

1.	INLEIDING AANDACHTSTEKORTSTOORNISSEN	3
2.	ADHD: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER	4
2.1	WAT IS ADHD:	4
2.2	Kenmerken van ADHD:	5
2.2.1	Primaire kenmerken:	5
2.2.2	Gevolgen van de primaire kenmerken.....	6
2.2.2.1	Consequenties voor het kind:	6
2.2.2.2	Consequenties voor de omgeving:	7
2.3	Mogelijke oorzaken:	7
2.4	ADHD beelden in de diverse leeftijdfases:	9
2.5	ADHD en co-morbiditeit:	10
2.6	Signaleren en diagnose	11
2.6.1	Klavertje vier	11
2.6.2	Criteria ADHD-DSM IV	11
2.6.3	Child behavior checklist voor leerkrachten en ouders	13
2.7	Behandeling	13
2.7.1	Pedagogisch klimaat	14
2.7.2	Medicamenteuze behandeling.....	15
2.7.3	Gedragsbeïnvloeding.....	17
2.7.3.1	Het observeren van gedrag (Slot e.a. 1999)	17
2.7.3.2	Het geven van feedback/gedragsinstructie (Slot e.a., 1999)	18
2.7.3.3	De gedragsinstructie (volgend op ongewenst gedrag).....	19
2.7.3.4	Het geven van feedback bij ADHD kinderen:	19
2.7.3.5	Waarderingskaart:	20
2.7.4	Cognitieve gedragsbeïnvloeding:	20
2.7.4.1	Sociale vaardigheidstraining:.....	22
2.7.4.2	Remweg:	22
2.7.5	Algemene concrete uitgangspunten voor de begeleiding van een kind met ADHD:	22
2.7.6	Concrete handelingsadviezen voor de leerkracht (Parker, Barkley)	24
2.7.6.1	Wat te doen met een zwakke aandacht regulatie?	24
2.7.6.2	Wat te doen bij een hoge impulsiviteit?	25
2.7.6.3	Wat te doen bij motorische onrust?	26
2.7.6.4	Wat te doen bij moeite met zelfstandig werken?	26
2.7.6.5	Wat te doen bij moeite met sociaal-emotioneel functioneren?	26
2.7.6.6	Wat te doen bij een lage motivatie?	27
2.7.6.7	Wat te doen om het lesmateriaal zo goed mogelijk af te stemmen:	27
3.	ADD: ATTENTION DEFICIT DISORDER.	28
3.1	Kenmerken van ADD:	28
3.2	Mogelijke oorzaken:	29
3.3	Signalering en diagnose:	30
3.3.1	Klavertje Vier:	30
3.3.2	DSM IV criteria ADD.	30
3.3.3	CBCL-schaal:	31
3.4	Aanzetten tot handelen in de groep:	31
3.4.1	Pedagogisch klimaat:.....	31
3.4.2	Concrete handelingsadviezen:	32
3.4.2.1	Medicamenteuze behandeling:.....	32

3.4.2.2	Concrete adviezen voor in de groep:	32
4.	SYNDROOM VAN GILLES DE LA TOURETTE (G.T.S.)	33
4.1	Kenmerken van het Tourette syndroom	33
4.1.1	Het primaire kenmerk "de tics":	33
4.1.2	De bijkomende kenmerken:	34
4.1.3	Secundaire kenmerken:	35
4.1.3.1	Drang- en dwangverschijnselen:	35
4.1.3.2	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD):	35
4.1.3.3	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen:	36
4.1.3.4	Emotionele problemen:	36
4.1.3.5	Leerproblemen:	36
4.2	Mogelijke oorzaken:	36
4.3	Signalering en diagnose:	36
4.3.1	Klavertje Vier:	37
4.3.2	DSM IV criteria Gilles de la Tourette.	37
4.3.3	CBCL-schaal:	38
4.4	Behandelingsadviezen voor in de groep:	38
4.4.1	Pedagogisch klimaat:	39
4.4.2	Medicamenteuze behandeling:	41
4.4.3	Gedragsbeïnvloeding en Cognitieve gedragsbeïnvloeding:	41
4.4.4	Concrete handelingsadviezen voor in de klas:	41
4.4.4.1	Taak-werkhoudingsadviezen:	41
4.4.4.2	Sociaal-emotionele adviezen:	42
5.	KLAVERTJE VIER	43
5.1	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	43
5.2	Attention Deficit Disorder	44
5.3	Gilles de la Tourette	45
6.	LITERATUUR ADHD / ADD / GTS	46

1. Inleiding Aandachtstekortstoornissen

Kinderen met aandachtstekortstoornissen lopen dagelijks tegen veel teleurstellingen aan. Een aandachtstekortstoornis kan aanleiding geven tot grote last en belemmeringen voor kind, onderwijs en gezin. Kinderen met dit probleem stellen veel hogere eisen aan de omgevings- en opvoedingskwaliteiten en de inzet van hun begeleiders en aan de verdraagzaamheid van de sociale omgeving dan een gemiddeld kind. Als zich een negatieve spiraal ontwikkelt in de interactie tussen kind en omgeving, bedreigt dit de ontwikkeling van het kind en verslechtert de sociale prognose van het kind voor de langere termijn.

Het is van groot belang, dat leerkrachten op de hoogte zijn van alle achtergronden van dit gedrag en van de speciale begeleiding van deze kinderen. Heb je als leerkracht weet van wat zo'n kind beweegt, dan kun je als leerkracht je handelen afstemmen op hun "probleemgedrag".

Aandachtstekortstoornissen komen binnen het SBO-onderwijs in alle gradaties voor, van gering tot zeer ernstig. Denk maar aan de beweeglijke, impulsieve kinderen of aan kinderen die moeite hebben om hun aandacht te richten en vast te houden.

Binnen het spectrum van aandachtstekortstoornissen kunnen we vier typen onderscheiden:

- ADHD met overwegend aandachtsproblematiek (ADD).
- ADHD met overwegend hyperactiviteit en impulsiviteit.
- ADHD met zowel aandachtsproblematiek als hyperactiviteit en impulsiviteit.
- ADHD - N.A.O. (N.A.O. staat voor Niet Anders Omschreven) oftewel duidelijke ADHD-kenmerken, echter alleen worden de criteria niet gehaald.

De grootste groep kinderen (vooral jongens) valt onder het derde type (ADHD). Onder het eerste type (ADD) vallen net zoveel jongens als meisjes.

Deze groep wordt vaak pas laat gesignaleerd.

In dit gedeelte van het vademecum beschrijven wij:

- Kinderen met ADHD (type 3)
- Kinderen met ADD (type 1)
- Kinderen met het syndroom van Gilles de la Tourette.

De kenmerken van het syndroom van Gilles de la Tourette en ADHD hebben zeer veel overeenkomsten.

Ook de handelingsadviezen voor GTS en ADHD zijn praktisch gelijk.

2. ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

2.1 WAT IS ADHD:

ADHD, een afkorting van Attention Deficit Hyperactivity Disorder, wordt gekenmerkt door een drietal kernsymptomen:

- aandachtstekort
- hyperactiviteit
- impulsiviteit

Kinderen met deze stoornis zijn vaak gemakkelijk afgeleid, kunnen moeilijk hun aandacht ergens bij houden, rennen rond in situaties waarin dit ongepast is, kunnen nauwelijks stilzitten, hebben moeite om hun beurt af te wachten en vallen anderen vaak in de rede.

ADHD is een stoornis die veel aandacht krijgt in de media en die bij steeds meer kinderen wordt gediagnostiseerd.

De begripsomschrijving van ADHD is continu aan verandering onderhevig. Lange tijd werd verondersteld dat de stoornis het gevolg was van een lichte hersenbeschadiging. Er werd gesproken van MBD, aanvankelijk een afkorting van Minimal Brain Damage, later van Minimal Brain Dysfunction, toen duidelijk werd dat in lang niet alle gevallen een hersenbeschadiging aantoonbaar was.

In de opeenvolgende edities van de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) wordt gekozen voor een feitelijke beschrijving van de symptomen. (observeerbare gedragskenmerken)

Maar de opvattingen over wat precies de kenmerkende symptomen van de stoornis zijn, blijken sterk aan verandering onderhevig.

Aanvankelijk ligt de nadruk op de buitensporige motorische activiteiten. Later verschuift de nadruk meer naar stoornissen in de aandacht.

Op dit moment wordt niet langer de nadruk gelegd op een symptoom, maar wordt de stoornis gezien als een constellatie van drie symptomen, namelijk aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit.

Kinderen met de diagnose ADHD kunnen dus sterk uiteenlopende symptomen vertonen. Bij de meeste kinderen zijn echter zowel aandachtsproblemen als symptomen van hyperactiviteit en impulsiviteit prominent aanwezig.

Een belangrijk criterium is dat de symptomen niet beperkt dienen te blijven tot één situatie, bijvoorbeeld uitsluitend op school of thuis.

Met andere woorden: wanneer het afwijkend gedrag gekoppeld is aan één situatie wordt niet van ADHD gesproken.

Kinderen met ADHD worden meestal pas op schoolse leeftijd gesignaleerd.

Dan wordt pas echt duidelijk dat ze zich niet kunnen aanpassen aan de gestelde regels.

ADHD gaat vaak gepaard met een gestoorde neurologische ontwikkeling, slechte schoolprestaties, ondanks een normale begaafdheid en ernstige problemen in het sociale functioneren thuis en op school.

Naar schatting heeft circa twee procent van de kinderen van 5 tot en met 14 jaar zodanig ernstige symptomen van ADHD dat zij op enig moment in aanraking

komen voor specifieke behandeling. Dat komt neer op ruim 40.000 kinderen, met ongeveer viermaal meer jongens dan meisjes. Bij circa éénderde van hen duren symptomen voort tot in de volwassenheid.

Ongeveer vier procent van de kinderen van die leeftijd heeft minder ernstige of minder symptomen van ADHD; soms is ook bij hen sprake van zo veel last en belemmeringen dat interventie gewenst kan zijn.

De onderkenning van ADHD bij allochtone kinderen lijkt tekort te schieten.

2.2 Kenmerken van ADHD:

ADHD wordt uitsluitend op grond van observeerbaar gedrag vastgesteld. Een ADHD-diagnose kan gesteld worden als het kind voldoet aan de drie kernsymptomen en in die mate die buiten proportie is voor de ontwikkelingsleeftijd van het kind. Het gedrag moet leiden tot het disfunctioneren van het kind en/of zijn omgeving. Binnen het ADHD-syndroom onderscheiden we de onderstaande kernsymptomen:

2.2.1 Primaire kenmerken:

Aandachtstekorten:

Volgens steeds meer onderzoekers vormen de aandachts- en concentratiestoornissen de kern van het hele ADHD-probleem.

Vanuit de wereld om ons heen komen talloze prikkels op ons af.

Deze prikkels kunnen we niet allemaal bewust verwerken.

Dat hoeft ook niet, want het merendeel van deze prikkels is voor de activiteit waar we mee bezig zijn niet relevant.

We passen bewust en onbewust een selectie toe tussen relevante en irrelevante prikkels. Dit wordt gestuurd vanuit de hersenen.

Wij kunnen ons dus bewust richten op de juiste prikkels (richten van de aandacht). Daarnaast is het ook nodig dat we die aandacht voor die relevante prikkels vasthouden en niet afgeleid worden door prikkels die niet relevant zijn. Samengevat bestaat aandacht dus uit het maken van een selectie tussen relevante en irrelevante prikkels, het richten op de relevante prikkels en het vasthouden van de aandacht op die relevante prikkels.

Bij kinderen met aandachtstekorten gaat het meestal al fout bij het selecteren van relevante prikkels. Bij deze kinderen werkt de "zeef" niet goed. Ze laten alle prikkels door, of ze reageren op de eerste prikkel.

Ze missen "een rem" om de juiste prikkels te selecteren.

Dit aandachtstekort bestaat uit observeerbare overmatige afleidbaarheid, onvoldoende aangehouden aandacht en moeite om de aandacht te richten. Deze concentratieproblemen uiten zich vooral in voortdurend wegstaren van een taak (onoplettendheid), maken van aandachtsfouten, onvoldoende gericht luisteren, waardoor de opdracht niet behoorlijk wordt begrepen, moeite om lang de aandacht te houden bij een zelfde taak, vergeetachtigheid en moeite om leeropdrachten te plannen of stapsgewijs te verwerken.

Impulsiviteit:

Impulsiviteit in denken en doen. De kinderen handelen voortijdig op basis van slechts beperkte of irrelevante prikkels.

Ze kunnen de gevolgen moeilijk overzien. Ze willen hun behoeften meteen bevredigen. Ze hebben een geringe uitsteltolerantie m.a.w. ze kunnen hun gedrag moeilijk remmen. (inhibitie)

Daarnaast kan impulsiviteit zich uiten in gebrek aan een adequate cognitieve strategie om op bedachtzame wijze problemen te analyseren en op te lossen. Deze kinderen reageren vaak zonder van tevoren over het probleem of de taak na te denken en mogelijke oplossingen af te wegen. Ze kiezen meestal de weg van "gissen en missen".

De onbekwaamheid om te "stoppen, kijken, en luisteren" heeft ook een nadelige invloed op het sociaal functioneren.

Hyperactiviteit:

De hyperactiviteit uit zich niet alleen in een hoog activiteitsniveau, maar dit activiteitsniveau geeft vaak kwalitatieve verschillen te zien met kinderen zonder ADHD.

Er is sprake van een overmaat aan taakirrelevante, soms doelloze handelingen, zowel fijn- als grofmotorisch.

Deze beweeglijkheid uit zich in niet stil kunnen zitten, overal opkruipen, steeds in beweging zijn, rusteloosheid, wiebelen, prullen, prutsen. Het bewegingspatroon is erg druk, bruusk en bruut. Behalve in de motoriek uit de hyperactiviteit zich ook in praten en geluiden maken. Meestal is de beweeglijkheid ook tijdens de slaap observeerbaar.

Hyperactieve kinderen zijn niet of nauwelijks in staat hun beweeglijkheid te onderdrukken in situaties waarin dit wordt geëist.

Vooraf in ongestructureerde situaties is de beweeglijkheid opmerkelijk.

