

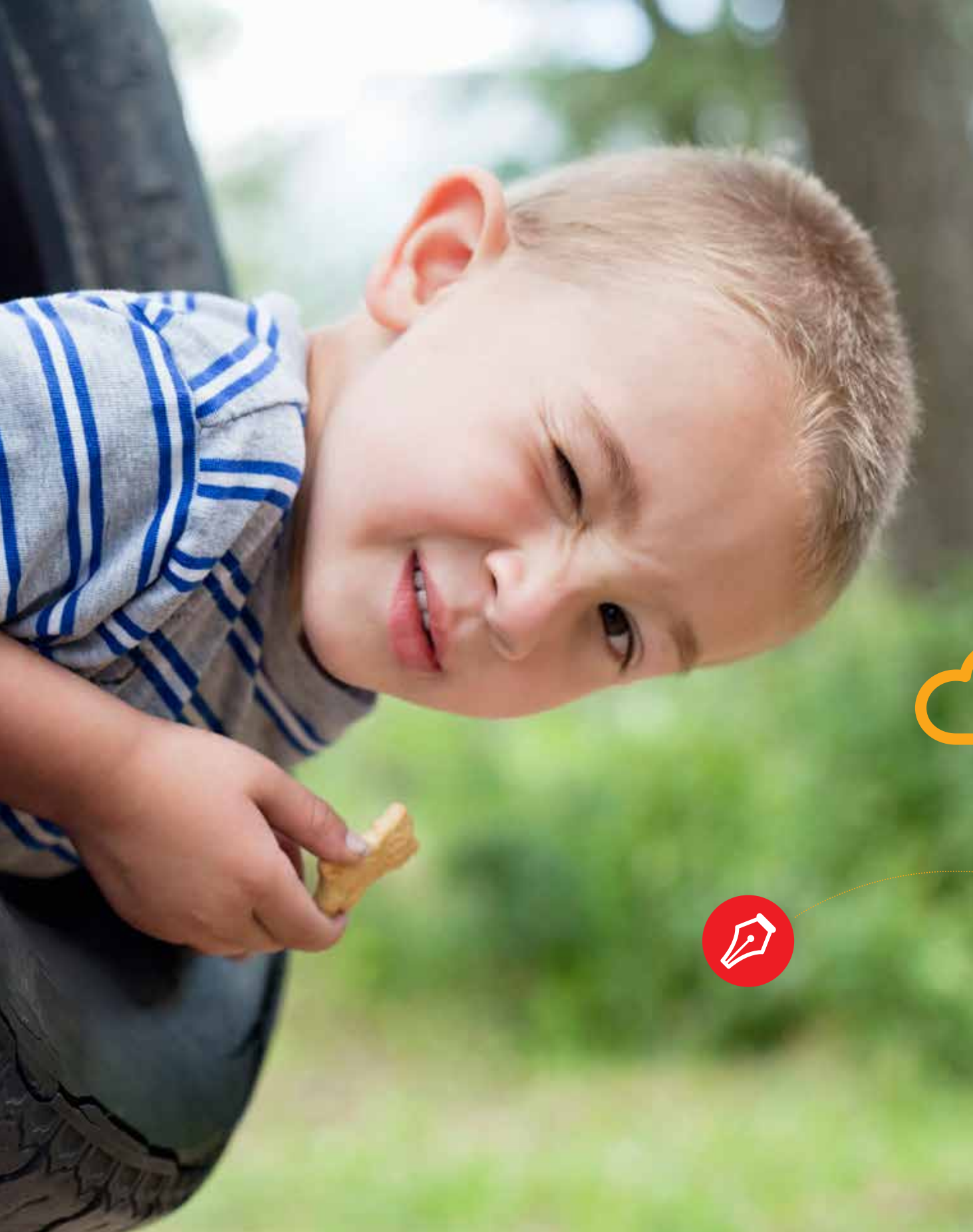


Het is nooit te vroeg





Voorwoord	7
Komt psychiatrie al voor bij jonge kinderen?	8
Een reis samen met ouders en kind	10
Milan 4 jaar: lief en vrolijk maar ook snel overprikkeld	12
Stap voor stap naar een betere situatie voor kind en gezin	14
Van de wieg tot en met de basisschool	16
Ruben leert duidelijk te maken wat hij wil	18
Het is nooit te vroeg	20
Quinten is voor ons gewoon Quinten	22
Warmte en structuur in de ouder-kind relatie	24
Strikte regelmaat voor Lotte	26
Behandelmethodiek - IPG Infants	28
Behandelmethodiek - Ouder-kind psychotherapie	29
Sterke basis in het gezin voor de overvraagde Sofie	30
In stapjes je kindje leren contact te maken	32
Diagnostiek en behandeling jonge kind	34
Max leert van zijn jongere zusje	36
Behandelmethodiek - VIPP-SD en VIPP-AUTI	38
Kunnen we autisme herkennen bij baby's	39
Lucas wordt steeds stoerder in de buitenwereld	40
Behandelmethodiek - EMDR	42
Behandelmethodiek - Medicatie	43
TOPGGz keurmerk	44
Integrale Vroeghulp	45
Behandelmethodiek - Cognitieve Gedragstherapie	46
Goed om te weten	47



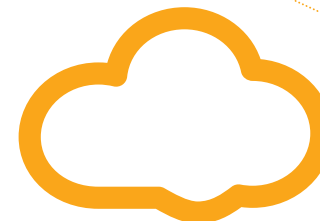
HET IS NOOIT TE VROEG!

Hoe vaak zou u als professional de volgende gedachtes hebben gehad: Waren we maar eerder betrokken bij de problematiek van dit kind. Hoeveel ellende was de ouders dan bespaard gebleven.

In deze uitgave delen wij graag onze kennis met u. Samen met ouders en andere zorgorganisaties werken we aan verbetering van de zorg zodat kinderen zich positief kunnen ontwikkelen. Speciale aandacht gaat bij Karakter uit naar baby's, peuters en kleuters. Er vroeg bij zijn, is bij psychiatrische problematiek van cruciaal belang. Onderzoek laat zien dat het nu gemiddeld vijf jaar duurt voordat de juiste diagnose wordt gesteld en vier trajecten voordat de juiste behandeling wordt geboden. Hoe jonger het kind, hoe meer het in staat is te veranderen en dat voorkomt veel problemen op latere leeftijd. En het bespaart ouders een lange en onzekere weg langs verschillende hulpverleners.

Er is dus veel te winnen en juist de transformatie van de jeugdzorg biedt kansen. En dat gaat niet alleen over reductie van kosten maar juist over het bieden van adequate gespecialiseerde hulp aan kinderen met psychiatrische problematiek. Karakter zet zich in om ouders inzicht te bieden en kinderen toekomstkansen te geven!

Wij bedanken de ouders voor het delen van hun ervaringen en de professionals voor het delen van hun kennis.





KOMT PSYCHIATRIE AL VOOR BIJ JONGE KINDEREN?

En wat is daarover bekend?

De laatste 30 jaar heeft wetenschappelijk onderzoek naar de normale en afwijkende vroege ontwikkeling duidelijk gemaakt dat psychische en ontwikkelingsstoornissen zich al bij kleuters, peuters en zelfs baby's kunnen uiten. Voor het 6e jaar blijkt een aantal ernstige problemen en stoornissen even vaak voor te komen als bij oudere kinderen, al kan de uiting ervan afwijken. Dit komt omdat het zeer jonge kind nog sterk in ontwikkeling is. Hierdoor verandert ook wat normaal of afwijkend is gedurende die periode: hetzelfde gedrag, zoals het vaak herhalen van (delen van) woorden die de ander zegt, kan bij een 1 ½ jarige nog heel gewoon zijn, maar is dat meestal niet meer bij een 3 ½ jarige; zoiets geldt ook voor het dagelijks optreden van driftbuien: dit kan nog voorkomen bij 2-3 jarigen maar wordt in de loop van kleuterleeftijd meer afwijkend.

DE EERSTE LEVENSJAREN

Omdat wij steeds meer weten van kinderen en kunnen meten hoe kinderen al in de eerste levensjaren waarnemen, reageren en leren, kunnen wij ook er vroeger achter komen wanneer dit anders verloopt. Onderzoek bij zeer jonge kinderen met een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen (zoals bij sommige medische problemen voor de geboorte, of bij aanwezigheid van een gezinslid met autisme of ADHD heeft laten zien dat een aantal van deze

hoog risico kinderen al in hun eerste jaar bijzonderheden vertonen. Het is dan nog echter te vroeg om een diagnose te stellen. Verder zijn er in het eerste jaar problemen die -als die zeer ernstig en hardnekkig zijn- een voorbode kunnen zijn van psychische of ontwikkelingsstoornissen. Denk daarbij aan overmatig huilen, slaap- en voedings-/eetproblemen en overmatige prikkelbaarheid die leiden tot ontregeling en die niet na een aantal maanden voorbijgaan. Na het eerste jaar kunnen problemen met (oog) contact, (sociaal) brabbelen of afwijkende interesses of aandacht voor aspecten van de omgeving wijzen op een ontwikkelingsstoornis. Hetzelfde geldt voor extreem druk gedrag of juist grote passiviteit.

ZWAKKE EN STERKE KANTEN

Vanaf de leeftijd van 2 à 3 jaar blijken de vroege kenmerken van autisme spectrum stoornissen (ASS), van aandachtdeficiëntie-/ hyperactiviteitsstoornissen (ADHD), gedragsstoornissen, en bepaalde angststoornissen gelijkenissen te vertonen met kenmerken op latere leeftijden maar ook wel verschillen.

Deze signalen bij heel jonge kinderen betekenen niet per se dat een diagnose dan al vastgesteld kan of moet worden, maar wel dat grote

drs. Janne Visser,
kinder- en jeugdpsychiater Karakter

waakzaamheid nodig is en dat nader onderzoek is gewenst. Tijdens dit onderzoek wordt zowel aandacht geschonken aan de ontwikkelingsproblemen en beperkingen, alsook aan de vaardigheden en sterke kanten van het kind. De belangrijkste reden voor vroege onderkenning van risico's, problemen en eventueel stoornissen is dat gerichte begeleiding/behandeling effectiever is dan behandelingen die pas starten wanneer de problemen zich al hebben opgestapeld en de omgeving eraan onderdoor dreigt te gaan. Het brein van zeer jonge kinderen is bovendien meer ontvankelijk voor ontwikkelingsstimulering dan op oudere leeftijden. Verder blijkt dat opvoeders beter in een vroeg stadium geholpen kunnen worden met het begrijpen en begeleiden van hun kind, dan na jaren onzekerheid en mislukkingen met een doorsnee aanpak.

OMGEVINGSFACTOREN

Daarnaast is de sociale omgeving van het jonge kind heel belangrijk en vraagt die ook onze aandacht. Onderzoek heeft laten zien dat ongunstige omstandigheden binnen de directe omgeving (ouders/opvoeders/gezin/opvang/ school) de ontwikkeling van het jonge kind kunnen bemoeilijken en dat zij de aanwezige

kwetsbaarheid en problemen van het kind kunnen versterken. Omgekeerd, wanneer de directe omgeving zich enorm goed weet aan te passen aan de behoeften en beperkingen van het hele jonge kind en deze grotendeels opvangt, kan het zijn dat zijn/haar beperkingen pas veel later in een minder aangepaste situatie zoals school op gaan vallen. Tenslotte kunnen de problemen en stoornissen bij het kind op hun beurt de opvoeders en het gezin (verder) onder druk zetten. Dit alles betekent dat om een goed beeld te krijgen van het kind, het ook belangrijk is om een goed beeld te krijgen van de risico-factoren en beschermende factoren in de omgeving.

Overmatig huilen, hardnekkige slaap- of eetproblemen kunnen een voorbode zijn van psychische of ontwikkelingsstoornissen.

Samenvattend is er tegenwoordig veel bekend over de normale en afwijkende ontwikkeling in de eerste levensjaren. Duidelijke ontwikkelingsproblemen en forse ontregeling die gedurende die periode optreden moeten daarom niet te snel opgevat worden als voorbijgaande verschijnselen of alleen als reacties op omgevingsfactoren. Zij kunnen ook de eerste kenmerken zijn van ernstige problemen of stoornissen. Vroegherkenning van psychiatrische problematiek biedt de mogelijkheid voor behandeling in een levensfase waarin het kind zeer ontvankelijk is voor ontwikkelingsstimulering.



