

## DE SPV ALS NETWERKSTRATEEG

### Tweesporen benadering, een cursus voor de ouders én een training voor het kind met ADHD problematiek

#### Inleiding

Dit artikel schrijf ik naar aanleiding van een lezing die ik gehouden heb op verzoek van de NVSPV tijdens de studiemiddag "Niet gezien is veel gemist". Een studiemiddag over ADHD problematiek. Op de jeugdafdeling waar ik werk als SPV worden kinderen met ADHD individueel en groepsgewijs behandeld. Voor de groepsbehandeling is door twee collega's een module opgezet. Kenmerkend voor dit behandelmoduul is de tweesporen benadering, een cursus voor de ouders én een training voor het kind met ADHD problematiek. Wij werken op onze afdeling nu ruim twee jaar met dit behandelmoduul en zijn tevreden over de resultaten. Echter bij sommige multi-problem gezinnen is dit behandelmoduul niet geïndiceerd. Ervaring en onderzoek leert dat deze groep ouders de intensieve behandeling van hun kind met ADHD onvoldoende kunnen dragen. De andere problemen in het gezin vragen namelijk ook de nodige aandacht. Aan de hand van het bestaande behandelmoduul zal ik een alternatieve behandeling uiteenzetten, die ik gebruik bij de behandeling van kinderen met ADHD uit multi-problem gezinnen.

#### **Wat is nu eigenlijk ADHD en wat eist dit opvoedkundig van de ouders van ADHD kinderen?**

ADHD is een aandachts- en activiteitsstoornis. Ouders omschrijven hun kind al op zeer jonge leeftijd als super actief, echte brokkenmakers. Peuterleidsters en leerkrachten moeten alle zeilen bij zetten om een ADHD kind aan het werk te zetten en te houden.

Het hyperactieve gedrag en slechte concentratie maken dat ADHD kinderen zeer snel zijn afgeleid. "Zit stil, ga door, pas op, laat dat" zijn door ouders, peuterleidsters en leerkrachten veel gebruikte sturende en structurerende opdrachten. De opvoeding van ADHD kinderen ver-eist andere capaciteiten en aandachtspunten van de ouders c.q. opvoeders. Opvoeden van kinderen is een leerproces waar ouders al zeer

#### **Mw. Lilian Duivenvoorde,**

Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij de jeugdafdeling GGZ De Grote Rivieren (samenwerkingsverband van APZ, RIBW en RIAGG).

vroeg mee beginnen. Kinderen, gezonde kinderen, willen graag leren en passen geleerde "dingen" haast automatisch toe in overeenkomstige situaties. Bijvoorbeeld aankleden; kinderen leren zich 's ochtends aan te kleden. Als ze de taak aankleden goed onder de knie hebben zijn kinderen naar verloop van tijd in staat ook op andere momenten van de dag zich aan te kleden (b.v. na de gym- of zwemles). Het aankleden heeft zich dan gegeneraliseerd naar overeenkomstige situaties.

ADHD kinderen "steken" anders in elkaar, gewenst gedrag beklift slecht en geleerde dingen generaliseren onvoldoende of zelfs helemaal niet. Het gevolg daarvan is dat ouders hen *alles* iedere dag weer moeten

leren. Ze worden daarbij nog eens extra bemoeilijkt doordat ADHD kinderen vaak een intrinsieke motivatie missen om door te zetten. De vraag blijft of deze intrinsieke motivatie als basis onvoldoende aanwezig is, of dat de motivatie door frustratie vermindert c.q. verdwijnt. Kinderen met een verminderde intrinsieke motivatie moeten vaker bij het uitvoeren van een activiteit geïnstrueerd worden om de activiteit te volbrengen. Ouders moeten naast het kind gaan staan om er bijvoorbeeld 's ochtends voor te zorgen dat hij zich daadwerkelijk (op tijd) aankleedt. Als ouders zich niet zo opstellen dan komt het ADHD kind niet toe aan het uitvoeren van de taak. Het ADHD kind "vliegt" dan van activiteit naar activiteit. Ouders hebben daardoor vaker het gevoel hun kind meer te "drillen" dan dat ze het aan het opvoeden zijn. Het opvoedkundig moeilijk vat hebben op je kind roepen gevoelens van machteloosheid, falen en irritatie op. Gevolg daarvan kan zijn dat ouders in een negatieve spiraal belanden waarin negatieve gedachten centraal staan: "hij doet het erom, hij kan het wel maar wil het niet", kortom het is gewoon een rot joch die elke ochtend weer expres de dag "verziekt". Gedachten die een logisch gevolg kunnen zijn van een steeds terugkerend probleem waar de ouders nauwelijks invloed op hebben met de alledaagse opvoedkundige methoden. Ouders, kind en iedereen in de directe omgeving verliest de moed. Negatieve gedachten, over het kind, de situatie en eigen kunnen floreren. Kinderen, maar ook ouders, ontwikkelen hierdoor negatieve gevoelens van eigenwaarde.