2.2.2 Gevolgen van de primaire kenmerken

2.2.2.1 Consequenties voor het kind:

Cognitief:

Kinderen met ADHD-gedrag hebben vaak een leerachterstand. Dit heeft alles te maken met de gebrekkige informatieverwerking. Ze hebben moeite met het opnemen van informatie (selectie van relevante prikkels), zodat het verwerken van deze informatie vaak problemen geeft. Ook hebben ze moeite om gedurende langere tijd aan een taak te werken (vasthouden van relevante prikkels).

De informatie die via verschillende zintuigen binnenkomt, moet juist geregistreerd, geselecteerd, geordend en geïntegreerd worden.

Omdat ze moeite hebben om zelf structuur aan te brengen stelt dit hoge eisen aan de gestructureerdheid van de leerstof en de instructie van de leerkracht.

Als aan deze specifieke eisen niet voldaan wordt, hebben juist deze kinderen eerder de kans een leerachterstand op te lopen.

Sociaal-emotioneel:

Doordat kinderen met ADHD-gedrag informatie niet goed kunnen verwerken, ze vaak impulsief reageren en ze moeilijk de aandacht kunnen vasthouden, doen ze frustrerende ervaringen op.

Bij de meeste kinderen slaat de balans tussen positieve en negatieve belevingen meestal uit naar de negatieve kant.

Daarnaast kunnen deze kinderen hun emoties slecht beheersen.

Om een kleinigheid kunnen ze extreem boos of verdrietig worden.

Doordat er veel mis gaat, doen ze te weinig succeservaringen op.

Het zelfvertrouwen neemt af. Het ADHD-kind wordt gemakkelijk de "zondebok" in de groep. De sociaal-emotionele ontwikkeling raakt daardoor verstoord. Soms wordt dit gemaskeerd door clownesk- of branieachtig gedrag. Meestal zijn deze reacties pure onmachtsreacties.

Het is belangrijk om te onthouden, dat achter dat masker meestal een erg onzeker kind schuilt, die het erg moeilijk heeft en zich dikwijls minderwaardig voelt.

2.2.2.2 Consequenties voor de omgeving:

Omdat het kind vaak anders reageert dan van hem verwacht wordt, komt het veelal in conflict met zijn omgeving. Dit heeft gevolgen voor de opvoeding, zowel thuis als op school. Ouders zullen altijd proberen hun kinderen die aandacht te geven die ze nodig hebben. Omdat kinderen met ADHD-gedrag meestal veel aandacht vragen is dit voor de ouders van deze kinderen niet altijd mogelijk. Dit heeft gevolgen voor broertjes en/of zusjes. Deze kunnen hierdoor het gevoel krijgen dat hun ouders meer aandacht hebben voor dat ene kind dan voor hen. Dit heeft dan weer gevolgen voor het hele gezinsleven. Dit is één voorbeeld waaruit blijkt dat een kind met ADHD invloed uitoefent op het hele gezinsleven. Op school blijken de kinderen met ADHD-gedrag vaak moeite te hebben om zich te houden aan de klassenregels. Hierdoor moeten ze regelmatig terechtgewezen worden, waardoor het kind het gevoel kan krijgen dat hij nooit iets goed doet. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de relatie met de leerkracht, maar ook voor de relatie met de klasgenootjes.

In het onderdeel "behandeling", zullen we voldoende handelingsalternatieven aanreiken om de "omgeving" voor deze kinderen te optimaliseren.

2.3 Mogelijke oorzaken:

In de loop van de jaren zijn er diverse verklaringen voor ADHD gegeven.

Enkele daarvan zijn:

Een lichte hersenbeschadiging:

In sommige gevallen is dit neurologisch aantoonbaar. In andere gevallen is dit niet het geval en wordt dit slechts verondersteld. Er bestaat een groep kinderen die wel ADHD-gedrag vertoont, maar waar de neurologische stoornis niet aantoonbaar is.

Ook zijn er kinderen waar een neurologisch effect is aangetoond, maar waarvan gedragsmatig niets te merken valt.

Neurologisch onderzoek naar ADHD staat erg in de belangstelling van wetenschappers.

Zowel voor, tijdens, als na de geboorte kunnen zich problemen voordoen (bv. zuurstofgebrek tijdens de geboorte). Vaak zijn deze oorzaken niet neurologisch aan te tonen. Ook is het niet zo dat elk zuurstofgebrek leidt tot ADHD. Het tijdens de zwangerschap bovenmatig drinken geeft een verhoogde kans op een hyperactief kind. Tijdens de tweede maand van de zwangerschap ontwikkelt zich de hersenbalk (corpus callosum); deze blijkt bij ADHD-kinderen kleiner. De balk is van belang voor de verbindingen tussen linker- en rechterhersenhelft. Het idee is dat een verkleinde balk de prikkeloverdracht bemoeilijkt hetgeen leidt tot aandachts- en gedragsproblemen.

Bij kinderen die op latere leeftijd hyperactief worden kan de oorzaak liggen in een hersenvliesontsteking of in complicaties bij een kinderziekte, zoals waterpokken.

Een stoornis in de prikkeloverdracht in het centrale zenuwstelsel:

Door storingen in de reguliere afscheiding van neurotransmitters (chemische stoffen in de hersenen, die het gedrag remmen), waardoor hyperactiviteit en een korte aandachtsspanne verklaard kunnen worden.

Genetische overdracht:

Het is mogelijk dat genetische overerving een oorzaak is, omdat ADHD-gedrag in bepaalde families meer voorkomt dan in andere families. We spreken hier vaak van temperament of karaktereigenschap.

Omgevingsfactoren:

Het is ook mogelijk dat ADHD-gedrag aangeleerd is en dus bepaald wordt door de omgeving. Men spreekt dan van "sociale ADHD".

De omgeving kan bepalend zijn in het al dan niet manifest worden van in aanleg aanwezige afwijkingen.

Storende invloeden uit de omgeving als stress, angst, emoties, problematische opvoedingssituatie of overbeweeglijkheid van ouders kunnen ADHD-gedrag verergeren.

Voedselallergie:

ADHD is een lichte stoornis in de hersenfunctie. Daar kan een dieet niets aan veranderen. Een ADHD kind heeft evenwel kans als elk ander kind om allergisch of overgevoelig te zijn voor bepaalde stoffen.

Voedselallergie veroorzaakt op zich geen ADHD-problematiek.

Meerdere oorzaken

In de meeste gevallen wordt ADHD veroorzaakt door meerdere factoren die op elkaar inwerken. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een kind met een lichte

neurologische stoornis opgroeit in een omgeving waar dit gedrag versterkt wordt.

Het is dus noodzakelijk om bij het zoeken naar oorzaken, voor zover dit mogelijk is, te kijken naar het kind, zijn omgeving en naar de interactie tussen het kind en zijn omgeving.

2.4 ADHD beelden in de diverse leeftijdfases:

In de loop van de ontwikkeling van het kind en de jongere met ADHD verandert ook het klinisch beeld van de aandoening (Barkley).

Geen rekening houden met deze ontwikkelingsdimensie zal ertoe leiden dat bij een aantal kinderen ADHD kan worden miskend.

Men mag er niet van uitgaan dat een kleuter die overactief gedrag vertoont, voortdurend van activiteiten wisselt, altijd zal evolueren naar een basisschool kind met ADHD en later naar een puber met aandachtsstoornissen en cognitieve impulsiviteit.

Longitudinaal onderzoek toont aan dat een aantal kinderen als het ware in het syndroom stappen, terwijl anderen in de loop van hun ontwikkeling eruit stappen.

We geven hieronder de belangrijkste kenmerken weer per leeftijdfases.

We doen dit puntsgewijs:

Zuigelingenleeftijd:

- overactiviteit
- overprikkelbaarheid
- abnormale korte volgbewegingen

Peuterleeftijd:

- kind is bijna voortdurend in beweging
- niet doelgericht gedrag
- elementaire regels zijn moeilijk aan te leren

Kleuterleeftijd:

- beperkte aandachtsspanne
- abnormale afleidbaarheid
- regels worden onvoldoende geïnternaliseerd
- emotionele prikkels en sociale druk helpen weinig om het gedrag te sturen
- ze worden meer gestuurd door allerlei prikkels uit de omgeving die de aandacht afleiden

Basisschoolleeftijd:

- zelfde beeld als bij kleuters, alleen het verwachtingspatroon wordt anders (hogere eisen)
- motorische onrust wordt door andere kinderen niet getolereerd

- negatieve kritiek vanuit omgeving kan tot een sociaal isolement leiden, dit mondt weer uit in emotionele problemen (groeiend negatief zelfbeeld)
- Veel kinderen hebben specifieke leerproblemen.
- Jongens vertonen meer gedragsstoornissen, meisjes relatief meer leerproblemen.

Puberteit:

- hyperactiviteit is minder opvallend
- de aandachtsspanne verbetert
- wel impulsief op cognitief gebied, kan zijn denkprocessen slecht structureren en emoties moeilijk moduleren
- vaak sociaal onhandig
- laat zich gemakkelijk leiden tot sociaal onaanvaardbaar gedrag, wat soms uitmondt in antisociale gedragsstoornissen

Volwassen leeftijd:

- behalen minder leerresultaten (diploma's)
- enkelen vertonen antisociaal gedrag (20%)
- frequenter alcohol- en drugsmisbruik

2.5 ADHD en co-morbiditeit:

Een meerderheid van de kinderen met ADHD vertoont naast ADHD de symptomen van één of meer andere stoornissen. (J. Oosterbaan en J. Sergeant). Frequent met ADHD geassocieerde stoornissen zijn stoornissen waarin agressief gedrag op de voorgrond staat (agressie stoornissen). Dit zijn oppositioneel gedrag (O.D.D. = oppositional defiant disorder) en antisociaal gedrag (C.D. = conduct disorder). O.D.D. wordt vaak als een mildere variant van C.D. gezien. Geschat wordt dat 30 tot 50% van de kinderen met ADHD tevens antisociaal gedrag heeft, terwijl tenminste 35% voldoet aan de criteria over oppositioneel gedrag. Vooralsnog gaat men ervan uit, dat ADHD en de antisociale gedragsstoornis twee verschillende aandoeningen betreffen, waarbij ADHD naar verhouding vaak gepaard gaat met ontwikkelingsachterstanden in motoriek, taal en cognitieve vaardigheden in tegenstelling tot de antisociale gedragsstoornis. Naast agressiestoornissen zien we vaak leerstoornissen bij kinderen met ADHD. De schatting over de co-morbiditeit tussen ADHD en leerproblemen liggen hoog. Vooral ADHD en dyslexie hebben een hoge correlatie. Het voorkomen van leerstoornissen bij kinderen met ADHD wordt toegeschreven aan genetische factoren (m.n. bij dyslexie), aan cerebrale onrijpheid, aan de overbeweeglijkheid die interfereert met het opnemen van nieuwe informatie en aan een zwak probleemoplossend vermogen, dat zich met name kenmerkt door het te snel tot conclusies komen zonder eerst goed te kijken en na te denken (Gunning). Andere stoornissen die vaak samengaan met ADHD zijn angststoornissen en stemmingsstoornissen. Ook is er een grote samenhang tussen ADHD en het syndroom van Gilles de la Tourette.

2.6 Signaleren en diagnose

Een probleem is dat er geen objectieve maat als hulpmiddel bij het stellen van de diagnose ADHD voorhanden is. Pogingen om meetinstrumenten te ontwikkelen voor het objectief vaststellen van aandachtstekorten, hyperactiviteit en impulsiviteit hebben tot op heden weinig opgeleverd. Voor het stellen van de diagnose ADHD moeten we dus onze toevlucht zoeken tot subjectieve gedragsbeoordelingen van het kind. De diagnose ADHD wordt pas gesteld wanneer de symptomen in twee of meerdere verschillende situaties aanwezig zijn (op school en thuis). Om de diagnose te kunnen stellen is het daarom noodzakelijk gebruik te maken van meerdere informanten. Dat zijn vaak de leerkracht en de ouders.

2.6.1 Klavertje vier

We vatten de kenmerken van ADHD samen in het "Klavertje Vier". Het "Klavertje Vier" is slechts een eenvoudig middel om eventueel ADHD op te sporen. Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is daarna noodzakelijk om vast te stellen of er echt sprake is van ADHD. Verwijzing naar kinderarts of een multi-disciplinair onderzoeksteam (GGZ) voor diagnose ADHD is dan wenselijk, omdat uitgebreid aandacht moet worden besteed aan eventuele co-morbide stoornissen.

De werkwijze is als volgt:

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje Vier" in. Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je de **knipperende lamp** aan.

Je gaat nu de andere drie probleemvelden inventariseren. Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van ADHD.

De kinderen voor wie het **droeve gezichtje** aangekruist wordt, kunnen, na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (verwijzing kinderarts of GGZ).

Raadpleeg tevens de criteria van de DSM IV en vul eventueel de CBCL (Child Behavior Checklist) in. Laat ook de ouders een CBCL invullen.

Je kunt ook gebruik maken van de ADHD vragenlijst (AVL) van Scholte en Van der Ploeg. De AVL bepaalt symptomen van ADHD bij jeugdigen van 4 tot 18 jaar en kan als een hulpmiddel worden ingezet bij de diagnosestelling.

De AVL omvat 18 specifieke uitspraken over gedragsproblemen, die door nauw betrokken opvoeders kunnen worden gescoord. Hierbij wordt er uitgegaan van deze basisvormen van probleemgedrag bij jeugdigen. Aandachtstekort, Hyperactiviteit en Impulsiviteit. Deze laatste drie vormen de subschalen van de AVL naast de hoofdschaal ADHD-totaal, die alle 18 gedragsaspecten omvat. Bovendien kan de AVL gebruikt worden als evaluatie-instrument om behandelingseffecten te meten.

De psycholoog interpreteert de CBCL en trekt hieruit de conclusie.

