerd

3. De onderzoeksfase

Op basis van een proces van een interdisciplinaire hypothesevorming werden in de strategiefase een aantal relevante onderzoeksvragen weerhouden voor het verdere diagnostische traject. In de onderzoeksfase worden deze onderzoeksvragen geoperationaliseerd en wordt het concrete diagnostische traject uitgetekend. Het multidisciplinaire team maakt hierbij de keuze om de hypothesen te toetsen met behulp van verschillende onderzoeksstrategieën, gebruik makend van zowel kwantitatieve als kwalitatieve diagnostische methoden (multi-method) en zich opnieuw baserend op informatie van de verschillende betrokkenen (multi-informant). De bedoeling is om in de volgende fase van het HGD model na te gaan of deze informatie de gestelde hypothesen bevestigt of weerlegt. Hiervoor wordt er (1) getracht het diagnostisch onderzoek uit te voeren in een expliciet samenwerkingsverband met de jongere en de gezinscontext, (2) en wordt het geplande diagnostische onderzoek uitgevoerd.

3.1. Opbouw van een samenwerkingsverband

De jongere en de gezinscontext worden ook in deze fase uitgenodigd om actief te participeren aan het onderzoeksproces. We trachten dit te bereiken door hen te informeren

over elk aspect van de onderzoeksfase. Dit begint met het geven van informatie over de hypothesen die getoetst worden en de middelen die daarvoor gebruikt zullen worden. Deze middelen zullen verder uitgelegd worden zodat alle betrokkenen weten wat gemeten wordt en op welke manier dit zal gebeuren. Verder zal er gewerkt worden aan motivatie door de aanwezige motivatie om actief te participeren aan het onderzoeksproces te ondersteunen; door erkenning te geven voor de inspanning die het vraagt om aan het onderzoek te participeren en zich te engageren in het onderzoeksproces; door de emotionele reacties naar aanleiding van concrete diagnostische acties en de eventuele impact van het onderzoek op de relatie tussen de jongere en zijn context op te vangen te begeleiden; door zo veel mogelijk elementen in het dagelijks leven die goed lopen te ondersteunen, te bevestigen en te behouden; en door stappen tot verandering, die door de jongere en zijn context gezet worden tijdens het onderzoeksproces, te ondersteunen en te bevestigen

3.2. Uitvoering van het geplande onderzoek

De hypothesetoetsing verloopt dus interdisciplinair en met verschillende strategieën waarbij diagnostische instrumenten gebruikt worden als ze een meerwaarde inhouden voor de handelingsgerichte onderzoeksvragen. Het multidisciplinair team baseert zich voor de keuze van de diagnostische instrumenten op de evoluerende wetenschappelijke inzichten en blijft alert voor signalen en indicatoren die er op kunnen wijzen dat de problemen die zich stellen de expertise van het eigen multidisciplinaire team overstijgen. In dit geval kiest het interdisciplinaire team voor het betrekken van externe disciplines die over deze expertise beschikken.

De HGD in de OOOO gebeurt aan de hand van een waaier aan onderzoeksmiddelen en onderzoeksmogelijkheden die zowel kunnen ingezet worden in een mobiele/ambulante, semi-residentiële en een residentiële diagnostische begeleiding. Tot de onderzoeksmiddelen behoren ruwweg kwalitatieve en kwantitatieve diagnostische methoden. De kwalitatieve diagnostische methoden verwijzen naar open of (semi) gestructureerde diagnostische interviews, anamnese-gesprekken, leefgroep-gesprekken, belevingsonderzoek, spelobservaties, gedragsobservaties in de leefgroep en in de context, en participerende observaties. De kwantitatieve methoden verwijzen naar gestandaardiseerde diagnostische instrumenten die zich richten op bepaalde ontwikkelingsfactoren die een rol spelen in de ontwikkeling van de gedrags- en gezinsproblemen zowel vanuit het oogpunt van de jongere als vanuit de context. Meer specifiek betreft het hier diagnostische tests, vragenlijsten, observatieschema's, screeningsinstrumenten, biologisch-organische onderzoeken.

Wij geven hierbij geen opsomming van mogelijke diagnostische instrumenten maar geven de richtlijnen weer die gevolgd worden bij de keuze van de specifieke instrumenten (BOX 2).

BOX 2: richtlijnen bij de keuze van diagnostische instrumenten

-Het gebruik van het diagnostische instrument moet in relatie staan tot de toetsing van een bepaalde hypothese

- De keuze van het diagnostisch instrument moet gebaseerd worden op kennis over sensitiviteit en specificiteit van de instrumenten en moet daarom optimaal beargumenteerd kunnen worden vanuit evidencebased onderzoek. Indien geen evidencebased onderzoek bestaat naar instrumenten om onderzoekshypotheses te toetsen, moeten instrumenten gekozen worden volgens criteria van best practice. Het multidisciplinair team in de OOC engageert zich om zich continu bij te scholen over de beschikbare wetenschappelijke evidentie over instrumenten.

