



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

ADHD en oppositioneel gedrag in gezinnen: functionele gezinstherapie als aanvulling op oudercursussen

René Breuk en Joop Bosch*

Samenvatting

Deze studie gaat over twee kinderen van negen en tien jaar oud met ADHD en ODD. Het gezin van één kind onderging twaalf gezinstherapiezittingen, ter aanvulling op medicatie en een oudercursus. De gezinstherapie volgde een door de auteurs aangepaste handleiding, te weten de Functional Family Therapy van Alexander en Parsons (1982). Bij het beter functionerende gezin waren positieve effecten al zichtbaar na de oudercursus, bij het overbelaste gezin pas na de functionele gezinstherapie. De relatie tussen ouders en kinderen en de gezinscommunicatie verbeterden. Opmerkelijk was dat gezinsleden (vader, moeder, kind) heel anders dachten over wat er was bereikt. De recent ontwikkelde, op gezinsfunctioneren gerichte vragenlijsten (Vragenlijst Gezinsproblemen en Ouder-Kind Interactie Vragenlijst) maakten verschillen tussen gezinsleden en therapie-effecten zichtbaar.

Inleiding

Attention Deficit Hyperactivity Disorder of ADHD is een psychische stoornis waarbij kinderen overmatig druk, impulsief en ongeconcentreerd zijn. Bij één tot vier procent van alle kinderen treft men dit klinisch beeld aan (Schulpen & Buitelaar, 1998). De helft van de kinderen met ADHD is ook opstandig en dwars (Rey, 1993). Dat heet dan de oppositionele opstandige gedragsstoornis of ODD. Deze kinderen vertonen negatief, vijandig en opstandig gedrag, zoals frequent driftig zijn, ruziemaken met volwassenen of anderen met opzet ergeren. De bij ADHD (in aanleg) behorende problemen van gedragsinhibitie resulteren daarom vaak via een te geringe remming van agressieve impulsen in opstandig en ongehoorzaam gedrag (Gebhardt & Prins, 1997). Het slecht kunnen luisteren en de extreme ongeremdheid van de kinderen vergen buitenproportionele opvoedkundige inspanningen van de ouders (Patterson, 1982). Medicamenteuze behandeling (veelal methylfenidaat) is gericht op vermindering van ADHD-symptomen en biedt tegelijkertijd verlichting voor de ouders.

Behalve de medicatie behoort de oudertraining tot het 'standaardpakket' in de behandeling van kinderen met ADHD en ODD (Barkley, 1997). Ouders ontvangen voorlichting over ADHD en ODD, adviezen en ouderlijke ondersteuning. Ook krijgen zij opvoedingsmethodieken aangereikt, zoals gedragsobservatie, registreren van de dagelijkse routine, beloningsstrategieën, instructies geven en zinvol straffen (Bosch & Ringrose, 1997). Toch blijkt oudertraining vaak onvoldoende te zijn om de vastgelopen gezinsinteractie en de communicatiepatronen te doorbreken. Kazdin

* DRS. R.E. BREUK is kinder- en jeugdpsychiater op het Paedologisch Instituut te Duivendrecht. Correspondentieadres: R. Breuk, Derde Oever, Valeriusplein 18, 1075 BH, Amsterdam.
DR. J.D. BOSCH is psycholoog/psychotherapeut, verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

(1997) noemt functionele gezinstherapie, ontwikkeld door Alexander en Parsons (1973, 1982), als een mogelijke aanvulling op de oudertraining.

Oorspronkelijk is deze therapie ontwikkeld voor gezinnen met jeugdige delinquenten. Niet alleen bleek de therapie in staat de gezinscommunicatie gunstig te veranderen, ook kon het aantal recidives van delicten van 50 naar 25 procent worden teruggebracht. In latere studies (Barton & Alexander, 1985; Gordon, Arbuthnot, Gustafson, & McGreen, 1988) zijn deze resultaten met betrekking tot recidief-delicten gerepliceerd door minder geschoolde therapeuten, bij de zogenaamde *multi-problem*-gezinnen. Alexander, Pugh, Parsons en Sexton (2000) noemen deze werkwijze een van de effectiefste gezinstherapeutische methoden. Uitgangspunt vormde de oudertraining van Patterson (1982). Maar de functionele gezinstherapie ontleent haar naam aan het toekennen van functionaliteit aan onderlinge gezinsrelaties. Zo kunnen de gezinsleden zich van elkaar afkeren (*separating*), nabijheid zoeken (*merging*) of afwisselen, in een soort haat-liefderelatie (*midpointing*). De interventies die op basis van dit model aan de oudertraining zijn toegevoegd, zijn gebaseerd op cognitief- en systeemtheoretische opvattingen, en op de communicatietheorie. Belangrijkste vernieuwing is dat een therapiefase voorafgaat aan de trainingsfase, om ouders en gezinnen voor te bereiden op de training.