2.6.2 Criteria ADHD-DSM IV

A. Er is sprake van (1) of (2):

1. Aandachtsproblemen: tenminste zes van de volgende symptomen bestaan al minstens een half jaar in een mate die onaangepast is en niet in overeenstemming met het verstandelijk niveau:
 - Let vaak niet goed op details of maakt slordigheidsfouten in schoolwerk, werk of andere activiteiten.
 - Heeft vaak moeite de aandacht bij een taak of spel te houden.
 - Lijkt vaak niet te luisteren wanneer iemand het woord tot hem of haar richt.
 - Heeft vaak moeite om instructies volledig te volgen en maakt schoolwerk, taken of verplichtingen op het werk niet af (niet ten gevolge van oppositioneel gedrag of het onvermogen instructies te begrijpen).
 - Heeft vaak moeite om taken of activiteiten te organiseren.
 - Gaat taken die een langdurige mentale inzet vereisen (zoals schoolwerk of huiswerk) vaak uit de weg, heeft er een hekel aan of toont tegenzin ermee te beginnen.
 - Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijv. speelgoed, opgaven van school, potloden, boeken of gereedschap).
 - Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.
 - Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.
2. Hyperactiviteit/impulsiviteit: tenminste zes van de volgende symptomen bestaan al minstens een half jaar in een mate die onaangepast is en niet in overeenstemming met het verstandelijk niveau:

Hyperactiviteit:

 - Beweegt vaak onrustig met handen en voeten, of wiebelt in zijn stoel.
 - Staat op van zijn plaats in de klas of in andere situaties waar wordt verwacht dat iemand blijft zitten.
 - Rent in situaties, waar dit ongepast is, vaak rond of klautert overal in (bij adolescenten en volwassenen kan dit beperkt blijven tot een subjectief gevoel van rusteloosheid)
 - Heeft vaak moeite zich rustig bezig te houden met spel of vrijetijdsactiviteiten
 - Is vaak in "volle actie" of gedraagt zich vaak "alsof hij/zij wordt aangedreven door een motor".
 - Praat vaak buitensporig veel.

Impulsiviteit:

 - Gooit vaak het antwoord op vragen eruit voordat deze afgemaakt zijn.
 - Heeft vaak moeite om op zijn beurt te wachten.
 - Onderbreekt of stoort anderen vaak (bijv. valt in de rede tijdens een gesprek of bemoeit zich met spelletjes).
- B. Voor de leeftijd van zeven jaar was al sprake van enige symptomen op het gebied van hyperactiviteit/impulsiviteit of gestoorde aandacht, die aanleiding gaven tot disfunctioneren.

- C. Enig disfunctioneren als gevolg van de symptomen doet zich voor in twee of meer situaties (bijv. op school en thuis).
- D. Er moet sprake zijn van duidelijke tekenen van klinisch significant disfunctioneren op sociaal of leervlak of op het werk.
- E. De symptomen komen niet uitsluitend voor in het kader van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en laten zich niet beter verklaren door een andere psychiatrische stoornis (bijv. een angststoornis, stemmingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis) of door het gebruik van medicijnen of verslavende middelen.

2.6.3 Child behavior checklist voor leerkrachten en ouders

Deze schaal heeft een leerkracht, een ouder en een leerling gedeelte. Voor jonge kinderen is het invullen van de leerkracht- en ouderschaal slechts mogelijk. Voor oudere kinderen kun je ook de leerlingenschaal laten invullen. Deze observatieschaal moet, na het invullen, geïnterpreteerd worden door een psycholoog.

2.7 Behandeling

Steeds meer groeit het besef dat de behandeling van ADHD een intensieve, langdurige aanpak vereist. Deze aanpak bestaat uit een meersporenbeleid, waarbij zo mogelijk alle begeleiders van het kind betrokken worden. Het is erg belangrijk dat leerkrachten en ouders samenwerken en de begeleiding op elkaar afstemmen.

Daarnaast is het elkaar ondersteunen en bemoedigen noodzakelijk. De begeleiding van deze kinderen is vaak een opgave. Het meersporenbeleid bestaat uit:

- **een aangepast pedagogisch leefklimaat**, waarbinnen enerzijds structuur en consequent handelen en anderzijds een intensieve sociale ondersteuning centraal dient te staan.
- **medicamenteuze behandeling**.
- **gedragsbeïnvloeding**, waaronder gedragsbeïnvloeding op basis van operante leerprincipes en cognitieve gedragsmodificatie. Ook is sociale vaardigheidstraining zinvol voor deze kinderen.

De handelingsadviezen worden als volgt opgebouwd:

We beschrijven eerst in het kort waarom we het pedagogisch leefklimaat de basis vinden voor de begeleiding van deze kinderen. Daarna gaan we in op argumenten voor een medicamenteuze behandeling en welke effecten dat op de gedragingen van het kind kunnen hebben.

Vervolgens beschrijven we twee gedragsbeïnvloedingsmogelijkheden. De eerste werkwijze is gebaseerd op operante leerprincipes, waarbij het belonen van gewenst gedrag en het straffen van ongewenst gedrag centraal staat. De tweede werkwijze (cognitieve gedragsbeïnvloeding) wil het kind via voordoen en

ondersteuning door de taal bepaalde regels, vaardigheden en probleemoplossend gedrag aanleren.

We stippen hier ook enkele concrete programma's aan, die je binnen de klassensituatie kunt hanteren. Ook sociale vaardigheidstraining zoals "Schatjes, Katjes, Watjes" is gebaseerd op bovenstaand leerprincipe.

Daarna beschrijven we in het kort de tien principes voor begeleiding van het ADHD-kind uit het boek "Diagnose ADHD" van Barkley. Dit zijn concrete uitgangspunten, die het pedagogisch klimaat en het handelen van de leerkracht en ouders richting geven.

Als laatste beschrijven we vrij concrete handelingsadviezen voor de leerkracht. Ze worden gerubriceerd weergegeven.

We hopen dat deze algemene en meer concrete handelingsadviezen de begeleiding van het kind met ADHD de leerkracht enigszins verlicht.

Laat je niet ontmoedigen.

Relativeer regelmatig.

Jij bent de steun en toeverlaat.

Dit kind heeft jou ECHT nodig.

2.7.1 Pedagogisch klimaat

Het belangrijkste uitgangspunt bij de begeleiding van deze kinderen is het pedagogisch klimaat. Dit kind vraagt om een veilig, empatisch, gestructureerd leerleefklimaat. Dit kind heeft niet het vermogen om uit zichzelf structuren aan te brengen in zijn denken, werken en omgaan met anderen.

Structuur moet dus van buitenaf komen. Dit vraagt ontzettend veel energie van de leerkracht en ouders. Consequent handelen, grenzen stellen zijn geen gemakkelijke opgaven.

Maar op de allereerste plaats vraagt dit kind om begrip, inlevingsvermogen en om sociale ondersteuning.

Deze sociale ondersteuning moet gebaseerd zijn op een vertrouwensrelatie. Het kind moet altijd bij jou terecht kunnen.

Je zult regelmatig door zijn negatieve gedrag teleurgesteld worden. Het kind zal je op sommige momenten best irriteren.

Denk er aan, dit kind doet het niet bewust. Het wil jou niet krenken. Zonder deze sociale steun kan het kind moeilijk een positief zelfbeeld opbouwen en een gevoel van eigenwaarde ontwikkelen.

Steun en vertrouwen is de basis om zelfvertrouwen te krijgen, wat bij voldoende succeservaringen uitmondt in zelfwaardering.

- Ik ben iemand, die dingen goed doet.
- Ik ben iemand, die de moeite waard is.
- Ik voel me competent.

De ontwikkeling van dit zelfbeeld en een gevoel van eigenwaarde is het belangrijkste aspect binnen de sociaal-emotionele ontwikkeling. Zeker voor dit kind.

Het belangrijkste wat je als leerkracht aan deze ontwikkeling kunt doen, is een betrouwbare, ondersteunende en begripvolle vertrouwenspersoon voor dit kind zijn.

Orthopedagogische hulpvraag:

Ik ben vaak moeilijk. Ik overschrijd voortdurend jullie regels.

Ik tast steeds jullie grenzen af, soms ben ik stierlijk vervelend.

Mijn ouders zeggen af en toe: "direct plak ik je achter het behang".

Ik verknal door mijn gedrag ook vaak de leuke dingen in de klas en bij ons thuis.

Ik ben ervan doordrongen, dat ik jullie regelmatig irriteer.

Ik wil dat niet. Het overkomt me.

Daarna voel ik me schuldig.

Help me.

Geef me een "groei-kans-scheppende" leefwereld.

Ik heb behoefte aan heel veel ondersteuning.

Geef me structuur, handel consequent.

Daar heb ik erg veel houvast aan.

Ik zal me proberen te richten naar jullie regels en normen.

Vergeef me als ik ze niet meteen kan hanteren.

Ik overtreed ze niet bewust.

Het is voor mij pure onmacht.

2.7.2 Medicamenteuze behandeling

Medicatie is bij kinderen met ADHD geïndiceerd als de sociaal-emotionele en/of cognitieve ontwikkeling door de ADHD-symptomen stagneert en het kind op grond van de diagnostiek onvoldoende bereikbaar blijkt voor enkel gedragsbeïnvloeding.

Doel van de medicamenteuze behandeling is dus het kind beter bereikbaar te maken voor gedragsinterventies.

In Nederland wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van Ritalin. De medicatie reduceert het probleemgedrag en heeft een gunstig effect op het cognitief functioneren, de schoolprestaties en het sociaal functioneren. Voor sommige kinderen kan de kinderarts in bepaalde situaties Dixarit of Clonidine voorschrijven. Sinds circa 1993 stijgt het gebruik van Ritalin internationaal en ook in Nederland zeer sterk.

In 1999 hebben in totaal circa 30.000 kinderen en jongeren tot 19 jaar het middel gebruikt, van wie 20 procent meisjes. De top van het gebruik ligt bij jongens rond de 9 jaar. Er is een verbreding bespeurbaar, vooral naar de wat oudere leeftijdsgroep. Vijftien procent van de gebruikers is ouder dan 15 jaar. Kinderartsen hebben het grootste aandeel in het voorschrijven van een medicamenteuze behandeling, namelijk bij ongeveer de helft van de gevallen, kinderpsychiaters nemen een kwart voor hun rekening.

Ritalin (methylphenidaat) is een stimulerend middel dat bij kinderen in plaats van de te verwachten opwinding, juist een kalmerend effect geeft.

Rilatin is een preparaat dat valt onder de opiumwet. Uit onderzoek blijkt dat dit middel niet verslavend is. Rilatin heeft een kortdurende en snelle werking. Het effect van de medicatie is gewoonlijk drie uur na inname niet meer merkbaar. Rilatin werkt niet bij iedereen hetzelfde. Bij ongeveer eenderde treedt geen of nauwelijks effect op. Soms kunnen bijwerkingen optreden en moet men het innemen van Rilatin staken. De kinderarts kan dan overwegen een ander medicijn (Clonidine) te proberen.

Medicamenteuze behandeling van ADHD-kinderen vereist een grote mate van expertise. Daarom is doorverwijzing naar een kinderarts aan te bevelen. Het medisch volgen van deze kinderen is en blijft noodzaak

Rilatin is geen genezend middel. De werking van Ritalin beïnvloedt wel de verschillende componenten van het functioneren van het kind n.l.:

- om de aandacht bij schooltaken te verbeteren en de impulsiviteit te verminderen.
- om de overbeweeglijkheid af te remmen, als die voor het kind en zijn omgeving erg hinderlijk is.
- om te bereiken dat het kind zich minder storend gedraagt, met als gevolg minder conflicten en negatieve ervaringen met volwassenen en leeftijdsgenootjes.

Mogelijke bijwerkingen van Ritalin zijn inslaap- en doorslaapproblemen, eetlustvermindering, hoofdpijn, vermoeidheid, misselijkheid, buikpijn. Vooral bij de proefmedicatie (eerste weken) kan het kind problemen met deze bijwerkingen krijgen. Kinderen, die door Ritalingebruik, moeite hebben met het inslapen kunnen hiervoor een slaapmedicatie krijgen.

Sinds de zeventiger jaren wordt Melatonine gebruikt bij kinderen om een beter slaap-waakritme te krijgen. Bij dit medicijn zijn geen bijwerkingen bekend en er treedt geen gewenning op. Gegevens over eventuele negatieve effecten bij langdurig gebruik zijn er nog niet.

In Nederland is Melatonine alleen verkrijgbaar via de kinderarts. Melatonine is een uitstekend en veilig middel.

Wat kan er verder gedaan worden aan slaapproblemen bij het gebruik van Ritalin?

Mogelijke adviezen voor ouders:

- bied een goede structuur overdag
- zorg voor een rustige slaapkamer
- laat het kind geen koffie, thee of cola drinken voor het slapen gaan
- maak duidelijke afspraken over bedtijd
- zorg voor een vast bedritueel

Op het gebied van medicatie zijn verschillende maatregelen mogelijk:

- het tijdstip van de laatste Ritalingift aanpassen
- slaapmedicatie geven (Melatonine)
- Ritalin vervangen (bijvoorbeeld door Dixarit).

Bij sommige kinderen treedt rebound ontremmingen (toename van de ADHD symptomen) op na uitwerking van het medicijn. Ritalin heeft minder effect als het kind onvoldoende structuur wordt geboden. Dit pleit ervoor eerst te zorgen voor voldoende structuur in de thuis- en schoolsituatie.

Kort samengevat: (Gunning)

Gunstig effect op:

- aandacht
- impulscontrole
- fijne motorische coördinatie
- reactietijd
- waarneming en geheugen
- leerprestaties
- contact met anderen
- agressiviteit

Relatief gecontraïndiceerd bij:

- tics
- epilepsie
- integratiezwakte
- depressiviteit
- kinderen jonger dan 6 jaar
- schildklieraandoeningen

2.7.3 Gedragsbeïnvloeding

Gedragsverandering bij kinderen met ADHD berust op operante leerprincipes, waarbij het draait om het systematisch belonen van gewenst gedrag en het straffen of negeren van ongewenst gedrag. Om optimaal resultaat te bereiken is samenwerking met andere begeleiders en vooral met de ouders van het kind aan te bevelen. Alle volwassenen die het kind begeleiden moeten dezelfde strategie hanteren op hetzelfde gedragsprobleem.

Dan pas bestaat de kans op gedragsverandering van het kind. Laat je niet ontmoedigen door teleurstellingen. Gedragsverandering bij deze kinderen is iets van de lange adem.

Bij gedragsveranderingen onderscheiden we de volgende stappen (Slot e.a.)

- het observeren van het gedrag
- het geven van feedback /gedragsinstructie
- het hanteren van een waarderingskaart (Barkley)

2.7.3.1 Het observeren van gedrag (Slot e.a. 1999)

Gedrag kan veel emoties oproepen; dit maakt het soms moeilijk om goed te observeren. Met andere woorden je moet voorkomen dat je eigen emoties ertoe leiden dat je gebeurtenissen gaat interpreteren. Observeren en interpreteren moeten goed onderscheiden worden. Er zijn twee vuistregels.