-De relevantie van het diagnostisch instrument tot de onderzoeksvraag wordt in het interdisciplinair overleg besproken en bewaakt

-Het gebruikte diagnostische instrument moet ook bruikbare gegevens kunnen opleveren tot concrete begeleidingsadviezen

-Het diagnostisch instrument moet geschikt zijn om het beoogde aspect te toetsen (effectiviteit/validiteit van het instrument)

-Het diagnostisch instrument is voldoende psychometrisch onderbouwd. In dit verband verwijzen we naar de COTAN (De Commissie Testaangelegenheden Nederland van het Nederlands Instituut voor Psychologen) die een beoordeling biedt van een groot aantal psychodiagnostische tests aan de hand van vooropgestelde criteria. Deze beoordelingen geven een aanwijzing voor de gebruikswaarde van de beoordeelde test.

- Er wordt steeds ook een zorgzwaarte instrument afgenomen

De diagnostiek zal echter niet louter bestaan uit descriptieve tests. Meer specifiek zullen (voornamelijk verklarings- en indicatiestellings-)hypothesen getoetst worden aan de hand van handelingsgerichte methoden waarbij concrete begeleidingsacties worden opgezet en opgevolgd naar hun effect op de problematische leefsituatie. Op deze manier wordt informatie verkregen omtrent de factoren die van invloed zijn in de probleemsituatie en de factoren die kunnen benut worden om de leefsituatie te verbeteren. We verwijzen hier naar pedagogische begeleidingsacties, therapeutische begeleidingsacties, inzichtbiedende begeleidingsacties, oplossingsgerichte of solution focused strategieën. In deze methoden wordt de interventie gehanteerd als een toets van de gestelde hypothese.

Het multidisciplinaire team werkt gecoördineerd samen tijdens de uitvoering van de diagnostische activiteiten en stemt voortdurend op elkaar af. De tussentijdse resultaten worden interdisciplinair samengelegd en besproken waarbij wordt nagegaan welke onderzoeksgegevens convergeren met de gestelde hypothesen of hier juist van afwijken. Indien blijkt dat de hypothesen niet kunnen bevestigd worden of leiden tot het stellen van bijkomende hypothesen, wordt een nieuwe (soms beknopte) strategiefase ingelast. De interdisciplinaire verwerking van de diagnostische informatie die ter beschikking komt, wordt ten volle uitgevoerd in de volgende fase, de integratie en indicatiestellingfase.

4. De integratie en indicatiestellingfase

In de onderzoeksfase zijn de diagnostische gegevens die werden bekomen in het hypothese toetsend proces continu verwerkt door het multidisciplinaire team, in nauwe communicatie met de jongere en zijn context. Naarmate de gegevens geïntegreerd worden, ontstaat er een beeld van waaruit de problematische leefsituatie kan begrepen worden en van waaruit concrete handelingsgerichte adviezen kunnen worden opgebouwd. Bij het trekken van conclusies over de verschillende hypothesen wordt er gekeken naar convergentie en divergentie in de onderzoeksgegevens met betrekking tot de gestelde hypothesen. Naarmate de verzamelde informatie over informanten en over onderzoeksmiddelen heen de hypothese bevestigt (convergentie), en niet kan geïnterpreteerd worden als ondersteuning van alternatieve hypothesen (divergentie), kunnen hypothesen bevestigd of ontkend worden. Er wordt dus afgewogen of de gegevens voldoende toelaten om de problemen accuraat te omschrijven en om te begrijpen wat er aan de hand is in de problematische leefsituatie. Vervolgens wordt nagegaan of vanuit de hypothesetoetsing voldoende verklaard kan worden welke factoren deze problematische leefsituatie hebben doen ontstaan en in stand houden.

Kunnen we voldoende aangeven waarom de probleemsituatie zo stresserend is dat de vervulling van de basisnoden (competentie, verbondenheid en autonomie) in het gedrang komt? Waarom de situatie zo geëvolueerd is? Wat de jongere en zijn context zelf hebben ondernomen om verandering te brengen in de situatie? Hebben we een voldoende zicht op de factoren die het tot stand komen van de problematische situatie mee hebben beïnvloed hetzij op een bevorderende (protectieve) wijze, hetzij op een belemmerende manier. Uiteindelijk zal dit multidisciplinaire verwerkingsproces leiden tot een integratief beeld betreffende de problematische leefsituatie van waaruit handelingsgerichte adviezen kunnen worden geformuleerd. Aan de indicatiestelling gaat dus het opmaken van een integratief beeld betreffende de problematische leefsituatie vooraf. De opmaak van dit beeld in het multidisciplinair overleg start vanuit de verschillende hypothesen die werden geformuleerd en werden weerhouden voor verder onderzoek en toetsing. Vervolgens worden de resultaten van deze toetsing multidisciplinair tot een samenhangend beeld verwerkt uitgaande de handelingsgerichte hulpvragen. Het resultaat van deze bespreking is een coherent, samenhangend verhaal waarin het unieke levensverhaal van de jongere en zijn context tot zijn recht komt en van waaruit een indicatiestelling naar verdere hulp mogelijk wordt.

