

ZELFREGULATIE

Diagnostiek en behandeling van
executieve functies bij kinderen

Albert Ponsioen
GZ-psycholoog/klinisch neuropsycholoog

Esther ten Brink
psychotherapeut/cognitief gedragstherapeut

LANNOO
CAMPUS

D/2014/45/104 – 978 94 014 1665 8 – NUR 848

Vormgeving omslag: Nanja Toebak, 's-Hertogenbosch
Vormgeving binnenwerk: Lettie Egberts, Scriptura Westbroek

Foto omslag: © Shutterstock / Jaimie Duplass

© Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2014

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Houten). LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus
p/a Papiermolen 14-24
3994 DK Houten (Nederland)
Postbus 97
3990 DB Houten (Nederland)

www.lannoo-campus.nl

Inhoud

Voorwoord **7**

Dankwoord **11**

1 Inleiding **13**

- 1.1 Behandeling van ADHD-gedrag **15**
- 1.2 Behandeling gericht op dat wat onder het gedrag ligt **17**
- 1.3 Niet alleen EF-problemen bij ADHD **18**
- 1.4 Veranderende zorg **23**
- 1.5 Training van executieve functies **24**

2 Modellen **27**

- 2.1 Het transactionele ontwikkelingsmodel **27**
- 2.2 Hiërarchisch ontwikkelingsmodel van de hersenen **29**
- 2.3 Het PASS-model **32**
- 2.4 Het PASS-Plusmodel **36**
- 2.5 Executieve functies en zelfregulatie **39**
- 2.6 Automatische en gecontroleerde processen **44**
- 2.7 Motivatie **47**
- 2.8 De taal **50**
- 2.9 Samenvatting **52**

3 Diagnostiek **53**

- 3.1 Onderkende of classificerende diagnostiek **54**
- 3.2 Psychodiagnostiek **59**

- 4 Psycho-educatie **83**
 - 4.1 Algemene psycho-educatie **84**
 - 4.2 Psycho-educatie per deelgebied **86**
 - 4.3 Computertraining Braingame Brian **101**

- 5 Behandelprotocol **107**
 - 5.1 Het opzetten van een behandeltraject in de thuissituatie **107**
 - 5.2 De negen behandelstappen **108**

- 6 Specifieke trainingen **123**
 - 6.1 Interventies per deelgebied **123**

- 7 Behandel tips voor op school **153**
 - 7.1 Motivatie **154**
 - 7.2 Aandacht **155**
 - 7.3 Lezen en leren van een tekst met de KALAT-methode **158**
 - 7.4 Chunking-techniek bij het spellen **159**
 - 7.5 Rekenen **160**
 - 7.6 Algemene strategieën voor het maken van toetsen en proefwerken **169**

- 8 Effectmeting **171**
 - 8.1 Het individu als ruis? **172**
 - 8.2 Van N=veel en T=weinig naar T=veel en N=weinig **173**
 - 8.3 Feedback **175**
 - 8.4 Statistische-analysetechnieken **176**
 - 8.5 Toekomst? **177**

Literatuurlijst **179**

Eindnoten **191**

Voorwoord

Waarom het zoveelste boek over zelfregulatie en executieve functies? Omdat dit boek zowel de theoretische achtergronden behandelt van deze begrippen alsook de praktische toepassingen voor de klinische praktijk. Het is nadrukkelijk geen zelfhulpboek geworden maar een boek voor de professionele hulpverlener, om de problemen van de cliënt vanuit het perspectief van zelfregulerende functies te bezien en aan te pakken, waarbij het werkboek voor ouders garant staat voor een heldere en concrete vormgeving van de behandeling.