- Beschrijf de situatie zoveel mogelijk in termen van waarneembaar gedrag. (dan wordt interpretatie vermeden). Zeg niet: 'Wouter deed heel onhandig tegen Anne', maar vermeldt duidelijk uit welke waarneembare gedragingen je afleidt dat Wouter onhandig deed.
- Verdeel de situatie die je observeert, in zoveel mogelijk afzonderlijke situaties. Hierdoor wordt de in stappen beschreven situatie overzichtelijk. We zijn geneigd om bij observatie in 'veel te grote brokken' te denken. Het is

van belang om een gebeurtenis als het ware in kleinere gebeurtenissen uit elkaar te trekken. Een observatie in stappen blijft bij een constatering. Het is een beschrijving van gebeurtenissen die na elkaar plaatsvinden en die tezamen de totale gebeurtenis in kaart brengen.

Voorbeeld:

Wouter zit aan zijn tafel te rekenen. Anne komt langslopen en stoot tegen zijn tafel. Wouter kijkt op en zegt tegen Anne dat ze op moet passen. Anne loopt rood aan en zegt sorry.

2.7.3.2 Het geven van feedback/gedragsinstructie (Slot e.a., 1999)

Er is sprake van feedback als één persoon van een andere persoon iets te horen krijgt over zijn eigen doen en laten. Wanneer feedback op een goede manier gegeven wordt, weet de ontvanger precies welk gedrag goed was en/of welk gedrag veranderd moet worden.

Voor het aanleren van vaardigheden is het geven van feedback door een leerkracht een belangrijke techniek. Feedback kan op allerlei momenten in het contact met de leerling gegeven worden, zodat de leerling vaak direct volgend op gewenst/ongewenst gedrag feedback krijgt.

Het geven van feedback op adequaat gedrag:

- maak contact (op een positieve manier)
- zeg wat het kind goed doet
- geef aan waarom dit goed is en noem de positieve gevolgen voor het kind

Voorbeeld 1

Wouter, ik vind dat je heel goed de afgelopen 10 minuten aan je sommen hebt gewerkt. Je bent hierdoor een heel eind opgeschoten en daardoor kan je nu eerder aan je vrije opdracht gaan beginnen.

Voorbeeld 2

Anne, ik vind het heel knap van je dat je je aan alle regels op het schoolplein hebt gehouden. Hierdoor heb je heel erg leuk kunnen spelen met je vriendinnen.

Feedback op adequaat gedrag kan soms korter, bijvoorbeeld door te knikken, te zeggen 'dat is goed' of een duim op te steken wanneer een jongere adequaat gedrag laat zien.

Je zou kunnen zeggen dat feedback op adequaat gedrag drie niveaus kent.

- 1^e niveau : positief gebaar of woord
- 2^e niveau : en zeg wat het kind goed deed, spreek in de ik-vorm
- 3^e niveau : en geef aan waarom dit goed is

2.7.3.3 De gedragsinstructie (volgend op ongewenst gedrag)

Het geven van gedragsinstructies is een manier om een kind vaardigheden te leren.

Een gedragsinstructie kan gebruikt worden in een situatie waarin een kind ongewenst gedrag laat zien en je het kind wilt leren hoe het anders kan. Of als een kind een nieuwe taak krijgt en je het kind van tevoren wilt instrueren hoe de taak uitgevoerd dient te worden. Bij de gedragsinstructie ligt het accent op het gewenste gedrag in een situatie.

We beschrijven nu alleen de gedragsinstructie die volgt op ongewenst gedrag:

- Maak contact (op een positieve manier).
- Zeg wat het kind goed doet.
- Zeg wat het kind niet goed doet/het beter kan doen.
- Zeg wat goed/beter is in deze situatie (noem gewenst gedrag).
- Geef aan waarom dit wenselijk is.
- Vraag of het kind het begrepen heeft.

Voorbeeld:

Situatie: Wouter heeft net de leerkracht uitgescholden omdat hij voor zijn beurt sprak.

Leerkracht: (op rustige wijze) Wouter ik vind het goed dat je zegt wat er in je omgaat. Maar de scheldwoorden die je daar voor gebruikte, vind ik niet zo'n goede manier om dat aan mij duidelijk te maken. Probeer de volgende keer, als je het niet met mij eens bent, iets te zeggen zoals: "Meester ik ben het absoluut niet eens met dat u nou weer kwaad op me wordt". Dan zal ik naar je luisteren, maar nu heb je me zo uitgescholden dat ik geen zin heb om een gesprek met je aan te gaan. Snap je dat?

2.7.3.4 Het geven van feedback bij ADHD kinderen:

- Feedback over het gedrag van het ADHD-kind moet meteen worden gegeven.
- Als beloning of afwijzing pas later op het gedrag volgt heeft deze minder effect. Bij ADHD kinderen zijn de timing en de toepassing van feedback op het gedrag van groot belang. De feedback moet niet alleen meteen, maar ook veel vaker en veel consequenter worden gegeven dan bij normale kinderen.
- De beloning of afwijzing die volgt op het gedrag van het kind met ADHD moeten vaak **krachtiger** zijn dan de feedback die wordt gegeven op het gedrag van normale kinderen. ADHD kinderen zijn relatief ongevoeliger dan normale kinderen voor een beloning of afwijzing die volgt op hun gedrag. Bij gedragsverandering moet men rekening houden dat de beloningen van dien aard zijn dat het ADHD kind ook gemotiveerd is het gewenste gedrag uit te voeren. Met andere woorden, het zo af en toe geven van een compliment of berisping is vaak niet genoeg om het ADHD gedrag te veranderen.
- Het aanbrengen van gedragsveranderingen dient op een **positieve**, speelse manier te worden aangeboden, waardoor het voor het kind aantrekkelijk is om mee te doen. Beloningssystemen zullen geregeld vernieuwd moeten

worden. Er treedt bij deze kinderen snel gewenning op waardoor het beloningssysteem aan waarde inboet.

2.7.3.5 Waarderingskaart:

Bij de waarderingskaart wordt door de leerkracht gewerkt aan een of enkele doelgedragingen. Dit wordt door de leerkracht geëvalueerd en gewaardeerd. Deze kaart wordt thuis door de ouders besproken en beloond. Het effectieve van deze methode is dat leerkracht en ouders samenwerken.

Een waarderingskaart houdt het volgende in:

De leerkracht evalueert dagelijks het schoolse functioneren van het kind aan de hand van een aantal van tevoren geformuleerde doelveranderingen.

Deze doelveranderingen staan op een kaart. Het is de bedoeling, dat de leerkracht zeer regelmatig de doelgedragingen met een cijfer beoordeelt.

Onder aan de kaart zetten de leerkracht en het kind vervolgens hun handtekening. Deze kaart kan eerst dagelijks, later twee of drie maal per week worden ingevuld.

De vormen van gedrag die als doel worden gesteld, kunnen zowel betrekking hebben op sociaal gedrag als op taak-werkhoudingsaspecten.

Bijvoorbeeld, het op je plaats blijven zitten, niet roepen in de klas, instructies opvolgen, meteen aan je taak werken, samenspelen, schelden en vechten.

Zet maximaal vijf gedragingen op de kaart. Pas als bepaalde gedragingen beter gaan, kan de lijst worden uitgebreid.

Plaats altijd twee gedragingen op een kaart die al goed lopen, zodat het kind in ieder geval beloond kan worden.

In de dagelijkse evaluatie moet de nadruk liggen op wat goed gaat.

Voor situaties waar probleemgedrag optreedt, kan het kind oplossingen bedenken.

Bij het opzetten van een waarderingskaart moeten we met de volgende stappen rekening houden:

- het selecteren van relevante doelgedragingen (concreet gedrag)
- het aantal doelgedragingen mag niet te uitgebreid zijn
- de dagelijkse evaluatie van het doelgedrag moet kwantificeerbaar zijn
- kinderen moeten regelmatig feedback krijgen
- het succes van de waarderingskaart is gebaseerd op een duidelijk en consequent systeem, wat leidt tot succeservaringen en daardoor tot beloning.

2.7.4 Cognitieve gedragsbeïnvloeding:

Cognitieve gedragsbeïnvloedingstechnieken hebben tot doel de cognitieve stijl van impulsieve kinderen te veranderen.

Deze vorm van beïnvloeding is goed te gebruiken bij (ADHD)-kinderen met ernstige taak-werkhoudingsproblemen.

Deze beïnvloeding beoogt de cognitieve problemen te verhelpen door hen van buitenaf regels aan te leren, waarin planmatig werken en het evalueren van hun taak op de voorgrond staat.

Voor de begeleiding van de taak-werkhoudingsproblemen baseren wij ons op de zelfinstructiemethode van Meichenbaum (Timmerman). Het is een cognitieve methode. Dat betekent dat het kind leert om bewust zijn plangedrag en zijn handelen te sturen.

Dat betekent echter niet dat een kind met deze problemen enkel en alleen geholpen kan worden door middel van deze werkwijze.

Het is één manier, naast medicatie en gedragsbeïnvloeding gebaseerd op operante leerprincipes.

Volgens Meichenbaum analyseren impulsieve kinderen hun (leer) ervaringen niet spontaan in cognitieve termen en formuleren en internaliseren zij geen regels, die hen sturen in nieuwe (leer)situaties.

Impulsiviteit kan beschouwd worden als een cognitieve stijl, als een bepaalde manier van informatie opname en informatieverwerking.

De kinderen hanteren de taal (inner speech) onvoldoende om hun handelen te sturen. Dit heeft tot gevolg dat zich één of meer van de volgende problemen kunnen voordoen:

- Het kind begrijpt de aard van het probleem of de bedoeling van de taak niet en kan dus ook niet ontdekken wat hem in deze situatie kan helpen.
- Het kind heeft wel de vaardigheden die hem in een bepaalde situatie kunnen helpen, maar hij slaagt er niet in om deze spontaan en op de juiste momenten in te schakelen.
- De vaardigheden worden wel ingeschakeld maar sturen het uiteindelijke gedrag niet.

Meichenbaum onderscheidt de volgende vijf stappen om het probleemoplossend vermogen bij kinderen te sturen:

- Een volwassene voert de taak uit, terwijl het kind hardop tegen zichzelf praat.
- Het kind voert dezelfde taak uit terwijl de volwassene instrueert hoe het kind te werk moet gaan.
- Het kind voert de taak uit terwijl hij zichzelf hardop instrueert.
- Het kind fluistert zelfinstructies bij het uitvoeren van de taak.
- Het kind handelt de taak af, terwijl het zijn gedrag reguleert met innerlijke taal.

Het beste kan men starten met eenvoudige taken. Geleidelijk aan wordt de moeilijkheidsgraad opgevoerd en worden er meer probleemoplossende vaardigheden van het kind vereist, waarbij het wordt geleerd:

- het probleem of de taak te definiëren
- de aandacht te richten en zijn handelen te sturen
- zichzelf te prijzen voor het goed uitvoeren van de taak
- het gedrag te evalueren en indien nodig bij te stellen.

De zelfinstructiemethode van Meichenbaum is door K. Timmerman concreet uitgewerkt in haar "methode met de 4 beertjes".

2.7.4.1 Sociale vaardigheidstraining:

Bij veel kinderen met ADHD ontstaan er ernstige problemen door de manier waarop zij met andere kinderen omgaan. Hun overbeweeglijkheid en impulsiviteit wekt vaak aversie op bij de andere kinderen, vooral als die andere kinderen samen proberen te werken of te spelen.

Andere kinderen houden meestal ook niet van de onbeschroomde manier waarop het ADHD-kind iets kan zeggen.

Het ADHD-kind is snel over zijn toeren, boos of agressief.

Hierdoor kunnen andere kinderen zich bedreigd voelen. Als het ADHD-kind gaat schelden, gewelddadig, opstandig, oppositioneel of vijandig wordt, nemen de problemen met andere kinderen ernstige vormen aan. Het resultaat is dat het ADHD-kind een slechte naam krijgt bij zijn leeftijdsgenootjes. Op zijn beurt vindt het ADHD-kind dit ontzettend vervelend.

Vaak raakt het kind hierdoor in een sociaal- en emotioneel isolement.

Het voelt zich een drop-out.

De eenzaamheid vergroot. Hierdoor kan het kind nog extremer reageren.

Schenk vooral aandacht aan de volgende vier aspecten:

- Contact leren maken met een kind of een groep kinderen.
- Een gesprek aangaan en voeren met een ander kind (naar een ander kind luisteren, vragen naar de ideeën en gevoelens, om de beurt praten, algemene interesse tonen).
- Conflicten oplossen.
- Met de andere kinderen delen.

2.7.4.2 Remweg:

Paedologisch instituut "De Waarden" in Nijmegen heeft een trainingsprogramma voor impulsieve, drukke kinderen met aandachtsproblemen ontwikkeld.

Dit programma heet "Remweg".

2.7.5 Algemene concrete uitgangspunten voor de begeleiding van een kind met ADHD:

Barkley beschrijft in zijn boek "Diagnose ADHD " tien belangrijke algemene principes voor de begeleiding van een kind met ADHD. Hij omschrijft ADHD als een stoornis van de zelfbeheersing. Deze functie is essentieel voor het maken van plannen, organiseren en uitvoeren van het ingewikkelde menselijk gedrag. Volgens Barkley heeft een ADHD-kind geen gebrek aan vaardigheden of kennis. Het heeft dus niet zoveel zin om het kind voor te doen hoe het iets moet doen of hoe het zijn probleem kan corrigeren.

Men helpt het kind veel meer door het geven van duidelijke instructies, door het werk zo in te delen dat het veel interessanter, uitdagender is, het gedrag van het kind richten op toekomstige doelen door een beloningssysteem te

gebruiken en door het kind direct te belonen als het een opdracht af heeft of als het de regels goed heeft opgevolgd.

De tien principes houden het volgende in:

Geef het kind directe feedback

en laat meteen merken wat de consequenties zijn van het gedrag.

Kinderen met ADHD lijken veel meer dan gewone kinderen te worden beïnvloed door de gebeurtenissen van het moment. ADHD-kinderen gaan al snel op zoek naar andere bezigheden als de opdracht eentonig of saai is en weinig beloning oplevert. Positieve feedback is nodig om de opdracht te volbrengen. Beloon het kind snel als het zich goed gedraagt en geef positieve feedback, maar laat ook snel merken wat de onaangename gevolgen zijn bij ongewenst gedrag.

Geef het kind geregelde feedback

ADHD-kinderen hebben er niet alleen baat bij als ze snel feedback over hun gedrag krijgen en weten wat de gevolgen zijn, maar ook als dit met een zekere regelmaat gebeurt. Dus snelle en regelmatige feedback is aan te bevelen.