EEN REIS SAMEN MET OUDERS EN KIND

Sam van net 4 jaar haal ik op uit de wachtkamer. Hij kijkt me niet aan wanneer ik zijn naam roep, waardoor Sam zich pas bekend maakt als zijn ouders zuchtend en vermoeid ogend, hem aan zijn truitje vastpakken, en hem vragen te stoppen met spelen en 'die mevrouw een handje te geven.' Hij zit in het speelhoekje in de wachtkamer. Ik zie hem blokjes sorteren, en nog een keertje. Hij maakt -na herhaald aansporen van ouders- heel even oogcontact met zijn grote blauwe ogen, waarna hij voor mij uit rent, bij toeval de juiste gang in. Zijn grove motoriek is niet vloeiend, hij oogt klein voor zijn leeftijd, maar moet -met zijn geboortedatum in mijn achterhoofd-, toch echt al een jaar aan het kleuteren zijn.

Na een onderzoek, bestaande uit taakjes (zoals het maken van een tekening), en het doen van spelletjes, snap ik de ouders: Sam is een innemend jongetje om te zien, maar heeft een forse ontwikkelingsachterstand. Wat het meest opvalt, is dat hij eigenlijk zonder enige rekenschap met zijn omgeving, doet wat hij zelf wil.

Zijn ouders hebben al zorgen vanaf de wieg: huilbaby en veel slaapproblemen. Wat volgde waren goed bedoelde adviezen van hun directe omgeving, die vervolgens niet (goed genoeg) hielpen. De adviezen sloegen om in irritatie en onuitgesproken verwijten, waardoor ouders steeds minder begrip en steun ervoeren, terwijl ze juist zoveel behoefte hadden aan erkenning. Zo raakten ze steeds meer geïsoleerd van hun sociale omgeving.

Op verjaardagen deed Sam wel gezellig mee maar vervolgens liep hij de hele nacht erna te spoken en zat de volgende dag op school grotendeels apart wegens onacceptabel storend gedrag. Hulpverleners deelden hun zorgen, maar konden niet de vinger op de zere plek leggen. Hij ging naar de KNO-arts die buisjes plaatste. Hij kreeg logopedie om de zorgelijke taalontwikkeling te stimuleren. Ouders bezochten een haptonoom, een kindertherapeute...allemaal zonder afdoende effect. Moeder ging ongewild minder werken om Sam meer zorg te kunnen bieden en hem af en toe thuis te houden als de nachten voor onvoldoende rust hadden gezorgd.

De ouders van Sam hebben inmiddels hun hoop op verandering opgegeven. Ze voelen zich meer begeleider dan ouder voor Sam. Hun relatie staat op gespannen voet; er is nauwelijks meer ruimte en energie voor ontspanning en aandacht voor elkaar. Bovendien geeft de inmiddels krappe bestedingsruimte van het gezin ook veel spanning. Aandacht voor zusje Saar van twee is er te weinig. Ze zijn op, boos en ze voelen zich schuldig.

Samen met mijn collega (GZ-psycholoog) bespreken we onze zorgen met de ouders en leggen we uit hoe we het gedrag van Sam zien. We hebben de diagnose autisme spectrum stoornis gesteld bij een ogenschijnlijk gemiddelde intelligentie. Vader is stil, moeder huilt. 'Waarom nu pas?' is haar eerste vraag. Verwarring, boosheid, blijdschap, opluchting en leegte zijn emoties die elkaar in razend tempo afwisselen.

Hoe klein en jong een kind ook is, vaak heeft het met zijn ouders al een lange reis afgelegd voordat hij bij ons aanmeert. Een reis waarin -met vaak goede bedoelingen- veel gepraat is door meerdere zorgorganisaties over het (probleem)gedrag van hun kind, en over hoe ouders hier het beste mee om zouden kunnen gaan. Vaak is er ook hard gewerkt door ouders, kind en hulpverleners, maar toch zonder voldoende effect. Vaak vertellen ouders: 'Het hielp wel even, maar de veronderstelde oorzaak en behandeling dekten de lading niet.'

Voor ons behandelaars is het heel belangrijk om deze reis steeds in ons achterhoofd te houden. Want die reis heeft invloed op hoe ouders ons waarnemen, wat ze van ons verwachten en in welk tempo zij dit aankunnen. Ook helpt het om te beseffen dat hun reis bij ons verder gaat.

We hebben een prachtig zorgprogramma voor de kleintjes met psychiatrische problematiek, maar louter technisch een behandeling indiceren op basis van een diagnose, is niet zoals dit programma gebruikt moet worden. Minstens even belangrijk als de diagnostiek van het kind, vind ik de behandelindicatiediagnostiek. Daarmee bedoel ik de best passende behandeling bij de problematiek van het kind, de wensen van ouders én het moment dat wij hen tegenkomen op hun reis.

Hoop, vertrouwen en de kans op een succesvolle behandeling staat of valt hiermee.



dr. Martine van Dongen-Boomsma,
kinder- en jeugdpsychiater Karakter

Milan 4 jaar:

**lief en vrolijk
maar ook
snel overprikkeld**

Behandeling in het gezin

Het is druk bij het gezin Van Heemskerken. Vanwege de krokusvakantie zijn de kinderen thuis. In de kamer scharrelt de vierjarige Milan rond. Met zijn ene hand sleept hij een plastic krokodil achter zich aan. In zijn andere hand houdt hij een speelgoedkuikentje vast. Kareltje heet het kuikentje. 'Die heb ik met de plasjes verdiend,' zegt hij trots. 'Milan is kort geleden zindelijk geworden,' licht zijn moeder toe. Hij pakt een spelletje uit de kast en als hij ermee aan de gang wil, merkt hij dat er onderdelen missen. 'Waar zijn de poppetjes?' vraagt Milan. Moeder beloont hem meteen voor het feit dat hij deze vraag stelt. Dat is niet vanzelfsprekend. Tot voor kort stelt Milan namelijk helemaal geen vragen en richtte zich nauwelijks op anderen. Met de behandelmethode Pivotal Response Treatment wordt hij nu gestimuleerd om contact te maken met anderen. Om dat te trainen zijn de poppetjes bewust vooraf uit de doos gehaald.

Milan kwam op driejarige leeftijd voor onderzoek bij Karakter. Hij toonde geen interesse om met andere kinderen te spelen, om contact met mensen te leggen en zijn ontwikkeling bleef behoorlijk achter. Milan's moeder: 'Het is een superlief en ook erg vrolijk jongetje, maar zijn ontwikkeling is niet gezond. We herkenden veel van het zelfde gedrag dat onze oudste zoon Finn ook heeft.' De nu achtjarige Finn heeft autisme en gedragsproblemen. Hij was enige tijd klinisch opgenomen bij Karakter en sinds vier maanden weer thuis.

Uit onderzoek bij Karakter bleek dat Milan een autisme spectrum stoornis heeft. Milan is na de zomervakantie gestart op een cluster4 kleuterschool, maar dat bleek een te grote stap voor hem. Nu gaat hij daar twee keer per week naartoe en drie dagen naar het medisch kleuterdagverblijf. Het gezin krijgt Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling. Tweemaal per week komt gezinsbehandelaar Anouk de Jong bij hen thuis. 'Heel prettig,' zegt moeder, 'zij snapt waar-mee we worstelen. We hebben het gevoel dat we er niet alleen voorstaan. Met haar bespreek ik hoe de dagelijkse dingen thuis gaan. We bekijken samen hoe we de dingen met de kinderen kunnen aanpakken. Ik houd ook een schriftje bij waarin ik dagelijkse dingen vastleg.'

Gezinsbehandelaar Anouk: 'Milan en zijn broer Finn raken veel sneller dan andere kinderen overprikkeld. Voor deze kinderen zijn andere opvoedingsvaardigheden nodig dan voor "gewone" kinderen. Dat vraagt veel van ouders. Als gezinsbehandelaar help ik hen daar een goede weg in te vinden.'

Moeder vertelt dat de Pivotal Response Treatment goed werkt voor Milan. Met deze methode wordt het kind spelenderwijs geactiveerd om zelf contact te leggen en vragen te stellen. 'Gisteravond nog zouden we ijs eten als toetje, dan zeg ik alleen: "Ik weet waar het ijs is!" Verder niets. Milan reageerde met de wedervraag: "Waar is het ijs dan?" Voor veel kinderen is dat gewoon, maar voor Milan is het juist heel bijzonder dat hij dat vraagt.'



Milan is ondertussen druk aan het spelen. Hij praat tegen zijn knuffeldieren, drentelt door de kamer. Het ene moment wil hij lezen, dan weer een spelletje spelen en een minuut later bedenkt hij dat hij het aquarium wil schoonmaken. 'Zijn aandacht kan hij maar kort vasthouden,' zegt moeder. 'Wat we zorgelijk vinden is dat er heel weinig beklijft. Hij leert heel moeizaam nieuwe dingen. Zo wil hij zeep drinken. Maar de volgende dag is hij vergeten dat hij het erg vies vond en probeert het opnieuw. Zo gaat het bij veel dingen. Iedere ochtend is hij opnieuw verrast dat we gaan ontbijten, maar ook dat hij schoenen moet aandoen. Ook kan hij heel verbaasd zijn dat wij dingen niet weten. Als ik vraag hoe het op school was, zegt hij: 'Weet je dat dan niet?'

De gezinsbehandelaar vertelt dat Milan veel houvast heeft aan kleine, heldere opdrachten. 'Als hij stap voor stap kan zien hoe hij iets moet aanpakken, gaat het wat beter. We werken daarom veel met pictogrammen. Zo gaan we hem daarmee aanleren hoe hij zijn jas moet aandoen. Dat is nu voor hem nog een bijna onoverkomelijk moeilijke opgave. Het lukt hem niet de goede volgorde te gebruiken. Verder heeft Milan baat bij het gebruik van een timer. Zo blijft het voor hem overzichtelijk wanneer dingen beginnen en aflopen. Hij raakte bijvoorbeeld gauw in paniek als hij aan het tv-kijken was en er iemand binnen kwam. Zo bang was hij dat de tv zomaar uitgezet zou worden. Dankzij de timer weet hij hoe lang hij mag blijven kijken. Het overkomt hem allemaal minder.'

Ondertussen nestelt Milan zich naast moeder op de bank met een iPad. Hij vraagt of hij Koekeloere mag kijken, zijn favoriete programma. 'Dat mag,' zegt moeder. De bewuste aflevering heeft hij al meer dan twintig keer gezien maar dat geeft hem juist een veilig gevoel. Nu weet hij wat er komen gaat. Tevreden zakt hij onderuit, duim in de mond, langzaam zakken zijn ogen halfdicht.

STAP VOOR STAP NAAR EEN BETERE SITUATIE VOOR KIND EN GEZIN



Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling



'Het is maatwerk. We komen echt bij heel verschillende soorten gezinnen,' zeggen Riekje Jansen en Anouk de Jong. Zij zijn gezinsbehandelaars bij Karakter in Zwolle met speciale aandacht voor Infants.

'De meeste kinderen zien we hier voor het eerst rond de leeftijd van 3 jaar,' vertelt Riekje. 'Vaak is er al een lange aanloopgeschiedenis: huilbaby's, peuters die op de peuterspeelzaal afwijkend gedrag laten zien, kinderen waar ouders jaren mee tobben. Al kunnen ze er nog niet de vinger op leggen, toch voelen ouders zelf vaak goed aan dat er iets aan de hand is. Via doorverwijzing van de huisarts of het sociaal wijkteam komen ze bij Karakter. Na de diagnostiek wordt vaak duidelijk of Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling een optie is waarmee we ouders en de kinderen weer verder kunnen helpen.'

BIJZONDERE VAARDIGHEDEN OUDERS

'De behandelfocus ligt bij de ouders,' vertelt Anouk. 'Dat maakt IPG juist bij Infants zo geschikt. Deze jonge kinderen kun je immers nog geen psycho-educatie aanbieden. Wat we wel kunnen is ouders adviseren en begeleiden om met het gedrag van hun kind te leren omgaan. Een kind met een psychiatrische aandoening vraagt nu eenmaal bijzondere vaardigheden van de ouders. Met de gebruikelijke opvoedprincipes waarmee de meesten wel bekend zijn, kom je er niet. Wij helpen ouders en daarmee ook het kind. Met behandeling gericht op de diagnose van het kind, kan het zich veel beter ontwikkelen.'