Naast de sterke aandacht voor executieve functies is er met betrekking tot het traditionele stoornissen-denken in de (jeugd-)GGZ in toenemende mate sprake van een zekere ‘metaalmoetheid’. Je zal maar te horen krijgen dat de sociale problemen of het drukke gedrag van jouw kind verklaard worden doordat het respectievelijk autisme of ADHD ‘heeft’. Dit label heeft vervolgens een levenslange garantie en allerlei neurobiologische connotaties die vaak gebaseerd zijn op onderzoeken bij grote groepen personen, terwijl het label alleen op basis van gedragskenmerken wordt gesteld. Dit geldt evenzeer voor andere labels uit de *Statistical Manual of Mental Disorders*, waarvan de DSM-5 de meest recente versie is. Onder anderen Van Os (2014) pleit ervoor om de DSM voortaan niet meer te gebruiken, temeer omdat het oorspronkelijke doel – een gemeenschappelijke taal voor hulpverleners ontwikkelen – is ver-

worden tot een instrument voor beleidsmakers: “Anno 2014 zou een cynicus kunnen stellen dat het eerst ontaard is in een vehikel voor ondoordachte experimenten van politici en zorgverzekeraars en van daaruit een wapen is geworden tegen patiënten en hulpverleners.” (Van Os, 2014: pag. 104). Als de burger steeds meer eigen verantwoordelijkheid moet nemen om maatschappelijk te participeren, moet men ook meer aandacht hebben voor de vaardigheden die men daarvoor in huis moet hebben. Waarom kunnen sommige mensen zichzelf onvoldoende redden? Waarom komen sommige kinderen onvoldoende mee in het onderwijs? Waarom is er tussen sommige ouders en hun kinderen sprake van negatieve interacties? Het antwoord dat er dan iets chronisch mis is met een of meerdere van de betrokken personen voldoet niet meer. Zinvoller is om uit te zoeken wat de vaardigheden van de betrokken personen zijn, welke vaardigheden in welke situaties tekortschieten en welke hulp of ondersteuning iemand nodig heeft om situaties nu en in de toekomst beter ‘aan te kunnen’. Zoals Van der Stel (2013) terecht opmerkt, kunnen in dit verband zelfregulerende functies als het probleem én als de oplossing worden beschouwd. Het belangrijkste doel van dit boek is in de behandeling van kinderen en ouders de nadruk te leggen op vaardigheden waarmee de regie over het voelen, denken en handelen kan worden versterkt.

Zelf was ik zonder mijn grootste inspiratiebron, mijn levens- en werkpartner Esther ten Brink, in de theoretische onderbouwing verzand geraakt. De praktische insteek van Esther, haar jarenlange ervaring met het teruggeven van de regie aan kinderen en hun ouders en haar onuitputtelijke arsenaal aan ideeën, adviezen en oefeningen om dit te bereiken, waren noodzakelijk om mij uit het theoretische moeras omhoog te trekken. De reeds

aangehaalde auteurs Van der Stel en Van Os waren voor mij ook belangrijk om de vraag ‘Is de GGZ nu gek of ben ik gek?’ niet altijd maar in mijn nadeel te moeten beantwoorden. In navolging van Van der Stel heb ik mij wat betreft de begrippen zelfregulatie en executieve functies stevig laten beïnvloeden door Barkley (2012).

Albert Ponsioen

Polsbroek, april 2014

Dankwoord

De praktische hoofdstukken 6 en 7, met daarin specifieke oefeningen voor respectievelijk thuis en op school, zijn voor een deel gebaseerd op het onvolprezen boek van Cuyle (2012) en op het werk van Naglieri en zijn collega's (Naglieri & Pickering, 2010). Ook de theoretische onderbouwing komt voor een belangrijk deel uit deze laatste hoek.

Veel van de ideeën in dit boek komen voort uit de samenwerking met Pier Prins van de afgelopen jaren. In het kader van het Braingame Brian-project verzorgen wij trainingdagen waarbij wij talloze discussies hebben gevoerd over executieve functies, het trainen daarvan, het meten van behandel-effecten, et cetera, et cetera. De soms verhitte discussies in het bijzijn van Harold de Groot, directeur van het multimediatebedrijf Shosho in Amsterdam en mede-ontwikkelaar van Braingame Brian, hebben ons begrip van executieve functies aangescherpt (en op de proef gesteld). In dit kader hebben zeker ook Bas DAVIS, Hilde Geurts, Saskia van der Oord en Marieke de Vries een belangrijke rol gespeeld.