Zorg voor gevolgen die een grotere invloed hebben

Er zijn voor een ADHD-kind duidelijkere en krachtigere gevolgen nodig dan voor andere kinderen om hem aan te sporen zijn werk te doen, de regels op te volgen of zich goed te gedragen. Door de aard van de stoornis moet men beloningen gebruiken die groter zijn, meer invloed hebben om positief gedrag te ontwikkelen (vooral materiële beloningen).

Geef het kind een aanmoedigingspremie in plaats van straf

De algemene regel luidt: positieve gevolgen gaan voor negatieve. Vaak alleen door het kind te belonen en aan te moedigen leert het de dingen die je wilt.

De regel "aanmoedigingspremie gaat voor negatieve gevolgen" is eenvoudig.

Als men ongewenst gedrag wil veranderen, bepaal dan eerst door welk positief gedrag je dit wil vervangen. Geef meer complimenten dan straf. Als je straft doe dit dan consequent en selectief. Straf het kind alleen als het specifiek, negatief gedrag vertoont.

Straf het kind niet voor alle andere dingen die het fout doet.

Streef ernaar consequent te zijn

Als je de regels steeds op een andere manier toepast, vraag je om moeilijkheden.

Consequent zijn betekent, letten op de volgende drie punten:

- wees altijd consequent.
- geef niet te snel op als je met het aanleren van een nieuwe regel bent begonnen.
- reageer op dezelfde manier, zelfs als de omgeving verandert.

Geen woorden maar daden

Het kind is gevoeliger voor de gevolgen van de feedback die je gebruikt en minder gevoelig voor de argumentatie. Handel dus snel, geef directe feedback en het ADHD-kind zal zich beter gaan gedragen. Door te blijven praten, zul je alleen maar meer problemen krijgen en het kind gaat zich niet beter gedragen.

Bereid je voor op probleemsituaties

Je kunt jezelf heel wat ellende besparen als je leert hoe je je kunt voorbereiden op toekomstige probleemsituaties. Bedenk ruim van tevoren hoe je deze problemen het beste kunt aanpakken. Vertel het kind vooraf wat je van plan bent als het fout gaat en handel daar ook naar als er een probleem ontstaat (b.v. bij het maken van een opdracht die het kind minder interesseert).

Denk er aan dat het kind een handicap heeft

Soms vergeten opvoeders van een kind met ADHD de problemen van dat kind in de juiste verhouding te zien. Zij worden boos, geïrriteerd of raken op zijn minst gefrustreerd als hun manier van begeleiden in eerste instantie niet lijkt te lukken.

En dit komt regelmatig voor. Een manier om in alle omstandigheden het hoofd koel te houden, is te proberen om een psychologische afstand tussen jou en de problemen van het kind te bewaren. Bezie de probleemsituatie objectief. Je bent dan waarschijnlijk beter in staat om redelijker, eerlijker en verstandiger op het kind te reageren.

Trek de problemen of de stoornis van het kind niet persoonlijk aan

Sta jezelf niet toe om je eigen gevoel van eigenwaarde afhankelijk te maken van het feit of je een argument of conflict met het kind hebt "gewonnen". Er is niemand die de stand bijhoudt. Blijf kalm, benader de problemen met een zekere humor en probeer in ieder geval alle andere principes die hier zijn genoemd op te volgen als je op het kind reageert.

Oefen vergevingsgezindheid

Dit is het belangrijkste principe:

Vergeet de boosheid, teleurstelling of andere emoties die in de loop van de dag zijn ontstaan vanwege het ongewenste of storende gedrag van het kind. Denk er aan dat het kind jouw ondersteuning hard nodig heeft. Dit betekent niet dat het kind niet verantwoordelijk gesteld mag worden voor zijn wandaden. Het betekent wel dat je ten alle tijden moet kunnen vergeven. Een veilige, positieve relatie van jou, als begeleider van het kind, moet altijd centraal staan.

2.7.6 Concrete handelingsadviezen voor de leerkracht (Parker, Barkley)

Hieronder volgen een aantal suggesties voor de aanpak in de klas:

2.7.6.1 Wat te doen met een zwakke aandacht regulatie?

- Geef het kind een bank in het blikveld van de leerkracht. Door een kind met ADHD een "apart" plaatsje in de klas te geven, heeft het kind minder

afleidende prikkels binnen zijn blikveld. En de leerkracht kan het gedrag van het kind beter observeren waardoor het gemakkelijker wordt om het kind feedback te geven.

- Het belonen of het afwijzen van gedrag moet bij ADHD-kinderen meteen na het gedrag worden gegeven. De feedback moet niet alleen meteen, maar ook veel vaker en veel consequenter worden gegeven dan bij normale kinderen.
- Geef duidelijke, concrete en korte opdrachten. Vaak hebben ADHD-kinderen veel baat als de opdrachten bijvoorbeeld visueel worden ondersteund (de opdrachten op het bord schrijven). Het kan nuttig zijn om het kind de opdracht te laten herhalen om te controleren of alles goed is overgekomen.
- De opdrachten moeten zo kort mogelijk worden gehouden en geef zoveel mogelijk één opdracht tegelijk. Men kan b.v. een overzichtelijke tijdslimiet stellen waarbinnen de taak moet worden afgemaakt. Deze tijdslimiet kan b.v. worden ondersteund door een zandloper of wekker. Het kind moet dan proberen om binnen de gestelde tijd de taak af te maken. Het is van belang dat het kind altijd ruim voldoende tijd krijgt om de taak te maken.
- Leer het kind zichzelf te instrueren tijdens het werk, gebruik hierbij ter ondersteuning voorbeeldplaatjes en stickers op de bank.
- De klas moet goed georganiseerd, gestructureerd en voorspelbaar zijn voor het kind. Visuele ondersteuning is vaak heel nuttig door het dagelijkse programma op het bord te schrijven of de klassenregels op een poster met opvallende kleuren op te hangen (Dagritmepakket).
- Zoals bij alle kinderen moeten de schoolse taken zoveel mogelijk zijn afgestemd op de mogelijkheden van het kind. Bij het ADHD-kind is het van belang dat de taken voor het kind zo gevarieerd en interessant mogelijk worden gehouden. Deze afwisseling kan het activiteitsniveau van het kind verlagen, de aandacht verhogen en hierdoor de prestaties verbeteren.

2.7.6.2 Wat te doen bij een hoge impulsiviteit?

- Maak de regels in de klas visueel of geef het kind visuele cues (b.v. een stopteken, grote ogen en grote oren om het kind aan "stop, kijk en luister" te herinneren).
- Bereid het kind voor op vrije situaties door afspraken te maken over gewenst gedrag. Vooral het gedrag op de speelplaats.
- Zeg niet alleen wat niet mag, maar vooral hoe het wel moet.
- Maak goede afspraken over de manier waarop het kind aandacht mag vragen (vinger opsteken bijvoorbeeld) en hoe vaak (vier blokjes in zak).
- Probeer de uitsteltolerantie te vergroten. Beloon het kind direct.

Anticiperen als leerkracht is van groot belang bij ADHD kinderen. Dit is vooral aan de orde als er sprake is van een overgang naar een nieuwe situatie en/of activiteit. Maak het kind ervan bewust dat er een verandering in regels is die in de nieuwe situatie geldt. En neem met het kind ook nog een keer door wat de beloningen en de afwijzingen zijn voordat je begint aan de nieuwe situatie of activiteit.

2.7.6.3 Wat te doen bij motorische onrust?

- Sta geregeld even motorische activiteit toe (even rennen, even uit de bank).
- Spreek af wanneer motorische onrust niet gewenst is en wijs het kind op deze afspraak.
- Geef vaak een korte pauze tussen opdrachtjes waarin motorische activiteit wordt toegestaan.
- Laat niet teveel spulletjes op de tafel liggen. Zet een mand op de grond naast de bank, waar het kind zijn spulletjes in kan leggen.
- Richt een apart werkhoeke in, waar het kind rustig kan werken. Vaak zal het kind vragen om in deze hoek te mogen werken.

2.7.6.4 Wat te doen bij moeite met zelfstandig werken?

- Geef veel structuur. Deel het werk op. Laat herhalen wat en hoe.
- Help het kind zelf te structureren. (zie Remweg)
- Ondersteun het kind bij het plannen d.m.v. plaatjes en werkschema's die samen zijn opgesteld.
- Werk bij voorkeur met een agenda of een rooster.
- Geef het kind voldoende tijd om zijn werk netjes te kunnen verzorgen.
- Geef geen complexe opdrachten maar steeds één opdracht tegelijk.
- Geef het kind een compliment als het een opdracht heeft uitgevoerd.
- Zoek compensatie voor bijvoorbeeld zwakke fijne motoriek door te werken met de computer.

2.7.6.5 Wat te doen bij moeite met sociaal-emotioneel functioneren?

- Leg het kind uit wat er is misgegaan bij een ruzie, zodat het kan leren van die ervaring. Het is vaak moeilijk voor het kind om zelfstandig te ordenen wat er gebeurde.
- Leg het kind uit wat anderen van hem verwachten.
- Geef complimenten voor geslaagde sociale interactie.
- Spreek zo nu en dan voor de pauze af met wie het kind gaat spelen.
- Structureer vrije situaties voor het kind.
- Hou geen lange, moraliserende verhalen, wanneer het fout gaat.
- Verwoord de emoties van het kind (spiegelen).
- Vertel het kind hoe hij kan aangeven dat hij zich boos of gefrustreerd voelt.
- Leg uit aan de groep waarom het kind zo is.
- Leer het kind samenspelen, samenwerken. Eerst met een kind dat hij zelf uit kiest en met opdrachten die het interesseert of boeit. Maak de werkgroepjes niet te groot.
- Geef het kind veel ondersteuning. Het kind heeft jouw steun hard nodig. Bescherm het kind tegen negatieve opmerkingen uit de groep.
- Geef het kind een beloning door met een (steeds) ander kind te laten spelen die hij mag uitkiezen.

2.7.6.6 Wat te doen bij een lage motivatie?

- Geef het kind opdrachten die het boeit.
- Geef het kind vooral taken die succeservaringen uitlokken.
- Geef het kind zo mijn mogelijk saaie, langdurige opdrachten, uitdagend onderwijs is meer effectief.
- Stel wel duidelijke, concrete eisen aan zijn taak-werkhouding.
- Werk preventief, let erop dat het kind niet gefrustreerd of vermoeid raakt.

2.7.6.7 Wat te doen om het lesmateriaal zo goed mogelijk af te stemmen:

- Probeer lesmateriaal zo gevarieerd mogelijk aan te bieden. Door b.v. gebruik te maken van verschillende modaliteiten (visuele, verbale of tactiele ondersteuning), maar ook het materiaal af te wisselen wat betreft kleur en vorm.
- Voor het kind weinig interessante of passieve taken moeten zoveel mogelijk worden afgewisseld met voor het kind interessante of actieve taken.
- Kinderen kunnen langer hun aandacht bij een klassikale uitleg houden als deze op een hele enthousiaste maar taakgerichte wijze wordt gegeven. Daarnaast houden ze de aandacht er ook beter bij als ze actief en frequent worden betrokken bij de uitleg.
- Wissel schoolse taken af, of een lange klassikale uitleg, met een korte periode van fysieke oefening, zoals even uit de bank of even rennen.
- Probeer zoveel mogelijk schoolse taken (rekenen, lezen, spellen) te plannen in de ochtenduren en probeer de meer actievere, niet schoolse taken 's middags te laten plaatsvinden. Dit wordt aanbevolen voor ADHD-kinderen omdat het activiteitsniveau en de aandacht verslechteren naarmate de dag vordert.
- Geef het kind extra tijd om iets af te maken of streep bepaalde opdrachten door.
- Laat het kind in overleg met de leerkracht bepalen welke opdrachten in een bepaalde tijd af kunnen zijn.
- Open klaslokalen lijken minder geschikt voor ADHD-kinderen dan dichte klaslokalen (met vier muren en een deur). In een open klaslokaal is er vaak meer lawaai en is er sprake van meer visuele afleiding. De kinderen zijn sneller afgeleid omdat ze kunnen zien en horen wat er gebeurt in de nabij gelegen klassen.

3. ADD: Attention Deficit Disorder.

Inleiding

Bij ADHD kunnen we verschillende typen onderscheiden. Bij één van die vormen van ADHD is er alleen sprake van een forse aandachts- en concentratiestoornis zonder impulsiviteit en overbeweeglijkheid.

We spreken dan van ADD of van het **hypo-actieve** kind.

Hypo-actieve kinderen worden gemakkelijk over het hoofd gezien. Ze zijn immers niet storend binnen de groep.

Dit kind gedraagt zich over het algemeen overdreven rustig, het beweegt weinig, het vertoont weinig exploratief gedrag. Het zijn vaak dromerige, weinig alerte kinderen. Ze moeten steeds aangespoord worden, zoals Brechtje (Balans):

Brechtje is een rustig, lief meisje van zes. Ze heeft een goed contact met haar ouders en haar oudere broertje. Ze zit in groep drie van de basisschool, maar daar gaat het niet goed. De leerkracht moet Brechtje veel te vaak "bij de les halen". Het lijkt erop alsof ze maar wat zit te suffen. Als ze eenmaal aan de gang is kan ze wel voldoende tempo maken, zeker bij iets dat haar interesseert of iets dat leuk of nieuw is. Zo lijkt het alsof Brechtje alleen maar doet waar ze zin in heeft. Toch is ze niet onwillig. Ze wil best presteren, maar het lijkt erop of ze zichzelf er maar niet toe kan dwingen. Thuis merken haar ouders dat zelfs routinebezigheden haar heel veel tijd kosten.

3.1 Kenmerken van ADD:

Bij hypo-actieve kinderen staan de volgende kenmerken centraal.

- Het kind lijkt te rustig
- Het kind heeft voldoende aandacht voor zijn interessegebieden.
- Het kind lijkt beneden zijn kunnen te presteren.
- Het kind lijkt onzeker en soms faalangstig.

Deze kinderen hebben meer dan gemiddeld moeite om:

- Aan het werk te gaan.
- Aan het werk te blijven.
- Hun werk te organiseren.
- Hun werk af te maken.
- Aandacht te besteden aan details.
- Zich te kunnen herinneren wat ze van plan waren te doen.
- Zich te herinneren waar ze hun spullen hebben gelaten.
- Afleidende prikkels te negeren.
- Vlot te reproduceren wat ze hebben geleerd.