GEEN NANNIES MET EEN INSTANT OPLOSSING

Anouk: 'We bezoeken het gezin op verschillende tijdstippen. Het is vooral informatief om mee te kijken tijdens de spitsuren in het gezin: opstaan, avondeten, bedtijd. Maar we komen ook wel 's avonds als de kleintjes in bed liggen. Dat geeft de mogelijkheid om even rustig met ouders te bespreken hoe het gaat. Soms maken we video-opnames die we naderhand met de ouders bekijken. Met hen bespreken we hoe de interactie tussen de gezinsleden verloopt en maken we plannen om dingen beter te laten verlopen. Zelf vind ik het belangrijk dat we de dingen doen in het tempo dat past bij het gezin. Soms is een gezin totaal ontwricht door de gedragsproblematiek van een kind. Het zou niet werken als we dan in twee weken alles willen aanpassen. Wij zijn beslist geen nannies met een instant oplossing. IPG is maatwerk.' 'Dat vind ik ook zo mooi van dit werk,' zegt Riekje, 'Ieder kind en ieder gezin is anders. Altijd is het een puzzel: welke aanpak werkt het beste voor dit kind met deze diagnose? Zo kwam ik een keer bij een gezin met een zontje van vier jaar. Dat jongetje maakte steeds een enorme puinhoop tijdens het spelen waardoor hij almaar drukker werd met chaos tot besluit. Het lukte ouders niet om het kind aan te leren dat het zijn speelgoed moest opruimen. Samen kwamen we erachter dat hij gewoon niet wist hoe hij dat aan moest pakken. Waar velen dit spelenderwijs in de vingers krijgen, was het voor dit kind gewoon te complex. We hebben pictogrammen gebruikt waarmee we hem dat stapsgewijs aanleerden. Per pictogram een actie: na het spelen met de trein het spoor uit elkaar halen; daarna de onderdelen terug doen in de doos; de doos in de kast en pas daarna iets anders pakken om mee te spelen.' Anouk: 'Tevreden zijn met kleine successen is de basis voor de volgende stap. Voor een kind dat categorisch al het eten weigert, is het doel een hele boterham echt een brug te ver. Je mag blij zijn als het alweer een paar ieniemienie hapjes oppeuzelt. Dat is de basis voor verdere uitbouw. IPG is vooral een kwestie van beleid en geduld.'

WE LATEN GEZIN NIET INEENS LOS

Als het thuis beter begint te draaien, worden de bezoeken stap voor stap afgebouwd. 'We laten een gezin niet ineens los,' zegt Anouk, 'maar bereiden ze er goed op voor. Samen met hen maken we een terugvalpreventieplan. Daarmee bekijken we ook hoe ouders hun netwerk kunnen activeren en zichzelf kunnen ontlasten. Want het is belangrijk dat ze goed voor zichzelf zorgen, alleen dan houden ze het vol. Ze kunnen na die periode nog contact met ons opnemen, bijvoorbeeld met een strippenkaart voor drie bezoeken. De meeste gezinnen geven aan dat ze goed geholpen zijn met de IPG. Erg leuk dat ik van een gezin een complimentenboom kreeg met de boodschap: we kunnen nu weer genieten van ons kind.' 'Als ouders na een lange periode van negativiteit en onmacht weer kunnen genieten van hun kind, geeft dat ook ons energie,' zegt Riekje tot besluit.

IPG bij Karakter

Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling wordt ingezet bij opvoedonmacht die samenhangt met het gedrag van het kind voortkomend uit de diagnose. Vaak is er sprake van gedragsproblemen zoals slaap- en/of eetproblemen en veel ruzies, ook tussen de broertjes en zusjes. Iedereen in het gezin doet mee aan de IPG en het is altijd bij het gezin thuis. Een tot tweemaal per week bezoekt een gezinsbehandelaar het gezin en bespreekt met de ouders wat goed gaat en waar verbetering gewenst is. Zo nodig stemt de gezinsbehandelaar ook af met de peuterspeelzaal en de basisschool. IPG beslaat meestal 6 maanden.



Van de wieg tot en met de basisschool

Screening en vroegsignalering jeugdgezondheidszorg

De eerste bezoekers op het spreekuur van de jeugdarts zijn een jonge moeder met twee kinderen. Een kleuter van bijna 4 jaar loopt bedremmeld naar binnen, maar klaart op als hij de speelgoedhoek ziet. Een ander kind zit nog in een buggy. Het is de 1 ½ jarige Ruben. Het kleine jongetje is door de jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau doorverwezen naar de jeugdarts. De jeugdverpleegkundige vindt dat Ruben zich niet zo ontwikkelt als verwacht. Zijn moeder ziet dat ook en vertelt dat het verschil met haar oudste groot is. Die brabbelde er met deze leeftijd al lustig op los en maakte meer contact. Terwijl moeder dit vertelt staart Ruben wat voor zich uit en lijkt zich niet voor zijn omgeving te interesseren.

BELANGRIJK DAT OUDERS ACHTER VERWIJZING STAAN

Soms is snel duidelijk dat er meer aan de hand is met een kind, vertelt jeugdarts Kelli van Gerven. Zij werkt bij de GGD Gelderland Midden* als jeugdarts op het consultatiebureau en de school. 'Bij Ruben zag ik na observatie en wat testen een aantal autistische kenmerken. Voordat we vervolgstappen ondernemen en doorverwijzen voor nader onderzoek bij een kinderpsychiater vind ik het belangrijk dat de ouders eerst de tijd krijgen om deze boodschap even te laten bezinken. Ouders moeten namelijk wel achter een verwijzing staan. Ik gaf de moeder van Ruben daarom internetadressen waarop ze meer informatie kon vinden.'

Bij de vervolgspraak na twee weken geeft moeder aan dat ze inderdaad de autistische kenmerken herkent en komt zelf met het idee om met Ruben naar Karakter te gaan.

'Bij Ruben was het vrij helder, maar veel vaker is het helemaal niet zo duidelijk waarom een kind afwijkend gedrag vertoont of in ontwikkeling achterblijft,' vertelt de jeugdarts. 'Misschien is het gehoor niet optimaal, zijn er opvoedproblemen of is de gezinssituatie niet stabiel. Voordat we dan overwegen om een kind te verwijzen zorgen we er eerst voor dat we de gezinssituatie beter in kaart brengen. We kunnen dit bijvoorbeeld doen doordat onze jeugdverpleegkundige op huisbezoek gaat. Daarbij is de huisarts een essentiële samenwerkingspartner waarmee we graag overleggen. Een greep uit andere ketenpartners zijn: het CJG, het wijkteam, Vroeghulp Ede, Veilig Thuis en het audiologisch centrum.'

ROL JEUGDVERPLEEGKUNDIGE

Hoe belangrijk de rol van de jeugdverpleegkundige is, wil Van Gerven graag benadrukken. 'Die ziet op het consultatiebureau immers alle kinderen. De jeugdarts ziet een deel van de kinderen op verzoek van bijvoorbeeld de ouders en/of de jeugdverpleegkundige. Redenen om bij de jeugdarts te komen zijn uiteenlopend, enkele voorbeelden: als een kind een slechte start heeft gemaakt, of als er een hartruisje te horen is; het kind niet zindelijk wordt of regressiegedrag toont; de balletjes niet indalen; de motoriek achterblijft of de taal/spraak-ontwikkeling slecht op gang komt. Maar zeker ook bij twijfel over het gedrag van

***De jeugdgezondheidszorg wordt in Gelderland-Midden uitgevoerd door de GGD Gelderland-Midden (0 tot 18-jarigen). Kinderen van 0 tot en met 4 jaar worden onderzocht op het consultatiebureau. Kinderen in de leeftijd van 4 - 18 jaar worden op school gezien door de jeugdgezondheidszorg. Jeugdarts Kelli van Gerven ziet kinderen van 0-12 jaar.**

het kind. Voor onze screening maken we gebruik van richtlijnen van het Nederlands Centrum van Jeugdgezondheidszorg. En als ik een vermoeden heb van autisme, gebruik ik de COSOS vragenlijst.'

LAAGDREMPELIGE HULP

'Natuurlijk willen we een kind zo snel mogelijk helpen,' zegt de jeugdarts. 'Dat is ook de wens en verwachting van ouders. Echter als niet helemaal duidelijk is waardoor een kind achterblijft in de ontwikkeling, kiezen we er vaak voor om een kind eerst door te verwijzen naar bijvoorbeeld de logopedist, het audiologisch centrum of fysiotherapie. Voor ouders is dat ook laagdrempeliger dan de psychiatrie. Deze eerstelijnsprofessionals kunnen een kind in een aantal sessies verder helpen en daarbij zelf ook observeren en screenen. Zij koppelen aan ons terug hoe het gaat. En ja, soms is dit voldoende en soms heeft het te weinig effect en komt de tweedelijnd echt in beeld.'

Van Gerven ziet ook kinderen waarbij een verwijzing niet direct noodzakelijk is, maar waarover ze zich wel zorgen maakt. Gaat dat kind het straks wel redden op school? 'Als het kind de stap naar de basisschool maakt, spreek ik vaak met ouders af dat we na bijvoorbeeld drie maanden even contact met elkaar hebben om te weten hoe het gaat. En op de leeftijd van 5 of 6 jaar worden alle kinderen uitgenodigd voor een standaardonderzoek. Ouders vullen dan een vragenlijst in over hoe het met het kind gaat en of zij zorgen of vragen hebben. Daarnaast wordt het kind dan nagekeken. Ook dit is een belangrijk moment voor het signaleren van gedragsproblemen, omdat de overgang naar de basisschool een grote stap is voor kinderen. We raken de kinderen niet uit het oog.'



Ruben leert duidelijk te maken wat hij wil

De 4-jarige Ruben kreeg drie maanden therapie voor autisme. Zijn ouders zien dat hij daardoor enorm is gegroeid. Moeder Esther: 'Eerst werd hij altijd boos als er iets niet lukte. Nu vraagt hij: 'Mama wil je me helpen?' Hij kan meer zelf adequaat het initiatief nemen voor contact en geniet er ook van.'

Esther en haar man Martijn hebben gewacht met de therapie tot na de bevalling van hun tweede kind. Intussen pasten ze thuis al speelse middelen toe om Ruben te helpen, in overleg met Karakter. 'Als hij met de bal wil spelen, geef ik hem de bal pas als hij er om vraagt: "Mama, mag ik de bal?" Dit soort kleine manieren kun je heel breed inzetten, zodat je kind leert om duidelijk te maken wat hij wil.'

GEBIEDENDE WIJS VAN VADER

Zelf volgden Esther en haar man Martijn psycho-educatie. Esther dacht eerst dat ze dat niet direct nodig had omdat ze in de zorg werkt. Maar het tegendeel bleek waar. 'We leerden wat handig is om wel en niet te doen in contact met je kind. En hoe een autist de wereld bekijkt. Dat verschil in kijken naar de wereld verklaart waarom dingen soms niet lopen. Martijn en ik kunnen snel schakelen. Maar Ruben kan dat niet.' Ze vond het ook leerzaam om te zien hoe haar man nu in de gebiedende wijs tegen Ruben praat als er iets moet gebeuren. 'Als we bijvoorbeeld weggaan', vertelt Esther, 'dan zegt hij: "Ruben, we gaan, doe je jas aan." Daar kan Ruben geen ja of nee op antwoorden. Eerder verpakte hij zijn boodschap in een vraag: Wil je je jas aandoen? Tja, dan krijgt Ruben opties en dat is verwarrend voor hem.'

BOEIEND EN VERMOEIEND

Hoe was het afgelopen jaar voor de ouders? 'Boeiend en vermoeiend,' reageert Esther meteen. 'Boeiend

omdat we ons kind steeds beter leerden kennen. Vermoeiend omdat het toch een heftige periode was. De jaren daarvoor natuurlijk ook al. Ruben raakte als baby snel overstuur en was moeilijker te troosten. Met 2 jaar kon hij nog nauwelijks praten, hij had een compleet eigen taal. We misten het wezenlijke contact. Maar hij heeft een enorme inhaalslag in zijn spraakontwikkeling gemaakt. Ook in contact met buitenstaanders.'

DIKKE HUID

Van mensen in hun omgeving krijgen ze nu meer de erkenning dat Ruben anders is dan andere kinderen. Ook al ziet hij er uit als een gewoon, lief kind. 'En dan nog gaat de een er gemakkelijker mee om dan de ander. Dat blijf je altijd houden.'

Aan de verdere buitenwereld heeft Esther geen boodschap. Door ervaring wijs geworden, heeft ze een dikke huid gekweekt voor bijvoorbeeld ongevraagd commentaar in de supermarkt als Ruben driftig wordt. 'Ik negeer het meestal. Soms reageer ik er wel op.'

VERTROUWEN IN DE TOEKOMST

Ruben gaat nog 2 dagen per week naar de dagbehandeling bij Lindenhout. En binnenkort ook naar het speciaal onderwijs. Mogelijk zal hij later nog eens teruggaan naar Karakter voor psycho-educatie. 'Want als hij ouder wordt, zal hij meer besef krijgen van zijn anders-zijn. Hij heeft een normale intelligentie, dus ik heb wel vertrouwen in zijn mogelijkheden voor de toekomst.'



HET IS NOOIT TE VROEG

dr. Iris Servatius-Oosterling,
gz-psycholoog Karakter

Betrouwbare diagnose kan al op jonge leeftijd

Bij de zorglijn Infants worden baby's, peuters en kleuters aangemeld bij wie een vermoeden bestaat van ontwikkelings- en/of psychische problemen. Een vaak gestelde vraag: is dat niet veel te vroeg? Kun je op zo'n jonge leeftijd al een diagnose stellen? Ja, bij sommige kinderen kun je inderdaad al op hele jonge leeftijd een betrouwbare diagnose stellen.