Ook zijn wij veel dank verschuldigd aan Reinilda Dernison, die van de andere kant van de wereld onze eerdere versies heeft doorgeploegd en ons met haar uitgebreide kennis en ervaring op dit terrein van zeer nuttige feedback heeft voorzien. De uitgever heeft

verder het eerste idee rondom dit boek direct met enthousiasme ontvangen, ons toch weer even uitstel verleend als we (weer) niet uitkwamen met de ingeplande tijd en met veel geduld de eerdere versies gelezen en van commentaar voorzien. Dank voor deze prima samenwerking!

Als laatste willen we onze gezamenlijke werkgever Lucertis Kinder- en Jeugdpsychiatrie in Noord-Holland danken voor de mogelijkheid die ons wordt geboden om onze denkbeelden (én Braingame Brian) in de praktijk te brengen. Hierbij hebben stagiaires van de Vrije Universiteit Amsterdam, Paulien Molenaar en Fabienne van Vliet, een belangrijke rol gespeeld in het vertalen van de Naglieri-aanpak (Naglieri & Pickering, 2010) en in het in de praktijk brengen van de trainings- en behandeladviezen.

Onze grootste inspiratiebronnen blijven echter Arlette en Boris, die wat betreft hun zelfregulerende vaardigheden ons al jaren niet meer nodig hebben.

Esther ten Brink en Albert Ponsioen

Polsbroek, april 2014

Inleiding

Kijken ‘onder het gedrag’ van een kind krijgt de laatste jaren in de klinische diagnostiek en behandeling steeds meer aandacht. In de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ) lijkt het denken in stoornissen die worden vastgesteld op basis van gedragskenmerken¹ zijn langste tijd te hebben gehad. Hoewel het recente neurobiologisch-deterministische denken van populairwetenschappelijke bestsellers² anders doet vermoeden, is er een toenemende tendens om de problemen die mensen in het dagelijkse functioneren ervaren op een andere manier te benaderen. Vragen als ‘Waarom lukt het een persoon niet om voldoende vaardig met bepaalde situaties om te gaan?’ en ‘Wat zijn situationele factoren die hierbij een rol spelen?’ worden steeds vaker gesteld. Met eendimensionale ‘antwoorden’ als ‘Dat komt omdat die persoon een Attention Deficit Hyperactivity Disorder heeft’, komt men in de hulpverlening niet meer weg. Dat classificeren iets anders is dan diagnosticeren en dat psychiatrische stoornissen meer kwantitatief dan kwalitatief verschillen van psychisch gezond gedrag, zijn opvattingen die binnen de GGZ steeds meer opkomen.³

Deze veranderingen doen zich ook voor binnen de jeugd-GGZ. Zo blijken kinderen met vergelijkbare gedragskenmerken en daarmee overeenkomstige DSM-classificaties te verschillen als het gaat om onderliggende cognitieve en sociaal-emotionele profielen. En kinderen met verschillende classificaties blijken dan weer overeenkomstige onderliggende profielen te hebben. Kortom, wat speelt zich af in de black box onder de gedragskenmerken en hoe kunnen diagnostici en behande-