Het oorspronkelijke draaiboek van Patterson is door de auteurs, mede op basis van vijf proefbehandelingen, herschreven en geschikt gemaakt voor gezinnen met kinderen met ADHD en ODD (Breuk en Bosch, 1999). Waar het oorspronkelijke draaiboek vooral was geschreven voor jeugdigen, is de aanpassing toegespitst op gezinnen met kinderen tussen zes en twaalf jaar. In gezinnen met jongere kinderen hebben ouders meer de regie, ouders en kinderen onderhandelen minder. Om die regie te waarborgen, wordt eerst een oudercursus gegeven. In de gezinstherapiefase daarna wisselen de gesprekken met het gehele gezin en gesprekken met de ouders alleen elkaar af. De oudercursus bestaat uit zeven wekelijkse zittingen. Dan volgen twaalf zittingen functionele gezinstherapie, bestaande uit vier wekelijkse zittingen (de therapiefase) en acht tweewekelijkse zittingen (de trainingsfase).

De eerste twee zittingen worden gegeven conform de oorspronkelijke therapiefase van de Functional Family Therapy van Patterson. De therapeut vraagt naar concreet gedrag en schept de mogelijkheid negatieve gevoelens te uiten. Ook gaat hij na hoe gezinsleden op elkaar reageren en formuleert hij gezinsthema's, om te komen tot positieve interactionele gedragssequenties. De therapeut herbenoemt onderlinge beschuldigingen tot een gemeenschappelijk probleem, waarvan ieder gezinslid het slachtoffer is. Deze zittingen eindigen met een gezinsopdracht, ook als overgang naar de trainingsfase.

De derde zitting vindt alleen met ouders plaats. Zij bespreken met de therapeut wat het betekent om een kind met ADHD/ODD te hebben. Mogelijk resterende weerstand (die in de cursus onbesproken is gebleven) tegen de visie dat het gezin een gezamenlijk probleem heeft, wordt nu systemisch benaderd: niet alléén een kind veroorzaakt de gezinsproblemen. Daarnaast krijgt de training die is begonnen in de cursus, een vervolg: de ouders gaan de in de oudercursus opgestelde dagelijkse routine nu daadwerkelijk invoeren. De gedragsaanpak die de ouders hebben geleerd, gaan zij om te beginnen toepassen op één probleem. Ten slotte oefenen ouders en therapeut de communicatie en bereiden zij de gezinszitting voor. In de vierde (gezins)zitting wordt de

gezinsopdracht met het hele gezin besproken: hoe verloopt de dagelijkse routine? Ook vinden communicatieoefeningen plaats.

De trainingsfase die erop volgt, beslaat zes tweewekelijkse zittingen. Deze zittingenreeks begint met alleen de ouders en vervolgens wisselen sessies met het hele gezin en alleen ouders elkaar af. Behalve het systematisch trainen en oefenen met ouders en het hele gezin van de in de oudercursus behandelde opvoedingsmethodieken, let de therapeut ook op adequatere onderlinge communicatiepatronen. Hij gaat in op beschuldigende attitudes en het moeilijk kunnen aanvaarden van het bij ADHD behorende drukke gedrag. Tot slot wordt eerst met ouders en daarna met het hele gezin (in twee zittingen) geëvalueerd. Daarbij bekijkt de therapeut of extra training nodig is en of hij extra aandacht moet besteden aan individuele gezinsleden of aan gezinsdyades. Na de evaluatie is er ruimte voor *booster*-sessies, gedurende het eerste halfjaar na de therapie.