Soms is al op tweejarige leeftijd duidelijk dat er sprake is van autisme. Wij zullen die diagnose dan ook stellen.

Bij andere kinderen is het beeld wat minder uitgesproken, maar is wel duidelijk dat hulp noodzakelijk is. We kunnen in die gevallen een voorlopige diagnose stellen en op basis daarvan specialistische behandeling of begeleiding inzetten.

Op die manier wordt wel al vroeg hulp geboden en kunnen kind en ouders aan de slag.

NOODZAAK VROEGSIGNALERING

Vroege ontwikkelingsachterstanden en psychische problemen werden tot voor kort dikwijls niet gesignaleerd, juist vanwege de gedachte dat specialistische zorg bij het jonge kind niet nodig is, of dat het nog te vroeg is om conclusies te trekken en hulp te zoeken. Gelukkig verliest dit achterhaalde idee aan terrein. Toch zijn de voordelen van vroegherkenning van psychische problemen niet algemeen bekend. Nog veel inzet is nodig om ouders en professionals die in hun werk te maken hebben met ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen (zoals huisartsen, wijkteams, leidsters van dagverblijven en logopedisten) de noodzaak van vroegsignalering in te laten zien. De Zorglijn Infants werkt samen met de Karakter Academie aan verbetering van kennis en alertheid op vroeg signaleren van ontwikkelingsproblemen.

JONGE BREIN IS NOG FLEXIBEL

Vroege signalering is een voorwaarde voor vroege interventies. En van verschillende interventies op jonge leeftijd heeft wetenschappelijk onderzoek een positief effect aangetoond. Omdat het jonge brein nog flexibel is, kunnen gerichte interventies gemakkelijker een positief effect hebben op de ontwikkeling en het leren. Secundaire (gedrags-) problemen kunnen worden voorkomen en de impact op het gezin is minder groot wanneer ouders al vroeg in de ontwikkeling van het kind weten hoe zij om kunnen gaan met hun kind met bijvoorbeeld een autisme spectrum stoornis. Enkele onderzoeken tonen ook kostenefficiëntie aan; door vroeg te behandelen worden problemen voorkomen waarvan de behandeling op latere leeftijd beduidend meer kosten met zich mee zou brengen.

ONTWIKKELING KIND EN DE OPVOEDCONTEX

Als ontwikkelingsproblemen zijn gesignaleerd en een kind is aangemeld bij Karakter, volgt er een diagnostisch traject. Diagnostiek bij jonge kinderen heeft als doel de ontwikkeling te beoordelen door het in kaart brengen van zowel risicofactoren (Wat gaat minder goed? Op wat voor manier wordt de ontwikkeling van het kind bedreigd?) als beschermende factoren (Wat gaat goed? Wat is helpend/positief voor de ontwikkeling?).



Dit wordt beoordeeld bij het kind zelf en binnen de opvoedingscontext (vaak het gezin of verdere familie en een dagverblijf/school). We houden er rekening mee dat kinderen zich in een hoog tempo ontwikkelen en dat een diagnose kan veranderen door de tijd heen. Daarom blijven we de ontwikkeling van deze kinderen vaak nauw volgen.

Tijdens het diagnostisch proces werken professionals met specifieke expertise op het gebied van jonge kinderen met elkaar samen. Vaak zijn dit een kind- en jeugdpsychiater, klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, orthopedagoog en/of gezinstherapeut. Daarnaast kan advies gevraagd worden of aanvullend onderzoek worden aangevraagd bij bijvoorbeeld een logopedist, fysiotherapeut, kinderarts, kinderneuroloog of klinisch-geneticus.

HET DIAGNOSTISCH ONDERZOEK

In het diagnostisch onderzoek wordt informatie van verschillende bronnen betrokken zoals ouders, verzorgers, kinderdagverblijf, school en hulpverleners. Middelen zijn:

- Directe observatie van het kind in relatie tot zijn ouders/verzorgers
- Informatie op basis van interviews met ouders/verzorgers en/of andere primaire verzorgers (bijvoorbeeld leerkrachten of leidster op een dagverblijf)
- Informatie op basis van vragenlijsten ingevuld door ouders/verzorgers of andere primaire verzorgers
- Spelobservatie
- Kinderpsychiatrisch onderzoek

Op indicatie (aanvullende onderzoeken):

- Ontwikkelingsonderzoek
- Gezinsdiagnostisch onderzoek
- Aanvullende spelobservaties gericht op bijzonderheden in het contact, de communicatie en het spel.
- Aanvullende observatie op school of dagverblijf.

Quinten is voor ons gewoon Quinten



Quinten is nu 7 en heeft sinds zijn geboorte een zeldzaam, erfelijk syndroom, waarvan autisme een van de kenmerken is. Hij gaat naar de mytylschool en wordt samen met zijn ouders begeleid bij Karakter. 'We zien pas dat hij anders is, wanneer er andere "normale" kinderen in de buurt zijn,' vertelt moeder Charlotte.

De diagnose voor de erfelijke aandoening werd gesteld toen Quinten 1,5 was. Hij heeft het syndroom van Cowden, een zeldzame aandoening met uiteenlopende verschijningsvormen zoals een vergroot hoofd, achterstand in taal, spraak en ontwikkeling, hypotonie en autistische kenmerken. 'Quinten was als baby vaak verkouden en ziek met braken en al. Het consultatiebureau verwees ons door naar de kinderarts. Hij werd opgenomen voor onderzoek door een kinderneuroloog en uiteindelijk kregen we dit bericht. We waren verbijsterd,' vertelt Charlotte.

DIAGNOSE AUTISME GEEFT DUIDELIJKHEID

De jaren daarna kreeg hij vroegbehandeling bij Kentalis. 'We waren blij met de begeleiding die we kregen, want het werd steeds lastiger om hem te helpen. Hij werd overgevoelig voor prikkels, had grote behoefte aan structuur. We leerden beter te communiceren met hem. Hij groeit er wel overheen, dachten we ook eerst. Maar dat gebeurde niet. Alles wat nieuw was vond hij eng, nieuwe schoenen dragen bijvoorbeeld.'

Vier jaar na de Cowden-diagnose werd bij Quinten ook autisme vastgesteld. Opnieuw een confronterende diagnose, maar tegelijk een bevestiging waardoor er deuren opengingen voor begeleiding. 'We konden er nu mee leren omgaan. Alles werd duidelijk. En net als bij Cowden-diagnose hebben we familie en vrienden per mail uitgelegd wat er aan hand was. Met een artikel erbij voor wie er meer over wilde lezen. Daar werd goed op gereageerd.'

FOTO'S MAKEN OP DE MARKT

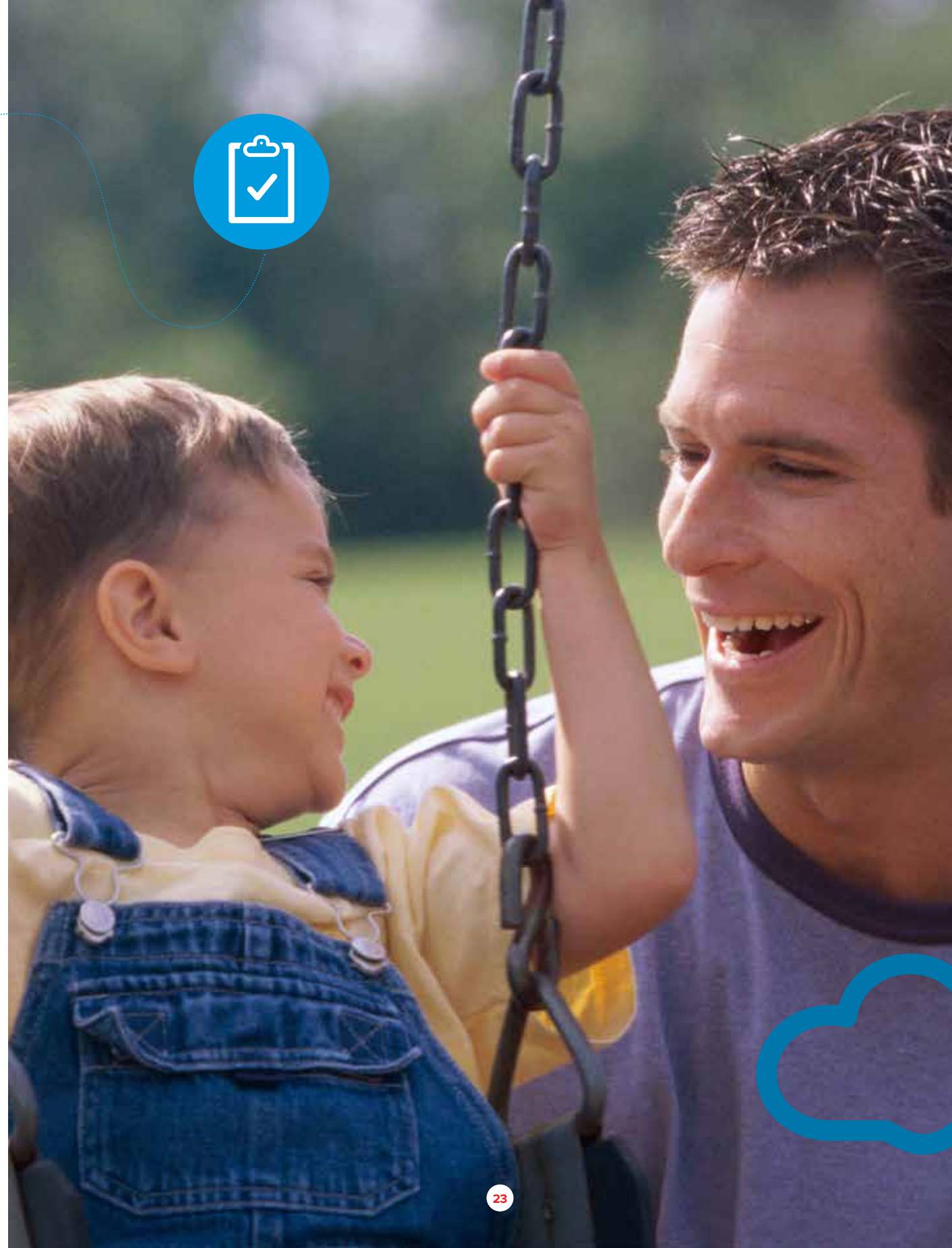
Charlotte en Hans krijgen binnenkort thuisbegeleiding bij Karakter. Ouderbegeleiding hebben ze al bij Karakter gehad, individueel en in een groep met andere ouders. Voor Charlotte hoefde de groep eerst niet zo. 'We waren een beetje bang dat iedereen zou blijven hangen in praten over hoe erg het allemaal is. Maar zo was het absoluut niet! We hebben er veel aan gehad. We leerden er ook hele praktische dingen, bijvoorbeeld hoe we Quinten kunnen voorbereiden op een activiteit, of op een vakantie.'

Charlotte bedenkt nu zelf taakjes voor Quinten, om hem af te leiden van de vele prikkels om hem heen. Bijvoorbeeld als ze naar de markt gaan. 'Dan nemen we een fototoestelletje mee en geef ik hem een kleine opdracht, zoals alle fruitkramen fotograferen.'

LOGEREN BIJ OMA

Door zijn kwetsbare prikkelverwerking slaapt Quinten slecht. De moeder van Charlotte is de enige bij wie hij regelmatig kan logeren. 'Wij worden zo ontlast en kunnen een nacht doorslapen, en Quinten geniet van de aandacht van zijn oma. Ze zijn twee handen op één buik.'

Charlotte en Hans beschouwen de situatie nu zoals die is. 'Quinten is voor ons gewoon Quinten. We zien pas dat hij anders is als er andere 'normale' kinderen in de buurt zijn. We hebben nog een jonger zontje en hij begint nu het verschil ook te zien tussen hem en zijn broer.' Wat de toekomst voor Quinten zal brengen? 'Dat vind ik moeilijk', zegt Charlotte. 'Quinten heeft nog veel begeleiding nodig. Hoe dat in de toekomst zal zijn weten we niet. Ik hoop dat hij zal leren zich te handhaven in de maatschappij en bovenal, dat hij gelukkig zal zijn. Want het is een ontzettend lief manneke!'



Warmte en structuur in de ouder-kindrelatie

De ontwikkelingsprincipes van Liebermann

Veel ouders zullen het herkennen: je dreumes, peuter of kleuter klampt zich vast aan je benen en begint hartverscheurend te jammeren. Net op het moment dat jij wilt vertrekken van de peuterspeelzaal. Of je peuter het stort zich in een driftbui op de grond als de dingen niet zo lopen als hij wenst. Waarom vertonen kinderen dat aanklampende gedrag? Waarom zijn ze zo overstuur? En waarom zeggen ze in een bepaalde fase steeds 'nee' en 'wil ik niet' op iedere vraag?