laars daarop aansluiten? Kinderen kunnen in bepaalde situaties gedragsproblemen⁴ vertonen omdat zij onvoldoende vaardig zijn om die situaties het hoofd te bieden en/of omdat aan hen te hoge eisen worden gesteld. Zo kan een kind op school problemen hebben met zijn concentratie vanwege een basaal aandachtsprobleem, omdat het specifieke informatieverwerkingsproblemen heeft (bijvoorbeeld indien er sprake is van specifieke leerstoornissen) of omdat het instructies krijgt van de leerkracht waar het gezien zijn leeftijd nog helemaal niet aan toe is. En als het kind deze problemen in meerdere of mindere mate ervaart, is het dan in staat om zijn gedrag dermate te reguleren dan wel de situatie zo te beïnvloeden dat het wel tot adequaat handelen kan komen? Met andere woorden: wat zijn de sociaal adaptieve vaardigheden⁵ van het kind? Aan deze sociaal adaptieve vaardigheden ligt een scala aan cognitieve, emotionele en motivationele processen ten grondslag die het uiteindelijke adaptief handelen vormgeven. Deze processen worden in de neuropsychologie samengevat met het begrip 'zelfregulerende of executieve functies' (EF's).⁶ Met het ontwikkelen van deze functies kunnen kinderen controle krijgen over hun denken, voelen en handelen. Omdat deze functies gekoppeld zijn aan hersenstructuren die zich vooral na de geboorte van het kind tot diep in zijn volwassenheid ontwikkelen, spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol in het adaptieve niveau dat in de opeenvolgende leeftijdsfasen wordt behaald. In hoofdstuk 2 van dit boek wordt nader ingegaan op de ontwikkelingsaspecten van EF.

De indeling van dit boek na dit inleidende hoofdstuk is al volgt:

- > in hoofdstuk 2 wordt de theoretische achtergrond van de EF uiteengezet;
- > in hoofdstuk 3 wordt de diagnostiek van EF besproken;
- > in hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan psycho-educatie;
- > in hoofdstuk 5 wordt een EF-behandelprotocol voorgesteld;

- > in hoofdstuk 6 worden specifieke trainingen op EF-gebied beschreven;
- > in hoofdstuk 7 wordt op de behandeling van EF op school ingezoomd;
- > in het afsluitende hoofdstuk 8 wordt het meten van behandel-effecten besproken.

In het vervolg van dit inleidende hoofdstuk wordt de betekenis van EF besproken voor kinderen met een specifiek psychiatrisch gedragsbeeld en voor kinderen in het algemeen. Omdat deze functies vooral bij kinderen met ADHD-kenmerken zijn onderzocht, wordt deze groep kinderen als uitgangspunt genomen.

1.1 BEHANDELING VAN ADHD-GEDRAG

Kinderen die op basis van hun drukke en impulsieve gedrag voldoen aan de DSM-classificatie ADHD, hebben veel moeite om zich te concentreren. Ze hebben problemen met het goed plannen en organiseren van hun schoolwerk en hun werkstijl doet vaak nogal slordig en chaotisch aan. Dit heeft vanzelfsprekend een negatieve invloed op hun leerprestaties en kan daarbuiten ook verstorend werken op de contacten met de gezinsleden en met leeftijdgenootjes. Uiteindelijk kunnen de ervaren problemen het zelfvertrouwen aantasten, wat weer kan leiden tot mindere leerprestaties, enzovoort (Barkley, 2006). Ook later, in de volwassenheid, kunnen deze problemen voortdurend opspelen in het dagelijks functioneren thuis, op het werk en in de sociale contacten (Barkley, Murphy & Fischer, 2008; De Graaf et al., 2008; Kooij, 2009).

De behandeling van ADHD-klachten heeft zich in de eerste plaats gericht op de acceptatie van en het begrip voor het gedrag van het kind. Vanuit de wetenschap en het besef dat het kind niet handelt uit onwil maar uit onmacht kunnen ouders en leerkrachten de eisen aanpassen aan de mogelijkheden van het kind. Verder kunnen zij de situaties waarin zij iets van het kind verwachten zo gaan inrichten dat de kans op succes groter wordt, gegeven de sterke en zwakke kanten van het kind. Successen zullen meer op de voorgrond worden gezet en expliciet worden beloond, om de extra inspanning die het kind moet leveren om het gewenste gedrag te laten zien te compenseren. In ouder- en leerkrachttrainingen kunnen ouders zich, al dan niet in een groep, de noodzakelijke vaardigheden om een kind met ADHD te ondersteunen eigen maken.