#### **De behandelmogelijkheden**

Naast de medicamenteuze behandel­mogelijkheden, waar ik nu niet op inga, zijn er diverse behandelmodulen

ontwikkeld. In de leertheoretische benadering, wordt het storende gedrag en de zwakke werkhouding opgevat als tekenen van een falende stimulus controle. Kinderen met ADHD hebben volgens deze theorie meer aanwijzingen en bekrachtigers nodig om direct en adequaat op een bekende stimulus te kunnen reageren, een opdracht te beginnen en deze zelfstandig tot een goed eind te brengen. Ze missen de innerlijke motivatie en er vindt onvoldoende generalisatie plaats van volbrachte en geleerde taken. De gedragtherapeutische en leertherapeutische benadering richt zich op de dagelijkse patronen, ketens. Door de keten **stimulus (S)** - gedrag van het kind **(R, respons)** - reactie door de omgeving **(C, consequentie)** te reorganiseren en systematisch te beïnvloeden kunnen ADHD-symptomen verminderen.

Als gewenst gedrag bij ADHD kinderen slecht beklijft en onvoldoende generaliseert is het logisch dat éénmaal per week individuele therapie onvoldoende zal werken. Intensieve behandeling is geïndiceerd om het gedrag van het kind in de gewenste richting te veranderen. Ouders zijn hiervoor de aangewezen personen. Zij maken het kind immers ieder moment van de dag mee en bovendien verkeert het kind in een afhankelijke positie tegenover zijn ouders. Twee belangrijke facetten waardoor ouders in het algemeen een grotere invloed op het kind hebben dan de therapeut. De behandeling van ADHD kinderen bestaat daarom uit een intensieve ouderbegeleiding naast de behandeling van het kind. De behandeling kan zowel individueel en groepsmatig aangeboden

worden.  
In de praktijk blijkt de groepsgerichte behandeling prima te werken.

#### **De intensieve ouderbegeleiding wordt in fases aangeboden**

**Fase 1:** in deze fase is de ouderbegeleiding vooral gericht op het informeren van de ouders over ADHD, **psycho-educatie** dus.

Op deze wijze probeert men bij de ouders tot een goed begrip te komen van de ADHD en/of eventuele andere problemen bij hun kind. Een ander veel voorkomend probleem kan zijn een inadequate opvoedkundige houding, bijvoorbeeld ouders die aan hun kind vragen of ze alstublieft op willen ruimen. Als kinderen nee zeggen op deze toch zeer vriendelijk gestelde vraag zijn ouders vaak zeer verontwaardigd. Kinderen hebben echter duidelijkheid en structuur nodig. De door veel ouders verafschuwde autoritaire opvoedkundige houding wordt door kinderen vaak als veilig en duidelijk ervaren.

**Fase 2:** in deze fase staat kennis over **operante leerprincipes centraal**. Men probeert samen met de ouders te kijken of activiteiten uitgewerkt kunnen worden in stappen en volgens een bepaalde regelmaat. Belangrijk is om hierbij rekening te houden met de sfeer en cultuur in het gezin.

**Fase 3:** in deze fase leren ouders hun aandacht te richten op **gewenst gedrag**. Daarnaast wordt gesproken over welke vormen van "**ongewenst**" **gedrag** ouders wel of niet zullen reageren. Door het milde ongewenst gedrag te negeren wordt voorkomen dat ouders continu politieagentje moeten

spelen. Daarnaast leren ouders op welke manier ze een **opdracht moeten geven**, zodat hun kind leert 'luisteren'.