We kunnen zeggen, dat deze kinderen problemen hebben met het richten en vasthouden van hun aandacht. Het is op de eerste plaats een probleem met de **informatieverwerking**.

In een aantal opzichten lijkt het hypo-actieve kind (ADD) de tegenpool van het hyperactieve kind (ADHD). Alles wat het hyperactieve kind te veel doet, doet het hypo-actieve kind te weinig, als we alleen kijken naar de uiterlijke gedragingen.

Kijken we nauwkeuriger, dan zien we ook een aantal overeenkomsten:

- Beide typen kinderen tonen het betreffende gedrag al een langere tijd.
- Beide typen kinderen tonen het betreffende gedrag in allerlei situaties.
- Beide typen kinderen lijken aandachts- en concentratieproblemen te hebben.
- Beide typen kinderen lijken beneden hun niveau te presteren.
- Beide typen kinderen lijken onzeker en faalangstig.
- Beide typen kinderen lijken niet goed te luisteren.
- Beide typen kinderen lijken niet optimaal te functioneren.

3.2 Mogelijke oorzaken:

Voorlopig wetenschappelijk onderzoek wijdt dit gedrag aan een **regulatiestoornis** (Barkley, v.d. Vlugt).

Er lijkt iets mis te zijn met hun alertheid, met hun waakzaamheidsniveau. Het kind lijkt continu te suffen, te dagdromen, het reageert nauwelijks op prikkels van buitenaf. Er bestaat blijkbaar een relatie tussen de mate van alertheid en het niveau van presteren.

Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat er zoiets bestaat als een optimaal alertheidsniveau, waarop iemand tot de beste prestaties komt. Zijn we moe en hebben we te weinig geslapen, dan is gewoonlijk ons alertheidsniveau verlaagd en presteren we minder.

Maar als we het heel druk hebben en we gespannen zijn, dan lijden onze prestaties daar eveneens onder.

In feite is het dus de kunst om ons alertheidsniveau zo in te stellen, dat we het best kunnen presteren.

Gelukkig is onder normale omstandigheden de natuur ons hierbij behulpzaam. In de hersenen beschikken we over een centrum bij de hersenstam dat ons basale alertheidsniveau regelt.

Over het algemeen kun je stellen dat dit regelcentrum onze hersenen teveel prikkelt, teveel stimuleert (excitatie). Om dit teveel aan prikkels te reguleren hebben we op een hoger niveau in de hersenen systemen, die het weer onderdrukken (inhibitie). In feite spreken we dus van een balans tussen stimulatie en onderdrukking.

Bij hyper- en hypo-actieve kinderen is deze balans verstoord, waardoor er problemen ontstaan in de regulatie van de aandacht en concentratie. Ook bij onszelf kan de balans wel eens verstoord zijn, maar dan kunnen we die weer rechte trekken door een extra inspanning (effort).

Waarschijnlijk is er bij ADD-kinderen **geen balans** tussen het remmend (inhibitie) en het stimulerend (excitatie) systeem.

Enkele van de mogelijke oorzaken zijn:

- Het remmend systeem werkt te sterk.

- Het stimulerend systeem werkt niet voldoende.
- Er is geen optimaal evenwicht tussen de twee systemen (er is iets mis met het vermogen om dit evenwicht te bereiken).

3.3 Signalering en diagnose:

Het signaleren van kinderen met ADD is moeilijk.

Enerzijds omdat de kenmerken van deze kinderen niet zo uitgesproken zijn en anderzijds komen de gedragingen van deze kinderen meestal overeen met het verwachtingspatroon van de leerkracht (rustig, aardig).

Toch vragen deze kinderen om een vroegtijdige signalering, zodat de begeleiding snel opgestart kan worden.

3.3.1 Klavertje Vier:

We vatten de kenmerken van ADD samen in het "Klavertje Vier".

Het "Klavertje Vier" is slechts een eenvoudig middel om eventueel ADD op te sporen.

Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is dan nodig om uit te maken of er echt wel van ADD sprake is.

De werkwijze is als volgt:

Zodra je het kind voldoende kent, vul je het "Klavertje Vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken. Heeft het kind enkele saillante primaire kenmerken, dan kruis je de **knipperende** lamp aan.

Je gaat nu de andere probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van ADD.

De kinderen voor wie het droeve gezichtje aangekruist wordt, kan na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (verwijzing GGZ).

Raadpleeg tevens de criteria vanuit de DSM IV en vul eventueel de CBCL in.

3.3.2 DSM IV criteria ADD.

Volgens de DSM IV kan worden gesproken van ADD:

- als minstens **zes** van de volgende symptomen meer dan gemiddeld aanwezig zijn gedurende meer dan een half jaar
 - als deze symptomen al vóór het **zevende jaar** te herkennen waren, zowel thuis als op school
 - als de **ontwikkeling** van een kind of volwassene erdoor wordt **belemmerd**.
 - deze symptomen mogen niet het gevolg zijn van een verstandelijke handicap of van een andere psychiatrische ziekte.
 - let vaak niet goed op details of maakt slordigheidsfouten in schoolwerk, werk of andere activiteiten
 - heeft vaak moeite de aandacht bij een taak of spel te houden
 - lijkt vaak niet te luisteren wanneer iemand het woord tot hem of haar richt

- heeft vaak moeite om instructies volledig te volgen en maakt schoolwerk, taken of verplichtingen op het werk niet af (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of een onvermogen instructies te begrijpen)
- heeft vaak moeite om taken en activiteiten te organiseren
- gaat taken, die een langdurige mentale inzet vereisen (zoals schoolwerk en huiswerk) vaak uit de weg, heeft er een hekel aan of toont tegenzin om ermee te beginnen
- raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijv. speelgoed, opgaven van school, potloden, boeken of gereedschap)
- is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

3.3.3 CBCL-schaal:

Deze schaal heeft een leerkracht-, een ouder- en een leerlinggedeelte. Voor jonge kinderen is het invullen van leerkracht en oudergedeelte noodzakelijk.

Voor oudere kinderen kun je ook het leerlinggedeelte laten invullen.

Deze observatieschaal moet na het invullen door een psycholoog geïnterpreteerd worden.

3.4 Aanzetten tot handelen in de groep:

3.4.1 Pedagogisch klimaat:

Ook voor het kind met ADD gelden de algemene uitgangspunten zoals omschreven in het gedeelte voor de aanpak van ADHD-kinderen.

Voor dit kind is het pedagogisch leefklimaat en de ondersteuning door de leerkracht ontzettend belangrijk.

Dit kind vraagt om een veilige, empathische opvoedingssituatie.

Voor dit kind moet de leerkracht een betrouwbare, ondersteunende en begripvolle vertrouwenspersoon zijn.

Een uitgebreide standaardaanpak is voor deze kinderen niet te geven.

Orthopedagogische hulpvraag:

Ik heb erg veel moeite om me te concentreren.

Ik kan vaak mijn aandacht niet op belangrijke dingen richten.

Veel informatie gaat langs me heen.

Ik weet dan niet hoe ik een taak moet aanpakken.

Als u mij ziet dromen of staren, help me dan.

Soms heb ik maar een klein steuntje in mijn rug nodig.

Ik presteer vaak onder mijn mogelijkheden.

Pep mij op een goede manier op.

Ik vind het fijn om in gestructureerde leersituaties te leren.

Ik heb behoefte aan kleine, overzichtelijke opdrachten.

Ze moeten wel leiden tot succeservaringen.

Beloon me als ik een opdracht goed heb gedaan.

Dan krijg ik meer zelfvertrouwen.

3.4.2 Concrete handelingsadviezen:

3.4.2.1 Medicamenteuze behandeling:

Helaas is op dit moment veel minder bekend over de medicamenteuze behandeling van ADD dan van ADHD. Het beetje onderzoek dat is gedaan, heeft het gebruik van stimulerende geneesmiddelen (Ritalin) bestudeerd en aangetoond dat een lagere dosis effectiever is bij ADD, terwijl een hogere dosis effectiever blijkt te zijn bij ADHD. Nog veelbetekender was echter de bevinding dat bijna 30% of meer van de kinderen met ADD helemaal niet op dit geneesmiddel reageert, vergeleken met minder dan 10% van de kinderen met ADHD.

3.4.2.2 Concrete adviezen voor in de groep:

- Probeer de activering van het kind kunstmatig te verhogen door:
 - het aanbieden van levendige en interessante lesstof
 - kleurrijke en uitnodigende materialen
- Geef het kind extra tijd om de opdrachten af te maken.
- Geef het kind een plaatsje binnen de groep, waar het minder afgeleid wordt.
- Stimuleer het kind vooral door non-verbale tekens (knipoog etc).
- Ga steeds na of het kind de informatie bereikt heeft. Laat het de informatie herhalen.
- Leer hen hoofd- en bijzaken te scheiden.
- Geheugen- en concentratieoefeningen zijn zinvol.
- Geef regelmatig feedback en beloon het kind meteen.
- Zie handelingsadviezen onder ADHD vooral wat te doen bij zwakke regulatie en bij het zelfstandig werken.
- De werkwijze van Meichenbaum is uitstekend geschikt om de taakwerkhouding bij deze kinderen te stimuleren.
- Sommige kinderen hebben baat bij sociale vaardigheidstraining in verband met de geringe assertiviteit.

4. Syndroom van Gilles de la Tourette (G.T.S.)

Inleiding

Het Tourette syndroom is een neurologisch-psychiatrische aandoening, waarbij altijd sprake is van tics en daarnaast vaak van andere bijkomende kenmerken. De overlap met andere ontwikkelingsstoornissen zoals dwang- en drangverschijnselen en aandachtsproblemen met hyperactiviteit en impulsiviteit is groot.

Daarom beschrijven we het Tourette syndroom onder het hoofdstuk "Aandachtstekortstoornissen".

De ernst van de Tourette symptomen verschilt van kind tot kind en verschilt ook per kind in de tijd. De hinder die tics geven, kan per ticgolf erg verschillen. Naarmate er meer tics zijn, ze langer aanhouden en ze meer hinder opleveren voor het kind en zijn omgeving, zullen tics een nadeliger invloed hebben op het leven en leren van het kind. Het golvende beloop van de klachten betekent, dat het kind zeer wisselend gedrag vertonen kan. Dit maakt het vaak moeilijk voor de ander om het kind te begrijpen.

Het kan dus zijn dat twee kinderen, die allebei het Tourette syndroom hebben, totaal anders zijn in hun gedragingen; elk kind met het Tourette syndroom heeft zijn eigen, unieke uitingen van deze aandoening. Dit maakt het ook moeilijk om duidelijke richtlijnen te geven over het omgaan met deze kinderen.

4.1 Kenmerken van het Tourette syndroom

Bij het Tourette syndroom onderscheiden we:

- Het primaire kenmerk: de tic.
- De bijkomende kenmerken.
- De secundaire kenmerken.

4.1.1 Het primaire kenmerk "de tics":

Het Tourette syndroom is een **neurologische stoornis** die gekenmerkt wordt door **tics**: ongewilde, vlugge, plotse bewegingen, die zich herhaaldelijk op dezelfde manier voordoen.

Tot de symptomen behoren:

- Verschillende motorische tics en één of meer vocale tics moeten aanwezig zijn op bepaalde momenten, maar niet noodzakelijk tegelijkertijd.
- De tics doen zich vele malen per dag voor, bijna elke dag, gedurende meer dan een jaar, soms onderbroken door korte tic-vrije periodes.
- Er zijn periodieke veranderingen in het aantal, de frequentie en de soort van de tic en het lichaamsdeel waar de tic zich voordoet. Er is afwisselend toename of vermindering van de ernst van de tic. De symptomen kunnen soms voor enkele weken of maanden verdwijnen.
- Het begint gemiddeld rond het zesde jaar en altijd voor het eenentwintigste jaar.

De term "ongewild" die gebruikt wordt om de GTS tics te beschrijven, is soms verwarrend omdat men weet dat de meeste kinderen met GTS toch enige

controle hebben over hun symptomen. Wat men niet weet is dat de controle van enkele seconden tot enkele uren kan gaan. Een uitstel van tics gaat meestal gepaard met een latere uitbarsting van hevige tics.

Tics worden ervaren als onweerstaanbaar en moeten uiteindelijk uitgevoerd worden. Kinderen met GTS zonderen zich soms af om hun symptomen de vrije loop te laten, nadat ze deze onderdrukt hebben. Typisch is ook dat de tics vermeerderen door spanning en stress en verminderen bij geconcentreerd uitvoeren van boeiend werk.

We kunnen twee categorieën tics onderscheiden:

- **Enkelvoudige tics**, waaronder **motorische** tics zoals oogknippen, schudbewegingen van het hoofd, schoudertrekking, grimassen van het gelaat, en **vocale** tics zoals keelschrapen, kreten of andere geluiden en snuiven.
- **Meervoudige tics**, waaronder **motorische** tics zoals springen, mensen of dingen aanraken, ronddraaien, en meer zeldzaam: zelfverwonding door bijten of slaan, en **vocale** tics zoals woorden en zinnen zeggen die niets met de situatie te maken hebben, coprolalie (vulgaire, onaanvaardbare taal), echolalie (het herhalen van een woord of zin die men juist gehoord heeft).

Het meest voorkomende eerste symptoom is een gelaatstic zoals: vlug oogknippen of een zenuwtrek aan de mond. Maar ook ongewilde geluiden zoals keelschrapen en snuiven of tics van de ledematen kunnen zich als eerste symptoom aandienen. Bij sommige kinderen begint GTS plotseling met zowel complexe bewegingstics als geluidstics.

Het begint meestal met lichte tics, de klachten nemen vervolgens toe en in de puberteit nemen bij de meeste kinderen de klachten weer af.

Al op jeugdige leeftijd merken de kinderen of er een bepaalde tic op komt is. Ze ervaren op de plek in hun lichaam een kriebelgevoel. Dit fenomeen noemt men de **sensorische component** van de tic. Het kind voelt op de plek, waar de tic verschijnt een "raar" gevoel.

4.1.2 De bijkomende kenmerken:

Spraakproblemen:

Vaak blijken deze kinderen last te hebben van hakkelen en stotteren. Dit wordt erger in periodes dat ze last hebben van tics of in stress-situaties. Het komt voor dat kinderen met tussenpozen enkele maanden licht hakkelen of stotteren en daarna weer probleemloos praten.