Naast deze op de ouder, leerkracht en omgeving gerichte behandeling wordt beoordeeld of wel of niet medicatie moet worden ingezet. Volgens de richtlijn ADHD (LSMR, 2005) zal over het algemeen alleen bij onvoldoende resultaat van de op ouders en school gerichte aanpak medicatie worden ingezet, mits de kans op succes zonder medicatie bij voorbaat als gering wordt ingeschat en het kind op meerdere terreinen ernstig is vastgelopen.

Voor het kind zelf was er naast medicatie de mogelijkheid om, in een groep of individueel, handvatten te krijgen om problemen op te lossen, zichzelf rustiger te maken, op zijn rem te gaan staan en zijn emoties te reguleren. Deze behandeling is echter alleen effectief bevonden in aanvulling op en in de context van de eerder genoemde behandelingen. Vanwege de noodzaak de aangeleerde vaardigheden langdurig te trainen en deze breed te laten ondersteunen, is deze behandeling in de praktijk niet altijd uitvoerbaar. Vanuit de behoefte om effectievere en efficiëntere behandelingen te ontwikkelen is de zoektocht naar nieuwe inzich-

ten in de oorzaken van het ADHD-gedrag nog altijd gaande, in de hoop daarmee ook nieuwe aanknopingspunten voor behandeling te vinden.

1.2 BEHANDELING GERICHT OP DAT WAT ONDER HET GEDRAG LIGT

EF zijn te beschouwen als cognitieve controleprocessen om gedrag, gedachten en emoties aan te sturen en te reguleren. Ze stellen ons in staat om ons handelen onder controle te houden. Er is de laatste decennia veel onderzoek gedaan naar de rol die EF-problemen spelen bij kinderen met ADHD-kenmerken (zie o.a. Barkley, 2006; Nigg, 2006; Sergeant, Oosterlaan & Van der Meere, 1999; Sonuga-Barke, 2003). Overzichtsartikelen (de zogenaamde metastudies) laten verschillen zien in EF tussen kinderen met en kinderen zonder ADHD-kenmerken (Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson & Tannock, 2005; Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone & Pennington, 2005). De EF-problemen worden daarbij als verklaring gezien voor de aandachtsproblemen (Kofler, Rapport, Bolden, Sarver, Raiker, & Alderson, 2011; Tilmann, Eninger, Forssman & Bohlin, 2011), de hyperactiviteit (Rapport et al., 2009) en het impulsieve gedrag (Raiker, Rapport, Kofler & Sarver, 2012) van deze kinderen.

Ook op een ander belangrijk aspect van EF⁷, de gevoeligheid voor bekrachtiging, blijken kinderen met ADHD-kenmerken problemen te vertonen. Studies laten zien dat ADHD vaak samengaat met een verminderde gevoeligheid voor bekrachtiging (zie o.a. Heanlein & Caul, 1987; Sergeant, Oosterlaan & Van der Meere, 1999). ADHD zorgt ervoor dat kinderen anders op beloning reageren dan kinderen zonder ADHD-kenmerken. Zo hebben kinderen met ADHD een sterkere voorkeur voor directe beloningen en zijn ze minder gevoelig voor beloningen die minder direct en meer op termijn worden aangeboden. Om hun aandacht vast te houden

en om optimaal te presteren moeten sterkere bekrachtigers worden ingezet. Met die sterke bekrachtigers lukt het om hun motivationele toestand te optimaliseren en komen hun cognitieve prestaties meer in de buurt van die van kinderen zonder ADHD-kenmerken (Dovis, Van der Oord, Wiers & Prins, 2012; Geurts, Luman, 2008; Luman, Oosterlaan, & Sergeant, 2005).

1.3 NIET ALLEEN EF-PROBLEMEN BIJ ADHD

Problemen op het gebied van executief functioneren doen zich niet bij alle kinderen met een ADHD-classificatie voor en niet bij alle kinderen zijn de verschillende functies op eenzelfde wijze en in eenzelfde mate verstoord. Bovendien ondervinden niet alleen kinderen met ADHD problemen op het gebied van executieve functies. Ook bij kinderen met autismespectrumstoornissen, leerstoornissen, epilepsie, niet-aangeboren hersenletsel, obesitas en spraak-taalproblemen zijn deze problemen aangetoond.