**Fase 4:** als de basisprincipes duidelijk zijn wordt er per gezin gekeken naar een **passend beloningssysteem**. Pas daarna worden negatieve procedures als straf en time-out besproken en ingevoerd om hardnekkig ongewenst gedrag te verminderen.

**Fase 5:** in de laatste fase wordt er gewerkt aan het laten **generaliseren van het behandelresultaat** naar school en andere plekken buitenshuis (school, grootouders en andere direct betrokkenen).

De behandeling van het kind richt zich voornamelijk op de vermindering van impulsieve reacties en vergroten van het probleemoplossend vermogen. Een training waarin het kind leert om probleemsituaties systematischer aan te pakken. Het kind leert om stil te staan bij het probleem en het probleem stapsgewijs op te lossen. Aan de hand van de volgende vragen:

1. Stop! Wat is het probleem (probleem oriëntatie).
2. Welke plannen kan ik bedenken voor dit probleem
3. Hoe moet het plan toegepast worden?
4. Pakte het plan goed uit? (evaluatie).

#### **Behandeling van ADHD kinderen uit multi-probleem gezinnen.**

Bovenbeschreven strategie werkt niet bij multi-probleem gezinnen. Te lage intelligentie van het kind en/of de

ouders, geen overeenstemming over de problematiek, een geringe last van de klachten en relatieproblemen van de ouders zijn de belangrijkste contra indicaties. Kinderen met ADHD uit multi-probleem gezinnen komen daardoor vaak niet in aan-merking voor de intensieve behandelmethodede. Vaak wordt de aandacht van de ouders opgeëist door de andere problemen van de gezinsleden. In mijn begeleiding van multi-probleem gezinnen gebruik ik onderdelen uit het behandelmoduul zoals hierboven beschreven. In de loop van de behandelperiode komen bepaalde aspecten aanbod. Sommige zelfs meerdere keren. Ik kies daarbij steeds weer elementen die op dat moment passen bij de actuele problemen en waarvan ik het gevoel heb dat ze op dat moment effectief kunnen zijn. Je zou haast kunnen zeggen dat het hier om een strategisch "spel" gaat wat door mij continu "gespeeld" wordt binnen een complex dynamisch netwerk.

*Moeder Truus is 28 jaar, haar manier van handelen is paniekerig. Borderline kenmerken lijken het gevolg te zijn van de verwaarlozing die zij als kind ervaren heeft. Moeder is opgegroeid in internaten. Haar zusje is seksueel misbruikt in één van de internaten. Truus voelt zich als oudste zus verantwoordelijk voor dit misbruik. Truus is moeder van vier kinderen, Ricardo van 12, Michel overleden op tweejarige leeftijd, Nicky van 9 en Dennis 7 jaar. Sinds zes jaar woont moeder samen met Rene. Rene is 32 jaar en zijn relatie met de stiefkinderen is goed. De relatie met Truus is slecht, er zijn seksuele, relationele en financiële problemen. Truus dreigt regelmatig weg te gaan. Een innerlijke onrust, gedachten het elders beter te hebben en een angst dat de Raad van de Kinderbescherming de kinderen bij haar weg haalt lijken de*

*belangrijkste drijfveer te zijn om weg te gaan bij Rene. De drie zonen lijden aan psychiatrische problematiek. Met de middelste zoon is er het eerste contact met de jeugdafdeling. Nicky wordt op advies van school aangemeld met hyperactief gedrag.*

*Het hyperactieve gedrag wordt gediagnosticeerd als ADHD problematiek en ook als zodanig behandeld. Tijdens de intakefase schuift moeder de problemen van Ricardo naar voren.*

*Thuis is Ricardo hondsbrutaal, plast 's nachts in bed en laat zich nauwelijks corrigeren. Deze klachten worden erger als uitkomt dat hij seksueel misbruik is door een overbuurman. Moeder wordt bij het uitkomen van dit misbruik geconfronteerd met herbelevingen uit haar jeugd. Ze is vooral boos op zichzelf, want als iemand het had kunnen voorkomen....*