Voor het houden van een spreekbeurt e.d. moet zoveel mogelijk van de "goede" periodes gebruik gemaakt worden.

Spanningsklachten

Nogal wat kinderen met het Tourette syndroom hebben klachten die terug te voeren zijn op spanningen (psychosomatische klachten). Deze spanning ontstaat door het onderdrukken van tics en dwang. Daarnaast is er de extra inspanning, die ze moeten leveren om zich te concentreren, om bij te blijven in de klas, hun werk leesbaar af te leveren, om geaccepteerd te worden in de groep, vrienden te krijgen en te houden. Deze spanningen resulteren in spierpijn of buikpijnklaarten. Ook hoofdpijn die vaak op migraine lijkt, komt opvallend veel voor bij deze kinderen.

Slaapproblemen:

Veel Tourette-kinderen hebben inslaapproblemen. Ze liggen vaak vele uren wakker. Niet zelden wordt dit versterkt door hun opgewondenheid en angstige gedachten in bed. Veel van deze kinderen hebben met regelmaat last van nachtmerries. Soms nacht na nacht.

Door een te geringe nachtrust heeft dit weer invloed op het leerproces.

4.1.3 Secundaire kenmerken:

Het Tourette syndroom is vaak moeilijk te diagnostiseren. Het komt in zijn zuivere vorm (alleen tics) maar hoogstzelden voor. Het TS heeft een grote overlap met andere ontwikkelingsstoornissen. We spreken dan van comorbiditeit.

4.1.3.1 Drang- en dwangverschijnselen:

Niet alle GTS-kinderen, maar velen hebben de volgende problemen:

- dwanggedachten
- dwanghandelingen
- dwangrituelen

Drang- en dwangsymptomen komen bij Tourette-kinderen veel voor in de vorm van zich steeds herhalende gedachten, bijv. het moeten tellen of het herhalen van woorden en handelingen, bijv. aanraken of woorden nogmaals opschrijven of lezen.

Tourette-kinderen beleven bij hun dwangklachten over het algemeen geen angst, maar een gevoel van opwindning en plezier. De drang bestaat soms uit een sterke aantrekkingskracht voor wat gevaarlijk of verboden is. Deze kinderen tasten regelmatig de grenzen af.

Het kan zijn dat deze dwanggedachten en rituelen bij voortduring de gedachten in beslag nemen. Wanneer ze niet kunnen worden gestopt, kan dit ook bij het maken van schooltaken een probleem opleveren. Het kind wil zijn werk wel doen, maar het is hier eenvoudigweg niet toe in staat. Voor het kind kan deze situatie zeer frustrerend zijn. Daarnaast kan het nogal eens hilariteit en/of irritatie oproepen in de omgeving als het kind steeds aan zijn vingers moet likken, een deur tien keer open en dicht moet doen enz.. Door deze irritatie kan het kind zich afgewezen voelen, in zichzelf gaan keren en in een sociaal isolement geraken.

4.1.3.2 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD):

Ongeveer de helft van de kinderen met het Tourette syndroom heeft zoveel aandachtstekorten, hyperactief en impulsief gedrag dat gesproken kan worden van ADHD. In die gevallen is sprake van twee aandoeningen, die in de behandeling beiden hun aandacht vergen. Ook als een Tourette-kind geen duidelijke ADHD heeft, kan in golven sprake zijn van hinderlijke ADHD-symptomen. Deze treden vooral op als de tics heftiger worden en het kind zich daar ongemakkelijk en gejaagd onder voelt.

Aanwijzingen kunnen zijn: concentratieproblemen, werk dat begonnen is niet afmaken, niet luisteren, vlug afgeleid zijn, eerst doen dan denken, voortdurend

van de ene activiteit op de andere overgaan, veel toezicht nodig hebben en algemeen friemelgedrag.

4.1.3.3 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen:

Kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD-NOS) blijken een verhoogde kans te hebben om GTS te ontwikkelen. Bij ongeveer 2% van de kinderen met het Tourette-syndroom is sprake van deze combinatie. Bij PDD worden de tics vaak gezien als bijkomstig gedrag (onderdiagnose).

4.1.3.4 Emotionele problemen:

De emotionele problemen (gedragsproblemen) kunnen zowel voor het kind als de omgeving nogal eens problemen veroorzaken, die ernstiger zijn dan die van de tics en de dwanghandelingen. Deze kinderen zijn vaak wat heftig en impulsief van aard. Ze kunnen erg blijven aandringen als ze iets gedaan willen krijgen, of erg snel ontmoedigd raken of verongelijkt reageren, of juist onstuimig blij. Ze zijn gevoelig voor emoties en kunnen met deze emoties moeilijk omgaan. Woede uitbarstingen komen regelmatig voor bij deze kinderen, omdat de buitenwereld hun emoties zo moeilijk kan duiden.

De contacten met andere kinderen verlopen ook niet altijd vlekkeloos. Deze kinderen hebben erg veel moeite om compromissen te sluiten. Het zijn zwart-wit denkers.

Het zelfvertrouwen krijgt vaak een deuk. Ze willen wel, maar het lukt ze niet. Hun lijf laat ze in de steek, dat maakt ze opstandig, onzeker en verdrietig en dat kan weer leiden tot onaangepast gedrag.

4.1.3.5 Leerproblemen:

Het is evident dat de meeste kinderen die lijden aan dit syndroom tevens leermoeilijkheden hebben. Ze hebben vooral problemen met hun handschrift. De werkverzorging ziet er vaak slordig uit. Het handschrift is moeilijk leesbaar. Overvraag het kind niet. Stel wel eisen aan de schriftverzorging.

4.2 Mogelijke oorzaken:

De mogelijke oorzaak van het Tourette syndroom is nog niet vastgesteld, alhoewel recent wetenschappelijk onderzoek met een grote mate van waarschijnlijkheid wijst in de richting van een stoornis in de werking van bepaalde scheikundige stoffen in de hersenen.

Deze stoornis werkt negatief op de informatieverwerking.

Mogelijk is er een probleem in de prikkeloverdracht in de hersenen, waardoor veel prikkels tegelijkertijd binnenkomen. Er wordt niet goed gefilterd, waardoor relevante en irrelevante prikkels door elkaar lopen. Hierdoor is het moeilijk voor het kind om zich te concentreren en lijkt het soms de boel te saboteren.

Er zijn tevens sterke aanwijzingen dat erfelijkheid een dominante rol speelt.

4.3 Signalering en diagnose:

Een vroegtijdige signalering van deze kinderen is erg belangrijk.

De symptomen kunnen door de omgeving als bizar, storend of angstaanjagend ervaren worden. Vaak lokken ze spot en boosheid uit van leeftijdsgenootjes. Kinderen met GTS worden dikwijls gestraft en uitgesloten van sociale activiteiten.

Als men wil voorkomen dat het kind ernstige psychische schade oploopt, dan is een vroegtijdige signalering en diagnose gewenst, waarop een adequate behandeling kan volgen.

Het stellen van een juiste diagnose is vaak moeilijk, omdat de samenhang met andere ontwikkelingsstoornissen bijzonder groot is.

Let bij het signaleren op de volgende valkuilen:

- GTS-kinderen kunnen de tics in bepaalde situaties onderdrukken.
- Coprolalie (vunzige taal) hoeft niet altijd aanwezig te zijn.
- De gedachte dat motorische en vocale tics tegelijkertijd aanwezig zijn, is niet juist.
- Je moet vaak zeer nauwkeurig kijken om bepaalde tics te kunnen waarnemen.

4.3.1 Klavertje Vier:

We vatten de kenmerken van het syndroom van Gilles de la Tourette samen in het "Klavertje Vier".

Het "Klavertje Vier" is slechts een eenvoudig middel om GTS op te sporen.

Dieper, meer gespecialiseerd onderzoek is nodig om uit te maken of er echt sprake is van GTS.

De werkwijze is als volgt: (zie bijlage achter in dit hoofdstuk)

Zodra je een kind voldoende kent, vul je het "Klavertje Vier" in.

Je begint met het aankruisen van de primaire kenmerken.

Voldoet het kind aan enkele saillante kenmerken, dan kruis je de **knipperende** lamp aan.

Je gaat nu de andere probleemvelden inventariseren.

Worden ook hier veel kenmerken gesignaleerd, dan kan er sprake zijn van GTS.

De kinderen voor wie het **droeve gezichtje** aangekruist wordt, kan na toestemming van de ouders, beter worden onderzocht door deskundigen (verwijzing GGZ).

Raadpleeg tevens de criteria vanuit de DSM IV en vul eventueel de CBCL in.

4.3.2 DSM IV criteria Gilles de la Tourette.

Volgens de DSM IV kan worden gesproken van Gilles de la Tourette:

- a. Zowel multiële motorische als een of meer vocale tics zijn op een bepaald moment van de ziekte aanwezig geweest, hoewel niet noodzakelijkerwijs tegelijkertijd (een tic is een plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische, stereotiepe, motorische beweging of vocale uiting).
- b. De tics komen vele keren per dag voor (meestal in aanvallen), bijna elke dag of met tussenpozen gedurende meer dan een jaar, en in deze periode was er nooit een tic-vrije periode van meer dan drie aaneengesloten maanden.

- c. De stoornis veroorzaakt duidelijk lijden en/of significante beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- d. Begint voor het achttiende jaar.
- e. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijv. stimulantia) of een somatische aandoening (bijv. ziekte van Huntington of postvirale encefalitis).

4.3.3 CBCL-schaal:

Deze schaal heeft een leerkracht-, een ouder- en een leerlinggedeelte. Bij jonge kinderen vult alleen de leerkracht en de ouder de schaal in. Voor oudere leerlingen kun je ook de leerlingenschaal laten invullen. Deze observatieschaal moet na het invullen geïnterpreteerd worden door een psycholoog.

4.4 Behandelingsadviezen voor in de groep:

Een behandeling op maat:

Het Tourette syndroom is een aandoening die niet te genezen is. Een behandeling zal er dan ook op gericht zijn om bepaalde symptomen te doen verminderen.

Of er een behandeling nodig is en zo ja welke, verschilt van kind tot kind. Menig Tourette kind heeft weinig klachten en ontwikkelt zich goed, maar blijft onder medische controle staan om snel geholpen te kunnen worden in periodes met meer klachten.

Lang niet altijd zijn de tics zo hinderlijk, dat er iets aan gedaan moet worden. Zo komt het voor dat het ene kind duidelijk zichtbare tics heeft, maar er zo weinig last van heeft, dat het geen medicatie behoeft, terwijl een ander kind misschien maar heel weinig tics heeft, maar zo hyperactief is, dat medicatie daarvoor noodzakelijk is om het kind goed te begeleiden.

Over het algemeen kun je zeggen dat symptomen die het Tourette-kind en zijn omgeving veel hinder geven, voor behandeling in aanmerking komen. Men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan:

- Ernstige vermoeidheid of spierpijnen door de tics.
- Nerveus worden en afgeleid raken door het moeten onderdrukken van de tics.
- Het gevaar dat het kind geïsoleerd raakt door gedragingen, die sociaal onacceptabel zijn.
- Angsten, dwang en drang die te overheersend worden, hyperactiviteit, agressie, depressiviteit etc.

Omdat de symptomen bij het Tourette syndroom zo divers zijn, is de behandeling "maatwerk".

Gedrag dat gevaarlijk is, of uitgesproken irriterend of kwetsend, komt voor behandeling in aanmerking. Dat bepaald gedrag voor de omgeving onacceptabel is, beseft menig Tourette-kind in het begin niet. Help hem daar oog voor te krijgen en help hem beter zijn impulsen te beheersen, zodat hij niet door schade en schande wijs hoeft te worden.

Orthopedagogische hulpvraag:

Ik heb ontzettend veel last van mijn motorische en vocale tics.

Vooral wanneer ik gespannen ben.

Ik wil ze onderdrukken, maar dat lukt me niet altijd.

Soms krijg ik van die tics lichamelijke klachten.

Laat me dan even alleen, zodat ik me kan ontspannen.

Ik heb behoefte aan een veilige, begripvolle leefwereld.

Ik zou het erg fijn vinden, als u met mij samen over mijn probleem met mijn medeleerlingen spreekt.

Zij krijgen dan inzicht in mijn, soms rare, gewoonten.

*Ze weten dan dat ik het niet bewust doe,
maar dat ik zo ben.*

Misschien mag ik dan ook deelnemen aan hun leefwereld.

*Geef mij houvast en duidelijkheid. Ik hou van een
consequente begeleiding.*

Ik ben vaak beweeglijk en impulsief.

Ik zoek de grenzen op.

Dat is voor mij soms gevaarlijk.

*Ondersteun me. Zeg me hoe ik me in bepaalde situaties
moet gedragen.*

Accepteer mijn "misdragingen" niet.

4.4.1 Pedagogisch klimaat:

Mijn Maatje:

*Tourette is mijn schaduw, mijn maatje, mijn partner en ik heb er mee
leren leven.*

Heb ik een andere keus?

Ja, ik zou me de hele tijd ongelukkig kunnen voelen.

Maar in plaats daarvan ben ik vaak kort aangebonden.

Ik en mijn maatje.

*Ik heb al eens om een echtscheiding gevraagd, maar ik kreeg "nee" als
antwoord.*

Dus kunnen we niet anders dan samen door het leven gaan en

Proberen mekaar onderweg niet te vermoorden.

"Het Tourettetje" sept. 1999

Zoals de meeste kinderen met een bepaalde ontwikkelingsstoornis vraagt ook dit kind om een empathische, begripvolle leefomgeving.

De sociale ondersteuning van de leerkracht is onontbeerlijk.

Gezien de hoge comorbiditeit met het ADHD en in mindere mate met het PDD-NOS syndroom is het inrichten van het pedagogisch leefklimaat haast gelijk aan hetgeen we hebben beschreven bij deze twee ontwikkelingsstoornissen.

Ook de meeste algemene en specifieke handelingsadviezen van ADHD en PDD-NOS zijn van toepassing op Tourette-kinderen.

We geven hieronder enkele belangrijke algemene en concrete adviezen voor Tourette-kinderen. Raadpleeg tevens de adviezen bij ADHD en PDD-NOS.