GZ-psycholoog/psychotherapeut Manja van der Smagt vertelt dat zij bij oudertraining en -begeleiding graag werkt met de ontwikkelingsprincipes van Liebermann. 'Deze principes spreken mij erg aan. Ze vertegenwoordigen de dimensies van warmte en structuur in de ouder-kindrelatie. Het zijn opvoedprincipes rond structuur, grenzen en voorbeeldgedrag. Ze komen uit de gehechtheidstheorie, waarbij de stelling is dat een veilige gehechtheid een beschermende factor is voor het latere leven.'

INLEVEN IN DE ANDER

Een goed voorbeeld van hoe we de ontwikkelingsprincipes kunnen toepassen is het oplossen van conflicten. Stel: je kind werpt zich in een driftbui op de grond. Wat gaat er in hem om? Een kleintje kan het niet vertellen. Bij een heel jong kind probeer je erachter te komen door te observeren en te bedenken: wat zou ze bedoelen? Het uitspreken van begrip doet al wonderen: 'Ja dat is heel lastig. Dat is vervelend, daar word je

boos van.' Of: 'Dat vind je heel leuk, dat zou je wel veel langer willen doen.' Dat inleven in de ander (en dit uitspreken) noemen we empathie. Als je dat als ouder doet, leer je dit weer aan je kind zodat je kind zich gaat inleven in andere mensen. Ook al blijft er dan een verschil van mening of interpretatie of moet je kind (soms ook vanwege veiligheid of omdat er haast bij is) gewoon doen wat je zegt. Begrip voor de mening van het kind helpt en werkt relatiebevorderend.

WEES NIET BANG VOOR EEN MENINGSVERSCHIL

Als je kind wat ouder is en kan praten kan je via het gesprek werken aan een oplossing. En ook dan geldt: als er regels moeten worden opgevolgd, helpt begrip ervoor dat het makkelijker gaat. Als je zo door empathie aan je relatie werkt, kan die zeker een stootje hebben. Wees dus niet bang als je een verschil van mening hebt of als je je kind niet direct begrijpt. Door jezelf wat bedenktijd te geven (rustig te blijven) kan je erachter komen en het conflict bewerken.'



Twaalf ontwikkelingsprincipes van Lieberman 0-6 jaar*

- 1 Jonge kinderen vertonen aanklampgedrag en huilen om aan te geven dat ze behoefte hebben aan de nabijheid en verzorging van hun ouders/verzorgers.
- 2 Als kinderen overstuur worden wanneer ze gescheiden worden van hun ouders, laten ze zien dat ze bang zijn de ouder kwijt te raken.
- 3 Jonge kinderen willen hun ouders plezieren en vrezen hun afkeuring.
- 4 Jonge kinderen zijn bang om gewond te raken en delen van hun lichaam te verliezen.
- 5 Jonge kinderen imiteren het gedrag van hun ouders/verzorgers omdat ze net zo willen zijn en aannemen dat dit gedrag een model is om na te bootsen.
- 6 Jonge kinderen voelen zich verantwoordelijk en schuldig als hun ouders om wat voor reden dan ook boos of van streek zijn.
- 7 Jonge kinderen zijn ervan overtuigd dat hun ouders alles weten en altijd gelijk hebben.
- 8 Jonge kinderen moeten duidelijke en consistente grenzen krijgen bij gevaarlijk of cultureel afwijkend gedrag om zich veilig en beschermd te voelen.
- 9 Jonge kinderen gebruiken het woord 'nee' om te oefenen met individualiteit en autonomie.
- 10 Het geheugen werkt vanaf de geboorte. Baby's en jonge kinderen kunnen zich ervaringen herinneren ook al kunnen ze nog niet praten.
- 11 Jonge kinderen hebben de hulp van volwassenen nodig om uitdrukking te geven aan sterke emoties zonder dat zij zichzelf of anderen pijn doen.
- 12 Conflicten tussen ouder en kind zijn onvermijdelijk -omdat hun (ontwikkelings)behoefte verschillen-, maar zij kunnen opgelost worden op een manier die bevorderend werkt voor het onderling vertrouwen en steun.

*Bron: Psychotherapy with Infants and Young Children, Alicia F Lieberman and Patricia Van Horn, The Guilford Press, 2008. Vertaling Manja van der Smagt.



Strikte regelmaat voor Lotte

Bij Karakter, in een behandelgroep met andere kinderen, leerde de autistische Lotte om meer contact te maken, en te eten en drinken op vaste tijden. Haar ouders Daniëlle en Willem zorgen nu ook thuis voor strikte regelmaat. Maar vlak voor de behandeling afliep, diende zich een nieuwe uitdaging aan: Lotte kreeg driftbuien.

Sinds de geboorte vond Daniëlle al: er is iets met Lotte. Ze maakte nauwelijks contact, dronk ook slecht omdat ze – naar later bleek – niet kon voelen wanneer ze dorst heeft. Op de peuterspeelzaal zagen de leidsters het ook. Lotte speelde liever met zand en water dan dat ze meedeed in de groep. Zelf dacht Daniëlle aan autisme en liet haar, mede op advies van de peuterspeelzaal, onderzoeken bij Karakter. Hier werd haar vermoeden bevestigd. Lotte was inmiddels 3,5.

VASTE TIJDEN

Lotte kreeg 4 maanden dagbehandeling, 4 dagen in de week samen met andere kinderen. Hier werd ze uitgedaagd om de dingen te leren die ze moeilijk vond. Zoals contact maken en zich schikken in de vaste routine van spelen, opletten, iets eten en drinken. 'Om 10 uur en om 12 kregen de kinderen iets te drinken en dan moesten ze hun beker helemaal leegdrinken. Die routine zit er nu wel in bij Lotte. Ze maakt ook meer contact nu, neemt initiatief om samen te spelen.' Daniëlle heeft de strikte regelmaat thuis ook ingevoerd. Ze hebben in de woonkamer een grote klok gemaakt. Op de klok, met alleen de kleine wijzer, staat de dagindeling: om 3 uur thuis uit school, om 5 uur eten, om 6 uur tv kijken met een ijsje en om 7 uur naar bed. 'Als Lotte 's ochtends al over een ijsje begint, dan zeg ik: nee, kijk maar naar de klok, het is nog geen 6 uur.'

HEEN-EN-WEER-RAPPORTAGE

Daniëlle en Willem kregen wekelijks ouderbegeleiding: de ene week een gesprek bij Karakter, de andere week begeleiding thuis. Een handig hulpmiddel daarbij was een grote map, een logboek waarin de therapeute aantekeningen maakte over hoe Lotte zich ontwikkelde in de dagbehandeling. De map ging dagelijks mee naar huis en de volgende dag met aantekeningen of vragen van Daniëlle weer mee terug naar Karakter. 'Een soort 'heen-en-weer-rapportage' die we gebruikten bij de gesprekken en het oefenen thuis. Het hielp om nieuwe

gedragingen van Lotte te plaatsen. Ook door de gesprekken met de orthopedagoog leerden we haar gedrag beter te begrijpen. Op gegeven moment was Karakter bijna een tweede thuis, zo vaak als ik er was!'

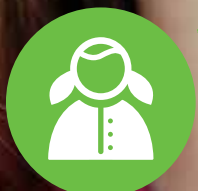
Ze zijn erdoor gegroeid, merkt Daniëlle bij zichzelf en haar man. 'We hebben geleerd om onderscheid te maken tussen aan de ene kant voet bij stuk houden als we willen dat Lotte gehoorzaamt. Aan de andere kant moet je dat soms los kunnen laten om haar eigen ontwikkeling niet te belemmeren. Dat is dus ook voor Lotte goed, in de fase waarin ze nu is.'

DRIFTBUIEN

Vlak voor het eind van de dagbehandeling, diende zich een nieuwe uitdaging aan: Lotte kreeg driftbuien. Vooral als er iets niet gebeurt zoals zij het wil. Daniëlle en Willem leerden op verschillende manieren in te grijpen, al werkt het soms ook niet. 'We zetten haar bijvoorbeeld op een speciaal kussen, met één van ons naast haar. Speelgoed ordenen op haar kamer werkt ook kalmerend. Soms kan ze het niet meer aan en gaat ze rondjes rennen. Dan stop ik haar en ademen we samen in en uit. Je moet continu opletten. Ze springt overal vanaf, kan zich in een winkel plotseling losrukken. We kunnen haar daarom moeilijk aan een ander overlaten.'

EMOTIES REGULEREN

Volgens Karakter, waar de ouderbegeleiding nog doorloopt, zijn de driftbuien op zich een goede ontwikkeling, omdat daarmee de frustratie eruit komt. De aanleiding is niet altijd duidelijk. Wel weet Daniëlle nu dat Lotte moeite heeft met de overgang van de ene naar de andere situatie. 'Als we haar emoties steeds beter kunnen reguleren, zal het wel afnemen', verwacht ze. 'We redden het best met haar, ook met ons oudste kind van 6, maar we hebben de hulp nog wel nodig!'





IPG Infants

Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling

De ouders van Tom geven aan dat het thuis moeilijk gaat. Tom heeft autisme, wordt snel boos, kan moeilijk tegen veranderingen en wil graag dat dingen gaan zoals hij ze in zijn hoofd heeft. Zijn ouders en zus begrijpen hem niet altijd en vragen zich af waarom Tom zo reageert. Zij proberen van alles om ervoor te zorgen dat het beter gaat, maar zijn gedrag is moeilijk te veranderen.

Na de intake kijken we met ouders naar de hulpvraag en naar wat zij nodig hebben: de behandelmodule IPG wordt geadviseerd. Bij de start van de behandeling bespreken we wat IPG kan betekenen in de thuis-situatie. IPG staat voor Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling. Er zijn verschillende modules; IPG Inventarisatie (verduidelijken van de hulpvraag), IPG Observatie (zicht krijgen op diagnostiek), IPG Kort (duur: 3 maanden) IPG Intensief (duur: 6 maanden).

De gezinsbehandelaar van de IPG komt bij het gezin thuis. In het begin twee keer per week. Als de behandeling vordert zal dit afgebouwd worden tot eenmaal per week. Tijdens deze afspraken is er ruimte voor alle gezinsleden. Allemaal zijn ze van belang om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen.

De gezinsbehandelaar komt op wisselende momenten bij een gezin thuis, zowel overdag als 's avonds. De gezinsleden zijn hierbij afwisselend aanwezig. De gezinsbehandelaar sluit aan bij een moment dat moeizaam

verloopt of een moment dat juist goed verloopt. Vaak geven de situaties en momenten die goed verlopen veel informatie over wat een kind nodig heeft en welke aansturing goed aansluit bij het kind.

IPG is opgebouwd in drie fasen: De startfase waarin de kennismaking centraal staat en we samen met het gezin gaan kijken welke hulpvraag zij hebben en hoe we deze verhelderen, onder andere door gesprekken met het hele gezin te voeren, te observeren in verschillende situaties zowel binnenshuis als buitenshuis, mee te denken in allerlei dagelijkse situaties, en te kijken naar de krachten van ieder individu.

Deze bevindingen concretiseren we door het opstellen van doelen waarmee we aan de slag gaan in de volgende fase (de veranderingsfase). In de laatste fase wordt gekeken naar wat nodig is om de veranderingen vast te blijven houden.

Na afronding van de IPG geven de ouders van Tom aan dat er meer rust is binnen het gezin. Ouders begrijpen het gedrag van Tom beter en kunnen hem makkelijker aansturen. Ze hebben geleerd om heldere verwachtingen te stellen en meer structuur aan te brengen in hun dagelijks leven; Tom weet door zijn dagprogramma beter hoe de dag verloopt. Ouders hebben meer gezamenlijke overlegmomenten over de opvoeding. Al met al is er sprake van een veel betere balans tussen draaglast en draagkracht.



Ouder-kind psychotherapie

Gewoontes doorbreken is vaak hard werken

Ouder-kind psychotherapie is er voor ouders die ervaren dat de relatie tussen hen en hun kind vastloopt. Vaak gaat dit samen met klachten bij het kind, zoals veelvuldig huilen, forse angsten, driftbuien, moeilijk eten en slaapproblemen. Sommige kinderen ervaren moeilijkheden in hun ontwikkeling en hebben bijvoorbeeld moeite om prikkels vanuit hun omgeving te verwerken vanuit aanleg of vanwege nare gebeurtenissen in hun leven. Dit kan de ouder-kind relatie erg onder druk zetten en ervoor zorgen dat ouders en kind in een negatieve spiraal terecht komen. Er sluipen vaak gewoontes in de relatie, zoals zwijgen of juist schreeuwen.