Gevalsbeschrijvingen en metingen

In twee contrasterende gevalsbeschrijvingen illustreren we hoe disfunctionerende en overbelaste gezinnen met kinderen met ADHD en ODD zijn te onderscheiden van goedfunctionerende, minder belaste gezinnen. Praktisch gezien is dit onderscheid nuttig, omdat een oudercursus volstaat voor de beter functionerende gezinnen, maar onvoldoende hulp biedt bij overbelaste gezinnen. In die gevallen kan functionele gezinstherapie als aanvullende interventie noodzakelijk zijn.

De twee gevalsstudies zijn op drie tijdstippen extra geëvalueerd door middel van twee vragenlijsten: 1 bij aanvang van de behandeling; 2 drie maanden later, na de oudercursus en voorafgaand aan de functionele gezinstherapie; en 3 negen maanden later, ná de gezinstherapie. Omdat het gezinsfunctioneren uitgangspunt van deze onderscheiding is, en de functionele gezinstherapie vooral daarop positieve veranderingen nastreeft, betreft het vragenlijsten die daarop zijn gericht:

- De *Vragenlijst voor Gezinsproblemen* (VGP; Koot, 1997) meet het totale functioneren van het gezin, verdeeld in negen probleemschalen. De vier subschalen: Steun en communicatie, Openheid, Betrokkenheid en Geborgenheid geven een idee over gezinscohesie en steun. De subschalen Vijandigheid en Problemen met kinderen geven een idee over ruzie en conflicten. De ouders vullen de VGP afzonderlijk in. De VGP-uitkomsten vallen in vier gebieden, die een geleidelijke overgang vormen van de normale naar de klinische populatie: Normaal, Boven het 75^e percentiel, Grensgebied, en Klinisch.
- De *Ouder-Kind Interactie Vragenlijst* (OKIV; Lange, Blonk, Wiers, & Van de Schaar, 1997), die door beide ouders apart, en over beide ouders door het kind moet worden ingevuld. De OKIV is gebaseerd op de *Family Assessment Measure* van Steinhauer. Lange et al. (1997) zeggen over dit meetinstrument: 'De OKIV is gebaseerd op de leertheorie en op de structurele gezinstherapie. De items hebben betrekking op onderling gedrag en gevoel. Voor de kinderversie (OKIV-K) werd over drie verschillende steekproeven een stabiele twee-factorstructuur gevonden (Gezag en Acceptatie). Voor de ouder-kindversie was een één-factoroplossing de beste. De betrouwbaarheden van de subschalen en de totale schalen zijn goed en de eerste gegevens over de validiteit zijn hoopgevend.'

Met behulp van deze twee lijsten hebben we geanalyseerd of de functionele gezinstherapie positieve veranderingen teweegbrengt in het gezinsfunctioneren. De casus over Nol diende ter controle. De belangrijkste evaluatieve aspecten zijn de gezincohesie en ruzies/conflicten (VGP), en de relatie tussen ouder en kind (OKIV).

Gevalsbeschrijving: Rob

Voorgeschiedenis

Rob is negen jaar oud, gemiddeld intelligent en afkomstig uit een goedfunctionerend gezin. Zijn concentratieproblemen, afleidbaarheid, rusteloosheid en impulsiviteit spelen al van jongs af aan. Sinds kort zijn daar diffuse angsten (vooral bij vertrek van de ouders) en ODD-klachten (boos en opstandig gedrag) bijgekomen. Zijn ouders functioneren redelijk krachtig als opvoeders: ze zijn duidelijk en positief. Toch geeft zijn moeder gemakkelijk toe, om zijn moeilijke gedrag uit de weg te gaan, of ze reageert juist te fel, als het haar teveel wordt. Beide ouders werken. Thuis is er een wisselende dagstructuur. Rob heeft een broertje van zeven, dat sinds kort niet meer over zich heen laat lopen en daardoor de woede en jaloezie van Rob oproept.

Gezien de blanco hulpverleningsgeschiedenis, de sterke opvoedingscapaciteiten van de ouders, het feit dat Robs ouders niet overbelast zijn en de goede ouder-kindrelatie is een oudercursus voldoende.