Zo wordt steeds duidelijker dat kinderen die op basis van gemeenschappelijke gedragskenmerken de diagnose ADHD krijgen, een grote individuele variabiliteit vertonen wat hun onderliggende neurocognitieve én hun neurobiologische functies betreft (Sonuga-Barke, 2002; Diamond, 2005). Dit heeft niet alleen consequenties voor de beeldvorming van de problematiek van deze kinderen, maar ook voor de behandeling. Zo laat Diamond zien dat bij kinderen bij wie de aandachtsproblemen vooropstaan (Attention Deficit Disorder, ADD) vooral werkgeheugen- en motivationele problemen een rol spelen. En als het gaat om het neurobiologische substraat bij deze problemen, staan vooral de frontoparietale verbindingen⁸ centraal in plaats van de frontostriatale verbindingen, die vooral bij hyperactief en impulsief gedrag (ADHD) spelen. Medicamenteus zou de ADD daarom beter reageren op dexamfetamine dan op methylfenidaat.

Ook bij kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) is het zinvol gebleken naar de neuropsychologische functies te kijken die aan de geobserveerde contactstoornis ten grondslag liggen. Zo vond Magnée (2008) dat de problemen die mensen met autisme hebben om emoties bij een ander te herkennen meer te maken hebben met aandachtsproblemen dan met een basaal onvermogen. Juist omdat zij hypersensitief zijn in het waarnemen van emoties, vermijden zij oogcontact om het teveel aan prikkels te dempen. Koolen (2014) vond dat het beperkte taalbegrip dat vaak bij autisme als een reden wordt opgevoerd voor het onvermogen zich in een ander te verplaatsen, ook met een dergelijk aandachtsprobleem te maken heeft. Als mensen met autisme gezegd wordt waar zij op moeten letten in sociale situaties, dan blijkt het taalbegrip te verbeteren.

Echter, niet alleen kinderen met een DSM-classificatie onderkennen problemen op het gebied van zelfcontrole. De omgeving is voor het kind interessanter en prikkelrijker geworden, maar daarmee ook complexer en minder voorspelbaar. Steeds minder lijken rust, reinheid en regelmaat van toepassing op de leef- en leeromgeving van kinderen, en steeds meer kinderen hebben er moeite mee om adequaat met deze veranderde omgeving om te gaan.

De invloed van de omgeving op het gedrag van kinderen wordt de laatste jaren steeds duidelijker, met name als het gaat om het vangen van hun aandacht. Moest een kind vroeger tot woensdagmiddag wachten voordat hij zijn favoriete televisieprogramma kon zien, nu kan het op elk moment van de dag een ruime keuze maken uit favoriete televisiezenders. En daarbij wordt de aandacht getrokken door mobiele telefoons, Facebook, een immer gevulde ijskast en computergames die 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar zijn. Ook muziek is direct toegankelijk, de nummers die je wilt ho-

ren zijn snel te downloaden. En met de laatste elektronische gadgets is bovendien de hele sociale wereld direct beschikbaar en die dringt zich ook voortdurend ongevraagd aan het kind op. Dit is mede een reden dat de groep kinderen met ADHD-kenmerken de laatste jaren steeds groter wordt (Batstra & Frances, 2012).

Ook het aantal prikkels dat kinderen op school moeten verwerken, is toegenomen. De schoolboeken staan tegenwoordig bomvol kleurrijke plaatjes en de lesstof wordt op verschillende manieren maar vooral beeldend uitgelegd. Ook de fysieke omgeving van de school is de laatste decennia sterk veranderd. De digitale hulpmiddelen maken dat informatie snel kan worden opgezocht en getoond, maar zijn niet in alle opzichten als een verbetering ten opzichte van vroeger te beschouwen (Spitzer, 2013).