Ouder-kind psychotherapie houdt in dat ouders en hun kind samen komen spelen in de spelkamer die is ingericht voor baby's, peuters en kleuters. Het kind en de ouder(s) komen doorgaans een keer in de week voor een afspraak van drie kwartier. In de therapie wordt de onderlinge omgang verbeterd. Ouders leren op een speciale manier aandacht voor hun kind te hebben en op gewenst gedrag positief te reageren. Het kind leert bijvoorbeeld te gehoorzamen en zich aan te passen aan wat er van hem/haar gevraagd wordt. Ouders kunnen weer positieve ervaringen op doen met hun kind.



Door de rust en de tijd die er wordt genomen en door er over in gesprek te zijn met de psychotherapeut worden de signalen van het kind beter begrepen. Het maakt de therapie ook praktisch omdat er direct feedback (of na het terugkijken van video opnames) gegeven wordt.

Gewoontes doorbreken is hard werken. Het betekent stapje voor stapje dingen anders leren doen en anders leren zien. Vaak geven ouders nadien aan dat ze zich gesteund voelden door de samenwerking met de therapeut en dat de motivatie groeide om de problemen in de relatie met hun kind aan te pakken. Er ontstaat weer een fijne band tussen ouders en kind. Ze kunnen weer plezier maken en van elkaar genieten. Een prettige ouder-kind relatie zorgt voor plezier en zelfvertrouwen bij zowel de ouders als het kind.

Sterke basis in het gezin voor de overvraagde Sofie

Sofie werd alsmaar overvraagd. Dát was de reden voor haar drukke en veeleisende gedag, op het kinderdagverblijf en thuis. Haar ouders Patricia en Maarten leerden in de training Pittige Jaren hoe ze het positieve weer in hun kind en elkaar konden zien.

Omdat Patricia met kinderen had gewerkt, wist ze dat hun gedrag behoorlijk 'pittig' kan zijn. Jonge kinderen kunnen bijten uit frustratie en onmacht. Nu het haar eigen dochter betrof, schaamde ze zich rot tegenover de ouders van het andere kind. 'Ik had altijd korte lijntjes met het kinderdagverblijf. Maar soms als de begeleidster me belde of aansprak, dacht ik: "Wat is er nou weer gebeurd... Ik kan maar beter een vuilniszak over mijn hoofd trekken."'

IQ-TEST

Ze ervaaarde Sofie altijd al als anders dan haar oudste dochter. Sofie was druk, eigengereid, gauw in de war van de wereld om haar heen, prinses op de erwt. Via het kinderdagverblijf kreeg het gezin integrale vroeghulp van Entrea. Pro Persona deed een IQ-test en concludeerde dat een lager IQ de bron voor het gedrag van Sofie moest zijn. 'Ze werd op school en thuis dus overvraagd en raakte daar gefrustreerd over. Dát was er steeds aan de hand!' De basisschoolarts verwees door naar Karakter.

Daar herkenden ze het beneden gemiddeld niveau van functioneren en indiceerden haar voor Intensieve Psychiatische Gezinsbehandeling. Sofie was toen net vier.

CONFRONTEREND

Na de IPG volgden Patricia en Maarten bij Karakter de oudertraining Pittige Jaren, zeven maanden lang, één keer in de week. Intiem en confronterend, zo beschrijft Patricia de training. 'Er werd ingezoomd op de driehoek van vader, moeder en kind, de basis in het gezin. We leerden om in die driehoek vanuit openheid en liefde naar elkaar te kijken en het positieve in elkaar te zien. Dat waren we een beetje kwijt. Je deelt je moeite om je kind te bereiken en helpt elkaar in een rollenspel om je eigen gedrag tegenover je kind te veranderen. Sommige ouders vonden dat prima om te doen, anderen moesten een flinke drempel over, ik ook. Het confronteert je heel erg met jezelf. Maar het lukte me door het te accepteren: ik doe dit om elkaar te helpen.'

JASJE VAN DE SCHILDPAD

Patricia en Maarten zijn zich meer bewust geworden van hoe je beter luistert, elkaar echt hoort en ziet. En ze weten nu dat je een moeilijke situatie ook best aan je kind kunt voorleggen: 'Sofie kan nu thuis heel goed verwoorden wat er in een situatie gebeurde: hoe zij reageerde, wat de reactie van de ander toen was, hoe ze het probleem zelf kan oplossen,' vertelt Patricia. 'Soms is het beter om je even in jezelf terug te trekken en te bedenken: wat kan ik nu het beste doen. 'Het jasje van de schildpad even aantrekken,' heette dat in de training. We zien het Sofie bijna letterlijk doen. Zelf passen we het ook toe.'

Ruimte voor humor was er ook. En geruststellend was de boodschap: we zijn geen robotten. 'Pappa en mamma zijn ook wel eens boos of verdrietig; is helemaal niet erg.

Sofie aanvaardt dat nu. Ook van haar zus. Femke was altijd wat timide maar is door het hele gebeuren scherper geworden. We hebben dat bewust toegelaten. Want er is ruimte voor iedereen in huis.'

BIJ HET MOMENT LEVEN

Thuis gaat het allemaal meer vanzelf, maar op de basisschool wordt Sofie soms nog overvraagd. 'Een expertisecentrum voor zorg en onderwijs adviseert ons nu hoe ze het beste begeleid kan worden.'

Sofie is nu 6,5 jaar. De toekomst? Daar houdt Patricia zich minder mee bezig. Je kunt er toch niets over zeggen. Ze leeft liever bij het moment. 'Het voornaamste is dat we twee gelukkige meiden hebben die niet op hun tenen hoeven te lopen en allebei de aandacht krijgen die ze nodig hebben.'



IN STAPJES JE KINDJE LEREN CONTACT TE MAKEN

Julia is nog geen twee. Toch krijgt ze al ruim een half jaar Pivotal Response Treatment (PRT), samen met haar ouders. Zo kwetsbaar als ze is, door een genetische aandoening met autistische kenmerken. Met kleine stapjes leert ze nu beter contact met hen te maken

Julia heeft het AUTS2-syndroom, een zeldzame, genetische aandoening die een ontwikkelingsachterstand en leerproblemen veroorzaakt. Vaak in combinatie met autistische kenmerken. Een van de symptomen is moeilijk kunnen drinken. Ze is daarom nu volledig afhankelijk van sondevoeding. 'Wereldwijd zijn er maar 30 mensen bekend die AUTS2 hebben', vertelt moeder Laura. 'Het is pure pech, een foutje in de celdeling van het zevende chromosoom. Ons tweede kind, nu 11 weken, is gezond.'

Er was meer waarover Laura en haar man Richard zich zorgen maakten. Laura: 'Julia reageerde niet als je haar aankeek in de box. Ze volgde me niet.' De ouders spraken hun zorgen uit bij de neuroloog, die hen daarom doorverwees naar Karakter. Hier werd een voorlopige diagnose autisme spectrum stoornis gesteld. En Karakter zag bij Julia voldoende kansen door behandeling met Pivotal Response Treatment.

OOGCONTACT

Bij de eerste uitleg over de training dacht moeder Laura nog: dat doen wij toch al? Maar het bleek een pittig leerproces te zijn. 'In de PRT-training draait het om het stimuleren en ontwikkelen van contact. Hoe vangen we Julia's aandacht? Als we met haar een spelletje wilden doen, gingen we vooral uit van wat wij als ouders leuk vonden om te doen. In de training leerden we dat om te draaien, want wat vindt Julia eigenlijk zelf leuk? En hoe sluiten wij daarbij aan? Onze dochter geniet er bijvoorbeeld van om met haar handjes ritmisch op de tafel te tikken. Dat gingen wij vervolgens ook doen waardoor ze verrast naar ons opkeek. Dat oogcontact beloonden we met opnieuw tikken op de tafel. Volgens dezelfde principe zijn we aan de slag gegaan met allerlei andere dingen zoals muziek. Julia houdt daar erg van. Samen veel liedjes zingen zoals klap eens in je handjes, en dan plotseling stoppen. Als Julia daarop reageert door ons aan te kijken, zingen we weer verder. Zo wordt contact maken structureel op allerlei kleine momenten steeds beloond.'

Laura vertelt dat ze van de behandelaar een overzicht meekregen van dagelijkse activiteiten waarmee je thuis kunt oefenen. 'Dingen die vanzelfsprekend lijken maar waar je als ouder niet altijd stil bij staat. Bijvoorbeeld door je knieën gaan als je praat met je kind. Ervoor zorgen dat je altijd op ooghoogte bent. Het heeft even tijd nodig gehad, maar we merken nu gaandeweg dat deze aanpak echt vruchten afwerpt: Julia maakt steeds beter oogcontact.'

'Wat wij als ouders erg prettig vonden was dat de behandelaar de mensen van het medisch kinderdagverblijf heeft bijgepraat over deze behandelingsaanpak. Zij passen dat nu ook toe als Julia daar is.'

De training verloopt in kleine stapjes. Hoewel het nog niet zo ver is, weet Laura wel wat de volgende stap zal zijn: 'Als ze iets wil moet ze een geluidje maken. Wanneer ze bijvoorbeeld bij haar opa zit, dan zie ik dat ze al naar hem kijkt omdat ze iets wil. Nu moet ze dus leren om hem met een klankje duidelijk te maken wat ze wil. Dat gaat nog niet vanzelf, Julia moet daar zelf ook aan toe zijn.'

LEVEN BIJ DE DAG

Laura aanvaardt de situatie nu zoals die is, al lukt dat op sommige dagen minder goed. 'Je kunt niet anders dan bij de dag leven. Ik ben daar wat nuchterder in dan mijn man. Natuurlijk maak ik me ook zorgen over de toekomst. Maar ik denk ook: wie weet wat ze nog allemaal kan leren. Je kunt er nog helemaal niets over zeggen. Wat helpt is, om regelmatig achterom te kijken om te zien hoe het een half jaar geleden nog was en waar je vandaag de dag alweer bent gekomen.'





Diagnostiek en behandeling jonge kind



PROFESSIONALS UIT VERSCHILLENDE DISCIPLINES BUNDELEN KRACHTEN

Sneller de juiste diagnose en vervolgens direct een verwijzing naar een passende behandelplek: dat zijn de kernelementen binnen de aanpak van het Kinder Expertisecentrum Oost Nederland (KiECON). KiECON is gestart in 2015 met als doel verbetering van de kwaliteit van diagnostiek specifiek voor jonge kinderen (0 < 7 jaar) met complexe ontwikkelingsproblematiek. Patiëntjes die naar KiECON worden doorverwezen hebben een afwijkende ontwikkeling op meerdere domeinen. Hierbij kan gedacht worden aan een combinatie van bijvoorbeeld:

- algemene ontwikkelingsachterstand
- afwijkende of te trage ontwikkeling van het bewegen
- leerproblemen
- taal- of spraakproblemen
- afwijkend of opvallend gedrag (bijvoorbeeld angsten of extreem druk gedrag)
- problemen in contact maken
- onduidelijke problemen
- opvoedingsproblemen

Een team bestaande uit kinderartsen, kinderneurologen, revalidatie-artsen en gedragswetenschappers met veel ervaring in diagnostiek, trekken samen op om de oorzaak van de ontwikkelingsproblemen bij een jong kind vast te stellen. Ook professionals van Karakter participeren.

IN DE PRAKTIJK

Lia Joosten is orthopedagoog bij Karakter en zit in het KiECON-team. Zij vertelt dat de oorzaak van ontwikkelingsproblemen bij zeer jonge kinderen niet altijd direct duidelijk is. 'Tijdens de intake wordt een kind gezien door een kinderarts en gedragswetenschapper. Vervolgens wordt het kind besproken en volgt er een eerste advies of er aanvullende diagnostiek nodig is en bij welke organisatie(s). Nadat alle uitslagen van dit onderzoek bekend zijn, wordt een diagnose gesteld en advies uitgebracht over behandeling en/of schoolkeuze. Het streven is om dit binnen drie maanden na start van het onderzoek rond te hebben. Aansluitend zorgt KiECON ervoor dat het kind naar de juiste organisatie wordt verwezen voor verdere behandeling en begeleiding. Het gaat in de praktijk om een multidisciplinaire aanpak op centraal regionaal niveau waarbij sprake is van onderlinge effectieve gegevensuitwisseling tussen alle betrokken zorgverleners. Groot voordeel is dat diagnostiek wordt geïntegreerd en dat voorkomen wordt dat een kind van de ene naar de andere zorgverlener wordt verwezen of soms zelfs helemaal uit beeld verdwijnt.'