De indicatiestelling wordt gebaseerd op dit integratief beeld. Het interdisciplinaire overleg stelt zich de vraag: “Welke begeleidingsdoelen kunnen worden geformuleerd? Hoe kunnen deze begeleidingsdoelstellingen geoperationaliseerd worden? Welk begeleidingstraject kan uitgetekend worden? “

Bij het operationaliseren van de begeleidingsdoelstellingen in een mogelijk (geïndiceerd) begeleidingstraject wordt aangegeven welke prioriteiten er best gelegd worden in de begeleidingsdoelstellingen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen korte en lange termijn doelstellingen. Verder wordt gekeken op welke domeinen (zowel bij de jongere als de context) er welke concrete begeleidingsacties kunnen worden voorgesteld en welke versterkende factoren in de jongere en de context aanwezig zijn en in de begeleiding kunnen worden aangesproken. Tegelijkertijd wordt gekeken bij welke stappen tot verandering in de

leefsituatie de jongeren en de context ondersteuning nodig hebben (welke ondersteuning, in welke vorm, met welke inhoud, met welke frequentie, duur, en intensiviteit en aanklappendheid) Tenslotte wordt ingeschat welke motivatie voor verandering de betrokkenen hebben. Er wordt gekeken naar de veranderbaarheid en begeleidbaarheid bij de jongere en bij het gezin en in welke fase van gedragsverandering de betrokkenen kunnen gesitueerd worden.

- Tenslotte wordt ingeschat vanuit de mogelijkheden van de betrokken of verder een mobiele/ambulante, semi-residentiële en residentiële vorm van de begeleiding (modus) nodig is. Hierbij is onder meer belangrijk welke veiligheidsgaranderende maatregelen nodig zijn. Mogelijkheden worden ingeschat voor flexibele overgangsmogelijkheid tussen deze modi. Er wordt gekeken welke elementen bepalend zijn in de noodzaak tot flexibel schakelen tussen de verschillende modi.

Het begeleidingstraject dat op deze wijze wordt opgesteld, vormt het voorstel tot indicatiestelling dat in de overdrachtsfase wordt besproken met de jongere, de context en de aanmelder/verwijzer.

5. De adviesfase en evaluatie

In de adviesfase wordt het voorstel tot indicatiestelling overgedragen aan de jongere, de context en de aanmelder/verwijzer: het adviesgesprek. In het adviesgesprek wordt vertrokken vanuit het integratief beeld dat zo bevattelijk mogelijk wordt geschetst. Hierbij wordt ruimte gelaten voor reacties, toevoegingen en aanvullingen door de betrokkenen. Hierna volgt een voorstelling van het geadviseerde begeleidingstraject gekoppeld aan de begeleidingsdoelstellingen die werden onderkend in het diagnostisch proces. In de wijze van overdracht van het advies of de aanbevelingen wordt rekening gehouden met de aanwezige motivatie bij de jongere en de context tot de gedragsveranderingen die het multidisciplinaire team nodig acht om de problematische leefsituatie te verbeteren. Het integratief beeld en het advies dat hierop is gebaseerd, wordt vastgelegd in een multidisciplinair verslag.

We kunnen volgende vormen of wijzen van overdracht onderscheiden naargelang de motivationele fase waarin de betrokkenen zich bevinden. Wanneer deze zich nog maar **weinig bewust** zijn van de noodzaak tot een verandering in het gedrags- en relatiepatroon in de leefsituatie dan komt de overdracht in deze situatie vooral neer op het informeren van de betrokkenen omtrent de resultaten van het onderzoek en de aanbevelingen van het multidisciplinaire team. Zij kunnen daarbij wel geresponsabiliseerd worden om zich mee te engageren in het verdere begeleidingsproces.

Wanneer de betrokkenen reeds **een inzicht** hebben in de problematiek, reeds zelf **eerste stappen** naar een oplossing hebben gezet en zich hierbij willen laten adviseren, dan kan de overdracht gebeuren via het aangeven van een aantal keuzemogelijkheden waarbij wordt nagegaan in welke keuzes zij zich het meest herkennen.