*De boosheid en herbeleving staan een troostende en ondersteunende houding tegenover Ricardo in de weg.*

*De jongste zoon Dennis is hyperactief en heeft een contactstoornis. De drie zonen volgen allemaal bijzonder onderwijs. Met de LOM school heb ik een intensief contact.*

*Als een ware netwerkstrateeg stroomlijn ik de diverse vragen en begeleidingsplannen. Tijdens de contacten die ik heb met Truus en Rene staat steeds weer een ander (vaak actueel) probleem centraal. In periodes dat het goed gaat worden met regelmaat de afspraken afgezegd. De wijze van hulpvragen is paniekerig, inconsequent en therapieontrouw te noemen. De forse problematiek van de drie zonen (Nicky en Dennis gebruiken beide medicatie) vereist dat er regelmatig contact is.*

*De contacten die er zijn probeer ik zo gestructureerd mogelijk te laten verlopen. Ik tracht daarbij aandacht te hebben voor de actuele problematiek maar ook voor de psychiatrische*

*problematiek waar Nicky en Dennis aan lijden. In de loop van de diverse contacten heb ik een beeld opgebouwd van de sterke en zwakke aspecten van de beide opvoeders. Tijdens de contacten probeer ik evenwicht te vinden door zowel aan de sterke als de zwakke aspecten de aandacht te besteden. Centrale aandachts-punten in de behandelcontacten zijn erkenning voor de moeilijke situatie, educatie over de diverse problematieken en de diep gewortelde gedragsketens van zowel ouders als kinderen. In eerste instantie probeer ik de gedragsketens van ouders te beïnvloeden. De gedragsketens van ouders heb ik voornamelijk beïnvloed met de stop-denken-doe methode zoals die in de kind-training voor ADHD beschreven wordt. De trainingsmethode waarin het kind leert om probleemsituaties systematischer aan te pakken heb ik voor deze ouders als volgt vertaald:*

1. Stop! Wat is het probleem?
2. Hoe kun je als ouders omgaan met dit probleem?
3. Voor welke methoden kiezen wij?
4. Heeft de gekozen handelwijzen goed gewerkt?

*Vier vragen die er voor zorgen dat ouders minder paniekerig en impulsief reageren.*

*De ouders van Ricardo, Nicky en Dennis gebruiken deze vier vragen. Rene gebruikt de methode ook om het impulsieve gedrag van zijn vrouw te beïnvloeden. Samen zijn ze nu beter in staat om de diverse problemen binnen het gezin aan te pakken. Op dit moment is er in het gezin rust*

*gekomen. Deze rust geeft ruimte en tijd om een behandeling te starten voor de diverse problematiek.*

Ik realiseer me dat dit een kwetsbaar evenwicht is. Echter tijdens dit evenwicht is het mogelijk ouders handvatten aan te reiken voor de diverse problemen, de negatieve spiraal te stoppen en gevoelens van eigenwaarde van alle gezinsleden te versterken.

Een lastige karwij en misschien wel een onbereikbaar karwij echter de door mij beschreven werkwijzen maakt de multi-probleem problematiek in mijn werk hanteerbaar. Tijdens de gehele behandeling treed ik op als netwerkstrateeg. Ik draag er zorg voor dat alle betrokkenen; logopediste, leerkrachten, huisarts, maatschappelijkwerk en sociale dienst dezelfde begeleidingsroute gebruiken. Regelmatig is er overleg om de gekozen route te evalueren en waar nodig bij te stellen. Belangrijkste doel van deze route is rust creëren en bewaren. Het is mijn overtuiging dat een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in deze de aangewezen persoon is. Zij heeft door haar brede psychiatrische, sociale en medische kennis een brede deskundigheid die vaak goed tot zijn recht komt als een pragmatische, creatieve en flexibele werkhouding gewenst is.

#### **Informatie**

GGZ De Grote Rivieren is een samenwerkingsverband tussen het APZ en de RIAGG in de regio Dordrecht. De ambulante jeugdafdeling is te telefonisch te bereiken op nummer 078-6137166