EEN CASUS UIT DE DAGELIJKSE KIECON-PRAKTIJK: YOUSSEF (2 JAAR)

- Verwijzing door GGD, vertraagde spraakontwikkeling, weinig oogcontact, vreemde mondmotoriek, forse schedelomvang
- Problemen op de peuterspeelzaal (geen contact met andere kinderen, boosheid, slaan en knijpen, niet meedoen met de dagelijkse routine)
- Toegevoegde informatie: vader van Youssef was ook laat met praten

Behandelaar Lia Joosten: 'Youssef werd door de GGD naar KiECON verwezen. Na de intake werd geconcludeerd dat gedrag, namelijk een vermoeden van ASS, en een mogelijke ontwikkelingsachterstand de hoofdproblematiek vormden. Voor aanvullende diagnostiek, of er inderdaad sprake zou zijn van ASS, werd hij onderzocht door Karakter.'

Vanwege het vermoeden van een ernstige cognitieve achterstand werd Avelijn ingeschakeld voor ontwikkelingsonderzoek. Om eventuele medische oorzaken als een syndromale afwijking of stofwisselingsziekte uit te sluiten werd DNA-onderzoek ingezet door een kinderarts.

Bij Youssef werd de diagnose ASS gesteld en een laag ontwikkelingsniveau'. Tijdens het ontwikkelingsonderzoek bleek Youssef beter te testen dan was verwacht, en de ontwikkelingsachterstand minder groot. Tijdens een gezamenlijk overleg met het team van KiECON is besloten waar Youssef, maar ook zijn ouders, het beste geholpen kunnen worden. Lia: 'Bij deze gesprekken zetten we de casemanager van KiECON in om de opties met de ouders te bespreken. Het advies was om eerst de focus te leggen op de ASS problematiek en vervolgens te bezien of hij de ontwikkelingsachterstand in zou lopen of dat hij in de toekomst naar een kinderdagcentrum zal gaan'.



Max leert van zijn jongere zusje

36

Max en zijn ouders zijn nog midden in de behandeling bij Karakter. Toch merken beide ouders al verbetering. Moeder Nicole vertelt dat ze de dingen nu veel doelgerichter aanpakken. 'We zien dat hij zich daar gelukkiger bij voelt.'

In een jaar tijd is er veel gebeurd in het leven van Max. Hij is nu 6 en heeft al een heel traject van psychologische onderzoeken, tests en speltherapie achter de rug. 'We kwamen van het een in het ander,' vertelt Nicole.

Inmiddels is duidelijk geworden dat Max verschillende angsten heeft. Hij vindt het bijvoorbeeld moeilijk om zonder zijn ouders te zijn, om alleen naar opa en oma te gaan, die naast hem wonen. 'Zijn gedrag riep al eerder vragen bij me op,' vertelt Nicole. 'Gespannenheid en veel huilen toen hij naar de peuterspeelzaal ging; ook in groep 1. Toen zijn we naar de jeugdverpleegkundige gegaan en is hij via de integrale vroeghulp bij Karakter terechtgekomen.'

ZOEKTOCHT

De behandelaars gaan voorlopig uit van een brede angststoornis. Maar ze sluiten autisme als extra diagnose niet uit, omdat Max ook een grote behoefte laat zien aan duidelijkheid, structuur en voorspelbaarheid. Nicole legt uit hoe moeilijk het door de angststoornis is om een reële uitslag van een test te krijgen die in de richting van een duidelijke diagnose wijst: 'Max blokkeert snel door zijn gespannenheid. Daardoor scoort hij laag, terwijl hij op school méér laat zien.' Bij een tussentijdse evaluatie hoopte ze een concretere diagnose te horen, maar die kwam er niet. Ze waren teleurgesteld. 'We wilden zo graag meer duidelijkheid, maar het blijft nog een zoektocht. Later konden we het natuurlijk wel begrijpen.'

WAARDEVOL

De gezinstherapeute heeft ons bij de thuisondersteuning goed opgevangen,' zegt moeder Nicole. Ze leert er veel van, van de wekelijkse gesprekken met de therapeute en van haar observaties. 'Bijvoorbeeld om Max duidelijk te zeggen wat ik van hem verwacht. We doen de dingen nu veel doelgerichter en die worden daardoor waardevoller. Samen met papa naar het zwembad voor de zwemles bijvoorbeeld. Of iets gezelligs met mij. Ik zie dat Max zich daar gelukkiger bij voelt.' Als ouders trekken ze samen op. Nu en dan merkt Nicole dat de gezinstherapeute daar aandacht aan besteedt, dat gebeurt bijna terloops. 'Ze zegt dan: 'Die resultaten van het onderzoek kom ik binnenkort op een avond rustig met jullie doorpraten.' Dat is voor mij ook heel waardevol, zo persoonlijk thuis. Al zou ik het begrijpelijk vinden als ze het telefonisch wilde vertellen.'

Max doet het al beter op school. Wat verwacht Nicole nu verder van de behandeling? 'Als nu geleidelijk aan de diagnose duidelijker wordt, kunnen we hem gericht begeleiden. Dan kan hij zich meer ontspannen en beter in zijn vel komen.' Nicole vermoedt dat Max ook veel kan leren van zijn zusje van 3. 'Zij is juist heel makkelijk in contact maken. Ik zie Max al vaak denken: hé, mijn jongere zusje gaat wel alleen naar opa en oma, laten we samen iets gaan doen. Ze geeft hem een vertrouwd gevoel in dingen ondernemen. Dat is een goed teken.'

37



VIPP-SD & VIPP-AUTI

VIPP-SD

De Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) is een aan de Universiteit Leiden (Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn) ontwikkelde methodiek om met behulp van een aantal semi-geprogrammeerde ouder-kindinteractiesessies de ouder te helpen bij het beter 'lezen' van en inspelen op (nonverbale en verbale) signalen van het kind.

Doel is het bevorderen van de sensitiviteit van de ouder en het hierdoor verminderen/doen voorkomen van gedragsproblemen bij het kind.

De methodiek is geschikt voor kinderen tot 5 jaar. De interventie is gebaseerd op de gehechtheidstheorie (Bowlby, Ainsworth) en de coercive theorie van Patterson. De interventie is bewezen effectief.

VIPP-AUTI

De VIPP-AUTI (Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting adapted to Autism) is zeer recent ontwikkeld aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht in samenwerking met de Universiteit Leiden (Naber, Poslawsky, Wasmus, Houben, Juffer, Baermans-Kranenburg en van IJzendoorn). De methode is gericht op sensitiviteit van de ouder voor autisme kenmerken van het kind aan de hand van thema's (spel en motivatie, gedeelde aandacht, structuur en regelmaat, stereotype gedrag en emoties).

Naast het bespreken van de videobeelden wordt ook per sessie geschreven informatie gegeven. Er wordt afgesloten met een persoonlijk advies van sterke kanten van het kind en een signaleringsplan van wat helpt bij moeilijk gedrag.

De methode is door Irina Poslawsky onderzocht en effectief bevonden op competentiebevleving van de ouder en responsiviteit van het kind. De methode is geschikt voor (autistische) kinderen tot 5 jaar.

TOEPASSING BINNEN DE ZORGLIJN INFANTS

Bij de zorglijn Infants passen wij de VIPP-SD toe bij problemen in de gehechtheidsrelatie met als doel het bevorderen van de sensitiviteit van de ouder. Het samen naar het gedrag van het kind kijken geeft goede tools om het kind beter te begrijpen en de opvoeding daarop af te stemmen.

Daarnaast gebruiken wij ook onderdelen van de VIPP-SD om de interactie tussen ouder en kind beter in beeld te brengen om daar een verder stimuleringsbeleid op af te stemmen.

De VIPP-AUTI wordt binnen de zorglijn gebruikt als een vorm van geïndividualiseerde psycho-educatie en om ouders sensitiever te maken voor het specifieke gedrag dat past bij autisme. Via spelopdrachten en in interactiemomenten worden kenmerken van autisme uitgelegd en wordt gekeken naar de mogelijkheden van werkzame beïnvloeding (sensitieve ketens).

Kunnen we autisme herkennen bij baby's?

Zebra project



Wanneer weet je of je kind autisme heeft? Vaak wordt de diagnose pas na de kleuterperiode gesteld. Toch hebben ouders soms al veel eerder het gevoel dat er iets aan de hand is met hun kind.

Uit onderzoek weten we dat signalen van Autism Spectrum Stoornissen (ASS) al in de baby- en peutersperiode aanwezig zijn. Er blijven echter nog veel vragen onbeantwoord:

- In welke mate komen deze signalen voor bij ieder kind dat later met ASS gediagnosticeerd wordt?
- Welke verschillen zijn er tussen kinderen met ASS op deze kenmerken?
- Wat weten we over mogelijke oorzaken van ASS?

Deze vragen staan centraal in het grootschalig onderzoek van het Zebra-project. Met dit onderzoek hopen we een duidelijker beeld te krijgen van de oorzaken en vroege kenmerken van autisme. Deze kennis zal bijdragen aan verbetering in vroegdiagnostiek, waardoor sneller passende begeleiding en behandeling komt voor het kind.

ZUSJES EN BROERTJES

Het Zebra-project staat voor: Zusjes En Broertjes van kinderen met Autism. De babyzusjes en –broertjes van kinderen met autisme worden gevolgd in hun eerste drie levensjaren. Tegelijkertijd volgen we babybroertjes en zusjes van kinderen zonder autisme. Gedurende vijf meetmomenten bestuderen de onderzoekers de ontwikkeling en sociale interactie van al deze kinderen en worden genetica, cognitieve vaardigheden en hersenactiviteit in kaart gebracht.

Het project wordt uitgevoerd door Karakter, het RadboudUMC Nijmegen en het UMC Utrecht, en is onderdeel van een Europese samenwerking.

MEER WETEN?

Kijk op onze website: www.zebra-project.nl, volg ons op Twitter via @ZebraProjectNL of like de Facebookpagina van het Zebra-project en blijf op de hoogte van alle ontwikkelingen! Daarnaast zijn we altijd te bereiken via het emailadres zebraprojectNL@gmail.com.

Lucas wordt steeds stoerder in de buitenwereld

Alleen thuis voelde Lucas zich veilig en praatte hij als ieder ander kind. Maar daarbuiten verstarde hij en hield hij zich in. Met kleine ministapjes overwint Lucas steeds meer zijn angst om te praten met andere mensen en kinderen.



Simone en haar vriend Wouter hadden al van alles geprobeerd en verschillende specialisten geconsulteerd. Maar pas na bijna 2 jaar zoeken hoorden ze wat hun kind heeft: selectief mutisme. Lucas is nu 6,5 maar was toen 4. 'Hij was als baby al een gevoelig kindje' vertelt Simone. 'Als peuter klampte hij zich aan mij vast, hij sliep slecht, had ontroostbare huilbuien. We zaten met veel vragen. Op het kinderdagverblijf waar hij één dag in de week naartoe ging, sprak hij nooit een woord. Toen hij wat ouder werd, viel het ons steeds meer op dat Lucas niet tegen anderen sprak. Hij praatte alleen thuis waar hij zich veilig voelde, en bij oma en opa. Daarom dachten we eerst nog: hij is gewoon heel verlegen.'

Maar opvoedkundige adviezen gingen bij Lucas niet op. De peutersgym, die hij kreeg omdat hij zo verstijfde in contact met andere kinderen, bracht ook geen verbetering. Logopedie bleek traumatisch. De kinderpsycholoog kwam er niet uit, noch de kinderarts, die Lucas doorverwees naar een audiologisch centrum.

INTERNET

Simone ging fanatiek zoeken op internet en stuitte op een artikel over een jongetje met selectief mutisme. Met haar nieuwe inzichten ging ze terug naar de kinderarts, de kinderpsycholoog en de logopedist. Maar zij hadden hun twijfels; ze verwezen Simone ook niet door. Koppig verder zoekend kwam ze uit bij het UMC Utrecht. Hier werd na een ochtend observeren de diagnose voor de angststoornis meteen gesteld. 'Ik was zo blij. Ik kon Lucas eindelijk helpen en begrijpen. Het was zo eenzaam voor hem. Want hij snapt de wereld wel, maar hij wordt zelf niet begrepen.'

BEHANDELING

Lucas wordt nu bij Karakter behandeld met het gedragstherapeutische programma 'Spreekt voor zich'. Simone benoemt het voor hem als een dapperheids-training. 'Het is namelijk niet alleen op het praten gericht, maar vooral op dappere daden waarvoor hij beloond wordt. De angst proberen we met spelletjes en humor te keren.' Thuis krijgen Simone en Wouter ouderbehandeling van Karakter.