Wanneer de betrokkenen tijdens de diagnostische begeleiding zich al duidelijk hebben **geëngageerd** in veranderingsgerichte stappen dan kan de overdracht sterk bevestigend en ondersteunend zijn naar deze stappen. De klemtoon kan dan meer gelegd worden op de

continuering van deze stappen in de verdere begeleiding. Bij de overdracht worden afspraken gemaakt wie de verdere opvolging van de geadviseerde hulpverlening zal opnemen.

Na de afronding van het diagnostisch proces volgt een interdisciplinaire evaluatie van het doorlopen diagnostische proces met volgende aandachtspunten:

- Werden de verschillende fasen in het diagnostisch proces goed doorlopen?
- Hoe verliep het proces van hypothese formulering en hypothese toetsing?
- Zijn we er in geslaagd de jongere en de context maximaal te laten participeren in het diagnostisch proces?
- Hebben we effectief een (voorstel van) hulpverleningstraject kunnen formuleren?
- Zijn er evaluatieve bemerkingen geformuleerd door de jongere, de context en de aanmelder/verwijzer?
- Is het verslag een goede weergave van het integratief beeld en het advies?

Conclusie

Dit protocol dient dus om het wetenschappelijk karakter van onze multidisciplinaire diagnostiek te waarborgen. We waarborgen de kwaliteit van de diagnostiek door het doorlopen van een gesystematiseerd proces, door het formuleren van hypothesen op basis van een duidelijk en afgebakend theoretisch kader, door het uitvoeren van een wetenschappelijk goed onderbouwd diagnostisch onderzoek, en door het integreren van deze gegevens tot een uitvoerbaar handelingsplan op maat van het individu en de gezinscontext.

Not everything that counts can be counted,
and not everything that can be counted counts.

(Albert Einstein)

Bronnen

Baert, S., Koster, E.H.W., & De Raedt, R. (2011). Modification of information-processing biases in emotional disorders: Clinically relevant developments in experimental psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 208-222.

Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 2, 411-24.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497- 529.

Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561–571.

Bosmans, G. (2011). Achter de indicatiestelling. Een theoretisch model als leidraad tijdens de diagnostische fase van het hulpverleningsproces in settings van (Bijzondere) Jeugdzorg. *Ongepubliceerd manuscript*.

Bosmans, G.(2007-2008) Fasen, hypothesen en onderzoeksvragen. Practica Tweede licentie, Ontwikkelingsgerichte diagnostiek. *Ongepubliceerde powerpoint presentatie*.

Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and psychopathology in adult: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 374-385

Bosmans, G., Braet, C., Koster, E., & De Raedt, R. (2009). Attachment security is linked with attentional breadth in middle childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 872-882.

[Cannon](#), W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: [Appleton-Century-Crofts](#).

Carver, C.S., Johnson, S.L., & Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, 134, 912–943.

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.). (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method* (Vol. 1, 2nd ed.). New York: Wiley.

Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deci, E., & Ryan, R. (2000). The ‘what’ and the ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. In: *Psychological Inquiry*, 2000, nr. 11, p. 227-268.

- Dreessen, L., Arntz, A., Hendriks, T., Keune, N. & Hout, M.A. van den (1999). Avoidant personality disorder and implicit schemacongruent information processing bias: a pilot study with a pragmatic inference task. *Behavior Research and Therapy*, 37, 619-632.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 122–131.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Eggum, N.D. (2010). Emotion-Related Self-Regulation and its Relation to Children's Maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525.
- Goldstein, W.M., & Hogarth, R.M. (1997). *Research on judgement and decision making: Currents, connections, and controversies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, S.H., Snitz, B.E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical predictions: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, J. W. G. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Long, N.J., Wood, M.M. & Fecser, F.. 2003, *Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties*. Tielt, Lannoo.
- Pameijer N. en Draaisma N., *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming*, 2011, Uitgeverij Acco.
- Prochaska, J. and DiClemente, C. (1983) Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390–395.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will?. *Journal of Personality*, 74, 1557-1586.
- Turk, D., & Salovey, P., (Ed.) (1988). Reasoning, inference, and judgement, in clinical psychology. New York: Free Press.
- Vertommen, H. Laak, J.J.F. ter & Bijttebier, P. (2005). Het diagnostisch proces. In: F. Luteijn, W.A. Arrindell, B.G. Deelman, J.H. Kamphuis & H. Vertommen (Eds), *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. (pp. 15-34). Utrecht: Uitgeverij Lemma B.V.
- Werkteksten van de werkgroep Diagnostiek binnen de Federatie van de Onthaal- en oriëntatiecentra in Vlaanderen, 2008- 2011
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.