Op het vertrouwde schoolbord kon de leerkracht schrijfoopdrachten niet alleen in beeld (én geluid!) letterlijk voordoen, maar de relevante witte informatie (letters, woorden, zinnen, cijfers) stak ook nog duidelijk af tegen de irrelevante donkere achtergrond. In bèta-studies, waarin het begrip van vooral abstracte lesstof (formules!) een essentiële rol speelt, is het ouderwetse krijtbord nooit weggevoerd (zie figuur 1.1).

Veel kinderen hebben hun gedrag onvoldoende zelf onder controle (zie figuur 1.2), terwijl het onder controle hebben van gedachten, gevoelens en gedrag een betere voorspeller van schoolsucces blijkt te zijn dan een IQ-score of de uitslag van een Cito-toets (Baumeister & Tierney, 2011; Duckworth & Seligman, 2005). Hoe dit tijt te keren? Veel kinderen benutten hun capaciteiten onvoldoende omdat er te veel tijd wordt gependend aan activiteiten die op korte termijn veel voldoening geven, maar die hun voor later te weinig



Figuur 1.1 Op een krijtbord steekt de relevante witte informatie duidelijk af tegen de irrelevante donkere achtergrond (bron: www.shutterstock.com).



Figuur 1.2 Zomaar een puberkamer (bron: www.canstockphoto.com).

bagage meegeven. Maar ook op die korte termijn kunnen er vervelende consequenties zijn voor het kind dat om andere redenen dan zijn leervermogens niet goed meekomt met de rest van zijn groep. Het ene kind kan zich terugtrekken met het idee ‘ik kan niet goed leren omdat ik te dom ben’, het andere kind kan in de uren die hij op school doorbrengt zijn eigen spoor gaan volgen, een spoor dat niet altijd goed aansluit bij de andere kinderen in zijn groep en zeker niet bij de leerkracht.

Hoe krijgen kinderen meer vat op hun gedrag? Daarvoor moeten we niet alleen naar het gedrag zelf en naar de uitlokkers en bestendigers van dit gedrag kijken, maar ook naar wat er ‘onder dit gedrag’ ligt, naar de processen die tussen de uitlokkers (stimuli/situationele factoren) en het manifeste gedrag liggen: de gedachten en gevoelens.

Kijken ‘onder het gedrag’ sluit overigens goed aan bij een dimensionale benadering van psychiatrische stoornissen: ‘Geen categorisatie op basis van gedrag maar op basis van onderliggende basale mechanismen’⁹. Ook in de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen verschuift de laatste tijd het accent van het gedrag naar de onderliggende psychologische functies en processen (Van der Stel, 2013). Het classificeren van dysfunctioneel gedrag is zinvol om de aard en de ernst van de gedragsproblemen eenduidig te kunnen benoemen, maar het zegt niet zoveel over de oorzaken van de problemen. Zo kan een kind op school erg druk en snel afgeleid zijn omdat er thuis van alles aan de hand is (problemen tussen de ouders, financiële problemen, problemen in en met de buurt). Of het kind is druk omdat het niet goed kan meekomen met de rest van de groep bij het lezen, schrijven en/of rekenen. Mogelijk is het kind druk omdat het wordt gepest door groepsgeenootjes. Soms is er niet één oorzaak, maar is er een samenspel

en cumulatie van factoren. Gerichte diagnostiek zal dus altijd onderdeel moeten zijn van het behandelproces, en training van EF-functies zal dus mogelijk ook bij deze en andere doelgroepen waarbij EF-problemen een rol spelen kunnen worden ingezet.