Stapje voor stapje verwierf de therapeute al spelend het vertrouwen van Lucas. De eerste maanden was Simone daar steeds bij. Daarna werd er telkens een stukje afstand ingebouwd: iets verder weg in de kamer, dan achter het raam en later voor 10 minuten echt even weg. 'Uiteindelijk is hij een beetje gaan fluisteren, maar de stap naar hardop spreken was nog erg moeilijk.' Dierengeluiden maken werd toen een goede, nieuwe ingang. 'Lucas is gek op tijgers. Grommen als een tijger durfde hij wel!'

ARRANGEMENT

Geleidelijk aan is Lucas tegen de therapeute gaan praten en werd de stap naar school gezet. Na een moeizaam jaar doet Lucas nu groep 2 overnieuw, met een speciaal arrangement. Elke dag krijgt hij een uur lang 1-op-1-begeleiding van de juf. De klassen-assistente neemt dan de klas over. Daarvoor kwam de juf eerst wekelijks bij Lucas thuis om met hem te spelen, tot hij met haar ging praten.

De overgang naar de nieuwe groep 2 was spannend voor hem, maar het ging goed. 'Waarschijnlijk voelt hij zich wel stoer, omdat hij sommige werkjes al kan. De kinderen accepteren hem volkomen. Hij is zelfs populair. Het komt denk ik door zijn rustige karakter. En hij heeft een soort humor in zijn oogjes. We hebben afgelopen maand een mooie omslag gemaakt.'



De moeder van Lucas heeft een vereniging voor ouders van kinderen met selectief mutisme opgericht. Wilt u hier meer over weten? Ga dan naar www.hetstillekind.nl



EMDR

De klinische resultaten van EMDR zijn met regelmaat verbazingwekkend: een jongen van zes die na twee jaar weer in zijn eigen bed slaapt, separatieangst waar na drie behandelingsessies weinig van over is en kinderen met hyperactiviteit en aandachtsproblemen die met een paar EMDR-behandelingen rustiger en meer gefocust zijn.

EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Het is een behandelingsmethode om traumatische ervaringen te verwerken, bijvoorbeeld een (verkeers)ongeluk, medische handelingen of pesterijen. EMDR is in 1989 door Francine Shapiro ontwikkeld.

Inmiddels is er steeds meer wetenschappelijke ondersteuning dat EMDR ook goed ingezet kan worden bij andere problemen en klachten zoals angststoornissen, de gevolgen van meervoudige traumatisering en chronische pijn. Ook wanneer iemand last heeft van een negatief zelfbeeld kan EMDR als onderdeel van een behandeling worden toegepast.

Bij EMDR worden elementen van verschillende gangbare therapievormen gecombineerd met bilaterale stimulatie van beide hersenhelften. Het kan al worden toegepast bij zeer jonge kinderen. Ook ingrijpende gebeurtenissen die in de pre-verbale ontwikkelingsfase plaatsvonden, kunnen met behulp van EMDR worden verwerkt.

Het merendeel van de kinderen verwerkt ingrijpende gebeurtenissen op eigen kracht, zonder hulpverlening. Echter, een deel van de kinderen ontwikkelt problemen als gevolg van de gebeurtenis. EMDR wordt ingezet wanneer de huidige problematiek verband lijkt te houden

met een intrusieve herinnering van eerder meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen. Afhankelijk van de leeftijdsfase laten kinderen verschillende reactievormen zien.

EMDR wordt veelvuldig ingezet bij de Infants, hoofdzakelijk als onderdeel van een reeds lopende behandeling. Klachten als (separatie) angst, overactiviteit, afgenomen concentratie, regressief gedrag, agressief gedrag en bezorgdheid over veiligheid en anderen zijn veelvoorkomend binnen de casusconceptualisatie.

Bij jonge kinderen vormen ouders of verzorgers een belangrijk aandeel in de behandeling. In veel gevallen zijn bij trauma van het kind ouder(s) mede getraumatiseerd. In dat geval worden zij eerst behandeld zodat zij het kind vervolgens adequaat kunnen steunen in zijn behandeling.

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat EMDR succesvol is bij volwassenen. Ook bij kinderen zijn de uitkomsten veelbelovend. Binnen Karakter loopt een wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van deze methodiek.



Medicatie



Medicatie is een optie in de behandeling van jonge kinderen maar zal altijd zorgvuldig overwogen moeten worden. Daarnaast wordt medicatie bij deze jonge kinderen altijd ingebed in een breder aanbod van behandeling.

Medicatie voor jonge kinderen is meestal niet geregistreerd omdat onvoldoende onderzoek heeft plaatsgevonden op deze jonge leeftijd. Overwegingen moeten dus vaak gebaseerd worden op effecten gevonden bij oudere kinderen. Resultaten van onderzoek naar methylfenidaat bij jonge kinderen suggereren dat de gewenste effecten kleiner zijn dan bij oudere kinderen. Tegelijkertijd moet het risico van onvoldoende behandeling worden afgewogen tegen de nadelen die het gebruik van medicatie kan opleveren. Voor- en nadelen zullen altijd uitgebreid

met ouders besproken worden waarna gezamenlijk een afweging kan worden gemaakt.

Als ouders kiezen voor medicatie, dan komen zij regelmatig met hun kind op de polikliniek voor lichamelijke controles en om de voortgang te bespreken. Vanwege de snelle ontwikkeling op deze jonge leeftijd is regelmatige evaluatie en heroverweging essentieel. Op deze manier kan medicatie een zinvolle bijdrage leveren aan behandeling. Aan huisartsen biedt Karakter een speciale e-learning module medicatietraining voor patiënten met ADHD.





TOPGGZ KEURMERK VOOR ZORGLIJN INFANTS KARAKTER

Een belangrijke erkenning voor de kwaliteit van de psychiatrische zorg aan kinderen van 0 tot 6 jaar (zorglijn Infants) is de toekenning van het TOPGGz keurmerk door de Stichting Topklinische GGZ. Voor het TOPGGz keurmerk gelden strenge criteria. Die gelden niet alleen voor behandelinhoudelijke aspecten maar ook voor de financiële en bedrijfsmatige borging van de afdeling. Ook dienen er één of meer samenwerkingsovereenkomsten met een universiteit en/of UMC te zijn.

De zorglijn Infants is uniek in de multidisciplinaire diagnostiek en het behandelaanbod vanuit een systemische benadering. Dat zien we ook terug in de verwijzingen die komen vanuit heel Nederland en de expertise die is opgebouwd; jaarlijks zien we bij het universitair centrum van Karakter meer dan 250 nieuwe kinderen in deze leeftijdsgroep. Een dergelijk volume op een afdeling voor infantpsychiatrie

is uniek in Nederland en stelt Karakter in staat stevig wetenschappelijk onderzoek te doen, specifiek gericht op jonge kinderen met een psychiatrische diagnose. We dragen sterk bij aan onderwijs en onderzoek: publicaties, patiëntenzorg, voorzitterschap ontwikkeling zorgprogramma Infants binnen het expertisenetwerk kinder- en jeugdpsychiatrie en instrumentontwikkeling zoals de Cosos/Esat (Early Screening of Autistic Traits Questionnaire). Ook deelt Karakter kennis via onderwijs en via consultatie op aanvraag met onder meer huisartsen en organisaties voor Integrale Vroeghulp.

Patientenpopulatie Karakter bestaat uit 8500 kinderen waarvan 7% infants zijn.



INTEGRALE VROEGHULP

De voordelen van multidisciplinaire samenwerking

Bij de Integrale Vroeghulp Veluwe werken verschillende partners samen die gericht zijn op de zorg voor het jonge kind tot 7 jaar. In het team zit een kinderarts uit Gelderse Vallei Ziekenhuis, een psychiater van Karakter, organisaties op het gebied van revalidatie, spraak-taal, verstandelijk gehandicapten. Op beleidsniveau overlegt een stuurgroep met de diverse zorglijnmanagers van de organisaties om de integrale vroeghulp goed te positioneren binnen het werkveld van de zorg voor het jonge kind.

WELKE KINDEREN WORDEN AANGEMELD BIJ IVH?

Coördinator Liesbeth Rogge: 'Het gaat echt om kinderen met complexe problemen op meerdere vlakken, denk aan problemen op het gebied van ontwikkeling, taal-spraak, slecht luisteren, bijzonder gedrag of vermoeden van ontwikkelingsachterstand maar ook opvoeding kan een rol spelen. De minder complexe casussen worden geholpen via het Centrum voor Jeugd en Gezin of via het consultatiebureau. De jonge kinderen die wij zien worden aangemeld via het consultatiebureau, de kinderarts, de peuterspeelzaal of intern begeleider op school. Soms zelfs via Voorschoolse en Vroegschoolse Educatie als er twijfel is over passende vorm van onderwijs voor een kind, en soms via de ouders zelf. Helaas komt het wel eens voor dat hulp laat wordt ingezet. Het is bijzonder jammer wanneer ons team pas wordt benaderd wanneer er passend onderwijs voor een kind van 4 jaar wordt gezocht.'

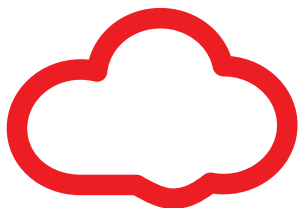
WERKWIJZE VAN INTEGRALE VROEGHULP

Bij het IVH team wordt casuïstiek ingebracht die nogal diffuus is. Tijdens een multidisciplinair overleg worden casussen besproken en bij vermoeden dat kinderpsychiatrische problematiek de overhand heeft, wordt Karakter ingeschakeld voor verder onderzoek.

We zien de ouders voor een adviesgesprek en er volgt een directe doorverwijzing naar de betrokken organisatie. In de regio waar Liesbeth werkt gaat het om 30 meldingen waarvan er 20 binnen het IVH team worden besproken. Een traject duurt gemiddeld een half jaar inclusief verder onderzoek.

VOORDEEL VOOR DE OUDERS

Over de voordelen voor de ouders is Liesbeth helder: 'Ouders worden niet van de ene naar de andere organisatie gestuurd, maar de zoektocht naar de juiste hulp wordt uit handen genomen door een trajectbegeleider. De hulp is niet alleen op het kind gericht maar ook de ouders worden tijdens het traject ondersteund. Doordat het om een multidisciplinair team gaat en het nog niet duidelijk is wat er aan de hand is, kan er op meerdere vlakken tegelijk gekeken worden en daarna snel geschakeld worden naar de juiste hulpverlener. Binnen het multidisciplinaire team is veel kennis aanwezig op divers gebied en kunnen we elkaar snel vinden.' De laatste opmerking die Liesbeth meegeeft: 'Zo vroeg mogelijk signaleren van problemen is echt heel belangrijk want hoe eerder er passende hulp kan worden ingezet, hoe beter het voor het kind en de ouders zal zijn.'



Cognitieve Gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan zowel de manier van denken en interpreteren van de patiënt beïnvloeden, als diens manier van doen en laten. Soms ligt de nadruk meer op denken, soms meer op doen en laten. In andere gevallen werkt men gelijktijdig met beide aspecten.

Cognitieve gedragstherapie bestaat in verschillende vormen en soorten. Patiënten komen voor individuele therapie, maar CGT wordt ook vaak ingezet als behandelmethodiek voor gezinnen en groepen.

Binnen het Infantcentrum Twente (samenwerking van Jarabee en Karakter) wordt cognitieve gedragstherapie ingezet bij training van ouders van kinderen met ASS en ADHD; ouders leren via deze mediatieve behandelvorm hoe ze het gedrag van hun kind kunnen beïnvloeden door bijvoorbeeld aanpassing in antecedente factoren of wijzigingen aan te brengen in consequente factoren. Kinderen met een specifieke ontwikkelingsstoornis vragen van ouders extra vaardigheden in de omgang om gedrag aan te leren, te veranderen en bij te sturen. Daarnaast kunnen disfunctionele cognities bij

ouders over de opvoeding, zoals ideeën over belonen, perspectief en vertrouwen in het kind stagnerend werken. Door met ouders deze gedachten onder de loep te nemen en hen te laten oefenen met specifieke vaardigheden, treedt hierin verandering op, wat van invloed is op het gedrag van het kind.

Individuele (cognitieve) gedragstherapie voor de hele kleintjes kan bijvoorbeeld in de vorm van Pivotal Respons Treatment (PRT). Tevens wordt bij specifieke angstproblematiek ook CGT ingezet, bijvoorbeeld als er sprake is van selectief mutisme. Deze behandeling wordt gegeven bij kinderen vanaf 4 jaar. Door blootstelling aan de angstige triggers (exposure met responspreventie) leren kinderen stap voor stap dapperder te worden, waardoor het zelfvertrouwen groeit evenals het vertrouwen van de ouder in de vaardigheden van hun kind, en waardoor kinderen zich gemakkelijker in sociale situaties begeven.

In een parallelproces leren ouders hoe zij ongewild zelf ook de angst in stand houden en hoe om te gaan met hun veranderde rol als ouder. Daarnaast kan het hen ook helpen eigen angsten te verminderen.