Algemene adviezen voor het inrichten van het pedagogisch klimaat:

- De leerkracht heeft een belangrijke taak het kind te leren omgaan met zijn Tourette verschijnselen. Dit betekent niet dat men het kind leert om zijn impulsen te onderdrukken, maar dat men het kind probeert aan te leren anders om te gaan met bepaalde gedragingen en impulsen, die sociaal of fysiek schadelijk zijn. Begrip, acceptatie en sociale ondersteuning zijn belangrijke aspecten. Neem het Tourette syndroom serieus. Laat het kind nadenken over bepaalde oplossingen. Kinderen zijn vaak verrassend creatief. Een gezonde dosis **zelfrespect** is het mooiste dat een leerkracht het kind kan geven.
- Het **zelfvertrouwen** van het Tourette-kind is vaak niet erg groot. Het voelt zich vaak onzeker en eenzaam als het veel last heeft van tics en andere bijverschijnselen. Het staat feitelijk hopeloos en machteloos in zijn pogingen om zich te beheersen. Het ontwikkelt snel een negatief zelfbeeld. Vanuit deze frustraties, dit onvermogen om zich "normaal" te gedragen kunnen gemakkelijk gedragsproblemen ontstaan.
- Dit kind wordt door zijn vreemde gedragingen vaak negatief behandeld. Daarbij moet het extra zijn best doen om behoorlijk te functioneren en te presteren. Dit zal lang niet altijd zichtbaar zijn in de resultaten. Het is in elk geval goed om de inzet te **belonen**. Een pluim heeft dit kind zeker nodig.
- Het Tourette-kind wordt soms gepest met zijn tics. Het kind heeft het vaak zwaar te verduren. Sommige motorische tics, maar vooral de vocale tics geven gemakkelijk aanleiding tot hilariteit. Waak ervoor dat het kind niet in een sociaal isolement komt. De leerkracht kan via **kringgesprekken** de andere kinderen vertellen over de problemen van het Tourette-kind. Vooral bij oudere kinderen is het noodzakelijk om het hoe en waarom aan de groep uit te leggen. Hierdoor kan begrip ontstaan voor het Tourette-kind.
- Een kind dat zijn tics een langere tijd kan **onderdrukken**, heeft daar plezier aan. Maar het onderdrukken kost erg veel energie en geeft vaak spier- of hoofdpijn klachten. Als het jou opvalt, dat het kind zijn tics voortdurend en krampachtig onderdrukt, geef dit kind dan de mogelijkheid om te **ontspannen**.
- In het algemeen doet **stress** de symptomen toenemen. Ook de ongestructureerde momenten van de dag kunnen voor dit kind een bron van spanningen zijn. Voor het kind moet het duidelijk zijn, wat van hem verwacht wordt. Even wat persoonlijke aandacht en een korte uitleg kunnen wonderen doen. Bescherm het kind tegen onnodige spanningen door plotselinge overgangen. Bereid het kind voor op bepaalde gebeurtenissen. Een overzicht van de dagelijkse gebeurtenissen plus een vast ritme werken meestal goed uit (zie ADHD). Duidelijke grenzen geeft het Tourette-kind houvast. Wees consequent. Tolereer niet alles. Ongewenst gedrag moet zoveel mogelijk

uitgebannen worden, maar doe dit op een pedagogische verantwoorde manier. Duidelijke afspraken over overgangsvormen en regels zijn juist voor dit kind belangrijk.

4.4.2 Medicamenteuze behandeling:

Medicatie brengt tics op een lager pitje, maar neemt deze niet weg.

De meest gangbare medicatie (Dixarit, Orap) geeft, vooral in het begin, bij sommige kinderen wat klachten over moeheid en slaperigheid. De bedoeling van deze medicamenteuze behandeling is een goed evenwicht te vinden tussen gunstige effecten en bijwerkingen.

In verreweg de meeste gevallen zijn de gunstige effecten redelijk en de bijwerkingen gering.

Medicatie wordt doorgaans langdurig gegeven.

Sommige medicatie (Orap) wordt vooral gegeven in perioden dat het kind meer last van tics heeft. Het effect van medicatie moet steeds worden afgezet tegen het spontane beloop van Tourette en tegen veranderende omstandigheden (bijv. minder stress in de vakantie.).

Regelmatig komt het voor, dat kinderen met Tourette meer hinder ondervinden van hun ADHD dan van hun tics. Als in dat geval Dixarit tekort schiet, geeft men tegenwoordig het Tourette-kind Ritalin.

Bij het Tourette-kind met hinderlijke dwangverschijnselen heeft Dixarit vaak een goed effect.

Het heeft echter geen enkele zin om bij dwangverschijnselen alleen medicatie toe te passen. Meestal is gedragstherapie nodig om "schoon schip" te maken. Gedragstherapie is een vorm van psychotherapie, die met succes kan worden toegepast als probleemgedrag in belangrijke mate door reacties vanuit de omgeving in stand wordt gehouden.

4.4.3 Gedragsbeïnvloeding en Cognitieve gedragsbeïnvloeding:

Deze handelingsadviezen worden beschreven bij ADHD

4.4.4 Concrete handelingsadviezen voor in de klas:

4.4.4.1 Taak-werkhoudingsadviezen:

Nogal wat Tourette-kinderen hebben problemen met hun taak-werkhouding. Het is niet altijd eenvoudig om ze aan het werk te krijgen of te houden. Toch is het goed hen te leren dat ze zich, net als andere kinderen aan de regels moeten houden. Ze kunnen hierbij een persoonlijk zetje en wat extra aanmoedigingen goed gebruiken.

- Ze hebben vaak moeite met het plannen en organiseren van hun taak. Ook het switchen van de ene naar de andere activiteit gaat soms moeizaam. Ze hebben duidelijk de leiding van de leerkracht nodig. Vraag bij deze kinderen na hoe ze de taak gaan uitvoeren.
- Ze hebben vaak behoefte aan extra instructie. Door de tics gaat informatie langs ze heen. Laat hen de instructie herhalen. Even een hint bij het begin van het werk is al voldoende. Deze kinderen hebben vaak startproblemen.

- Ze hebben behoefte aan een prikkelarme leeromgeving. Op een rustige werkplek kunnen ze zich beter concentreren.
- Beoordeel het kind niet te streng op zijn handschrift. Dit is vaak slordig en slecht. Beloon vooral de inzet. Laat het kind minder schrijven, of laat het kind de tekst op een computer bewerken. Schrijftraining via de motorische remedial teacher geeft meestal goede resultaten. Sommige kinderen hebben een remmend perfectionisme.
- Let op bij gymlessen. Tourette-kinderen zien het gevaar meestal niet. Ze zoeken de grenzen op.
- Las extra pauzes in om ze optimaal te kunnen laten presteren. Ze hebben behoefte aan regelmatige lichamelijke beweging.

4.4.4.2 Sociaal-emotionele adviezen:

- Een Tourette-kind reageert vaak primair. Zorg voor een conflictvrije, stabiele omgeving. Spreek een kind aan in de ik-vorm (Gordon).
- Geef veel positieve aandacht, directe feedback. Zorg voor succeservaringen.
- Het Tourette-kind is gevoelig voor sfeerveranderingen (zoals Sinterklaas, verjaardag). In deze perioden zijn ze zeer gevoelig voor tics. Ga soepel met ze om in deze perioden.
- Een Tourette-kind heeft moeite met het sluiten van compromissen. Het is meestal een zwart-wit denker. Probeer deze situaties zoveel mogelijk te vermijden. Reageer in conflictsituaties nooit emotioneel en persoonlijk.
- Een Tourette-kind heeft vaak humor die andere kinderen niet begrijpen of aanvoelen.
- Zorg ervoor dat het kind niet in een sociaal isolement komt. Laat hem vooral werken en spelen met kinderen die hij aardig vindt en die begripvol zijn. Laat hem zelf zijn maatjes uitkiezen.
- Het Tourette-kind met dwang- en drangverschijnselen raakt snel over zijn toeren. Ze maken zich voortdurend zorgen over hun gedachten. Ondersteun het kind. Geef hem inzicht in zijn probleemsituaties. Geef hem ruimte. Gedragstherapie kan deze problemen meestal minder hinderlijk maken.

5. KLAVERTJE VIER

5.1 Attention Deficit Hyperactivity Disorder



Primaire kenmerken:

- ☐ Onvoldoende aandacht
- ☐ Afleidbaar door uitwendige prikkels
- ☐ Is overbeweeglijk
- ☐ Is impulsief
- ☐ Symptomen in meerdere situaties

Cognitieve kenmerken:

- ☐ Gebrekkige informatieverwerking
- ☐ Moeite met het selecteren van relevante prikkels
- ☐ Moeite met plannen en organiseren
- ☐ Globaal aanpakgedrag
- ☐ Presteren onder hun niveau
- ☐ Leerproblemen

Affectieve kenmerken:

- ☐ Gebrekkige sociale vaardigheden
- ☐ Moeite met het beheersen van emoties
- ☐ Moeizame contacten met leeftijdsgenootjes
- ☐ Negatief zelfbeeld
- ☐ Houden zich niet aan omgangsregels
- ☐ Sociaal isolement
- ☐ Egocentrisch ingesteld
- ☐ Leren amper van negatieve ervaringen
- ☐ Behoefte aan sociale ondersteuning
- ☐ Gedragsproblemen

Secundaire kenmerken:

- ☐ Gering doorzettingsvermogen
- ☐ Moeite met het afmaken van saaie taken
- ☐ Slechte luisterhouding
- ☐ Praat veel
- ☐ Kan niet op zijn beurt wachten
- ☐ Slechte taak-werkhouding



5.2 Attention Deficit Disorder



Primaire kenmerken:

- ☐ Onvoldoende aandacht
- ☐ Overwegend rustig
- ☐ Weinig exploratiedrang
- ☐ Geringe alertheid
- ☐ Genoemde symptomen in meerdere situaties

Cognitieve kenmerken:

- ☐ Presteren onder hun niveau
- ☐ Besteden weinig aandacht aan details
- ☐ Moeite met plannen en organiseren
- ☐ Moeite met automatisering
- ☐ Leerproblemen
- ☐ Snel afgeleid door interne/externe prikkels
- ☐ korte taakspanne

Affectieve kenmerken:

- ☐ Faalangstig
- ☐ Weinig assertief
- ☐ Behoefte aan succeservaringen
- ☐ Negatief zelfbeeld
- ☐ Behoefte aan feedback

Secundaire kenmerken:

- ☐ Traag werktempo
- ☐ Dingen raken zoek
- ☐ Moeite met het starten van taken
- ☐ Moeite met het afmaken van taken
- ☐ Zwakke luisterhouding



5.3 Gilles de la Tourette



Primaire kenmerken:

- ☐ Motorische tics
- ☐ Vocale tics
- ☐ Komen meerdere keren per dag voor
- ☐ Vooral in stress situaties
- ☐ Heeft hinder van de tics
- ☐ Onstaat meestal rond het 6^e jaar

Cognitieve kenmerken:

- ☐ Moeite met informatieverwerking
- ☐ Moeite met het richten van de aandacht
- ☐ Problemen met het plannen van taken
- ☐ Remmend perfectionisme
- ☐ Leerproblemen

Affectieve kenmerken:

- ☐ Raakt in een sociaal isolement
- ☐ Gevoelig voor sfeerverandering
- ☐ Kan moeilijk met emoties omgaan
- ☐ Is vaak angstig
- ☐ Negatief zelfbeeld
- ☐ In stress situaties meer tics
- ☐ Woede uitbarstingen

Secundaire kenmerken:

- ☐ Dwang- en drangverschijnselen
- ☐ Inslaapproblemen
- ☐ Spraakproblemen
- ☐ Beweeglijk, hyperactief
- ☐ Zoekt grenzen op
- ☐ Slecht handschrift



6. LITERATUUR ADHD / ADD / GTS

Neuropsychologische Aspecten van problemen op school

A. Ruysenaars en P. Ghesquière,
Amersfoort, Acco, 1999

Behandelingsstrategi n bij kinderen en jeugdigen met ADHD

B. Gunning (e.a.)
Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghem, 1998

Diagnose ADHD, een gids voor ouders en hulpverleners

R.A. Barkley,
Lisse, Swets en Zeitlinger, 1997

Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie

J.A.R. Sanders-Woudstra (e.a.)
Assen, Van Gorcum, 1993

Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen

K. Timmerman
Amersfoort, Acco, 1996

Aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit

J. Oosterbaan en J.A. Sergeant
Handboek Klinische Psychologie 1997

DSM IV

American Psychiatric Association,
Lisse, Swets en Zeitlinger, 1995

Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg

W. Slot (e.a.)
Baarn, Intro-serie

Het syndroom van Gilles de la Tourette

Ervaringen van een moeder
C. Bijlevelds-Ooms
Bussum, Toth, 1996

Een kind met het Tourette syndroom in de groep.

C. Bijlevelds-Ooms
Rhooen, Stichting Gilles de la Tourette, 1996

Niet getikt

C. Bijlevelds-Ooms
Rhoon, Stichting Gilles de la Tourette, 1996

Recente trends in het onderzoek over aandachts- en hyperactiviteitsstoornissen.

J. Steyaert
Tokk, 1992

Toen we de bijsluiter lazen.....: medicatie bij kinderen met ADHD

B. Gunning en A. Paternotte
Bilthoven, Balans, 1997

Zit stil. Handleiding voor het opvoeden van overbeweeglijke kinderen

T. Compernelle
Tiel, Lannoo, 1993

Remweg.

A. Koning, (e.a.)
Doetinchem, Graviant, 1997

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

J.J.A.M. Haartmans
Bilthoven, Balans, 1996

ADD een aandachtstekortstoornis zonder hyperactiviteit

H. v.d. Vlucht
Bilthoven, Balans, 1998

Aanpassingen in de klas voor kinderen met ADHD

A. Paternotte
Bilthoven, Balans, 1996

Psychopathologie bij kinderen en adolescenten.

Dictaat De Waarden
Nijmegen, KUN, 1998

Aandachts- en activiteitenstoornis.

F.C. Verhulst (e.a.)
Assen, Van Gorcum, 1996

ADD: Attention Deficit Disorder

Het hypo-actieve kind.
H. v.d. Vlucht (e.a.)
Bilthoven, Balans, 1994

Het kan anders.

J. ten Hoope

Bilthoven, Balans, 1999

Het Tourettetje

Vlaamse Vereniging GTS

Wijnegem, 1999

Hand-out voor leerkrachten

Interne publicatie

Duivendrecht, Paedologisch Instituut, 1998

Diagnostiek en behandeling van ADHD

Gezondheidsraad

Den Haag, 2000