1.4 VERANDERENDE ZORG

‘Zelfregulering’, ‘zelfredzaamheid’, ‘eigen verantwoordelijkheid’ en ‘participerend vermogen’ zijn termen die het handelen volgens het medische model zoals dat tot nu toe gangbaar was in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beïnvloeden. Voor een deel is dit een gevolg van de steeds duurder wordende zorg, voor een ander deel heeft dit te maken met een veranderende samenleving, waarin de individuele ontplooiing door de wegvallende religieuze en politieke verbanden en de snel voortschrijdende digitale ontwikkelingen centraal staat. In de GGZ zijn relatief nieuwe producten als zelfhulp-programma’s en E-Health voorbeelden van deze ontwikkelingen. Het is overigens bijzonder dat de economische argumenten om mensen meer eigen verantwoordelijkheid te geven voor hun eigen welzijn en dat van hun naasten hand in hand gaat met de aandacht voor de ontwikkeling van zelfregulerende psychische functies die vaak met de term ‘executieve functies’ (EF) worden samengevat. Als je mensen meer eigen verantwoordelijkheid wilt geven in problematische situaties, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van psychische nood, dan is het belangrijk te weten hoe het gesteld is met die executieve functies, die het mogelijk maken die eigen verantwoordelijkheid te nemen. Het is hierbij bovendien van belang te weten hoe deze functies zich ontwikkelen en waar in die ontwikkeling deze functies extra ondersteuning, training of een andere vorm van behandeling behoeven. In deze zin kunnen psychiatrische stoornissen als zelfregulatieproblemen worden beschouwd.

1.5 TRAINING VAN EXECUTIEVE FUNCTIES

Vanuit deze nieuwe inzichten ligt het voor de hand om de diagnostiek en behandeling van ADHD niet alleen op de gedragskenmerken te richten (en op niet-kindgebonden factoren zoals de ouders, de opvoeding en de omgeving), maar ook op de onderliggende executieve functies. In de klinische diagnostiek en behandeling is er daarom steeds meer aandacht voor deze onder het gedrag liggende psychologische functies. Met deze functies kunnen kinderen (weer) vat krijgen op hun denken, voelen en gedrag. Wanneer deze functies worden getraind door middel van computerprogramma's, vermindert de behoefte aan begeleiding tijdens de training en wordt de aandachtspanne van kinderen verhoogd. Een dergelijke training is Braingame Brian. Het is de enige training waarbij zowel werkgeheugen en inhibitie als schakelen kunnen worden getraind en waarbij deze trainingstaken geïntegreerd zijn in een spelwereld. Met toegevoegde game-elementen komt deze training tegemoet aan de motivationele problemen van kinderen met ADHD. De toegevoegde game-elementen bestaan uit een complete spelwereld, een verhaallijn, muziek, scores, een logboek, levels en interactieve minigames in de spelwereld.

Met deze nieuwe behandelvormen is een grote stap voorwaarts gezet. Vooral, wanneer deze trainingen niet op zichzelf staan, maar onderdeel zijn van een geïntegreerd, multimodaal behandel-aanbod, is de verwachting dat het effect van dergelijke executieve functietrainingen zal toenemen. In de behandeling door ouders en leerkrachten van kinderen met ADHD zal deze training van executieve functies dan een duidelijke plaats moeten krijgen. Bovendien zal door een directe koppeling tussen de specifieke tekorten in het dagelijks leven en de trainingstaken bij het kind de motivatie om de training te doorlopen toenemen. Daarnaast zijn niet alleen de trainingstaken op de computer van belang, maar ook de

training van cognitieve functies in het dagelijks leven thuis en op school, vooraf, gecombineerd of volgend op een training van executieve functies op de computer. Deze training krijgt dan de vorm van oefeningen, taken en spelletjes, die buiten de computertraining om kunnen worden ingezet.

Bovendien kunnen niet alleen de EF worden getraind, die ‘onder het gedrag’ liggen, maar kan ook het gedrag zelf worden getraind. Het gewenste gedrag kan worden vertaald in vaardigheden die het kind moet beheersen om een taak goed uit te kunnen voeren, en deze vaardigheden kunnen voor, tegelijk met en volgend op de computertraining in de behandeling worden versterkt.

Om de op EF gerichte behandeling goed vorm te kunnen geven zijn een uitgebreide theoretische ondergrond, specifiek op EF gerichte diagnostiek en concrete handvatten nodig. Dit protocol biedt zowel een theoretische onderbouwing als handvatten voor de diagnostiek en een handleiding om een behandeling vorm te geven. Voor ouders is er een werkboek om de theoretische inzichten om te zetten in een concreet, individu-specifiek behandelaanbod.