Behandeling

De gedragstherapeutische oudercursus slaat goed aan. Beide ouders maken zich de gedragsprincipes snel eigen. De dagelijkse routine verbetert aanzienlijk: deze is duidelijker en strakker. Robs gedrag wordt meer begrensd, de ouders geven bondige en ondubbelzinnige gedragsinstructies. Zijn ongewenste gedrag is minder voorwerp van discussie. Het wordt genegeerd of gestopt met een time-out. Dit alles resulteert in minder opstandigheid, minder ruzies en kortere buien. Na de oudercursus zijn vier booster-sessies over een periode van zes maanden voldoende.

De gedragstherapeutische interventies worden ondersteund met medicatie (methylfenidaat), en uiteindelijk kan dat stoppen. Rob gaat bovendien naar een andere school, voor speciaal onderwijs, met een duidelijker structuur. Hij gaat beter om met de leerkracht en klasgenootjes. Rob hoeft niet meer op zijn tenen te lopen en gaat nu met plezier naar school.

Evaluatie

De belangrijkste verandering thuis is de vaste structuur in het dagprogramma. Robs moeder kan bovendien rustiger reageren op Robs driftbuien. Beide ouders kunnen bij het begrenzen van ongewenst gedrag strakker reageren (negeren of time-out), zodat

de driftbuien minder worden bekrachtigd. De vragenlijsten bieden de volgende aanvulling:

Vragenlijst Gezinsproblemen: Bij aanvang ervaart het gezin weliswaar druk, maar het gezinsfunctioneren is niet op klinisch niveau belast. Het scoreniveau ligt tussen >75 procent (vader) en Grensgebied (moeder). Sterke punten van het gezin zijn openheid, betrokkenheid en geborgenheid. Vader en moeder ervaren het gezinsfunctioneren na de oudercursus, te weten het afsluiten van de therapie, verschillend. Robs moeder ziet over het geheel een duidelijke verbetering (daling van grensniveau tot normaal), behalve voor de categorieën Vijandigheid en Problemen met kinderen. Zijn vader ziet het precies omgekeerd: hij ervaart voor de meeste zaken geen verbetering, behalve op de terreinen Vijandigheid en Problemen met kinderen.

De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV): Robs moeder merkt reeds na de oudercursus een verbeterde relatie met haar zoon. Vader ervaart de relatie met zijn zoon al voor de behandeling als normaal. De relatie van Rob met zijn beide ouders is in aanvang zowel qua acceptatie als gezag normaal. Dit blijft zo, zij het dat het gezag van Rob's moeder over hem iets onder het normale niveau zakt.

Gevalsbeschrijving: Nol

Voorgeschiedenis

Nol is een jongen van tien jaar en komt uit een minder functionerend, overbelast gezin. Al sinds zijn babytijd kent hij forse concentratieproblemen, rusteloosheid en impulsiviteit (ADHD). Als kleuter was hij prikkelbaar en opstandig en hij had vaak ruzie met leeftijdgenootjes (ODD). Nol is een gespannen, gesloten jongen met een benedengemiddelde intelligentie, maar hij is zich van zijn handicap bewust. De problemen zijn het klemmendst in de gezinssituatie. Hij is moeilijk hanteerbaar in het derde milieu (vrije tijd, vriendjes), maar redelijk hanteerbaar binnen de strak gestructureerde schoolsetting.

Zijn probleem manifesteerde zich dus al vroeg, maar er werd pas hulp gezocht toen Nol zeven jaar was. Weer een jaar later probeerde men met wisselend resultaat verschillende medicamenten uit. Een hoge dosering van methylfenidaat sloeg nog het beste aan. Na ouderbegeleiding en vooral na videohometraining verbeterde de situatie thuis, door meer regelmaat en duidelijker structuur. Toch namen brutaliteit en opstandigheid weer toe, zodat verwijzing plaatsvond voor een oudercursus en gezinstherapie.

Plaatsing binnen het speciaal onderwijs heeft sindsdien geresulteerd in gedragsverbetering en ook zijn leerprestaties nemen toe. Hij kan het goed vinden met zijn leraar en met vriendjes, ondanks sporadische ruzies. Hij heeft een hechte band met zijn moeder, hoewel er uiteindelijk een negatieve spiraal is ontstaan. Nol en zijn moeder voeren veel strijd en voelen zich machteloos. Nols moeder is overbelast door de drukte en opstandigheid van haar zoon. Zijn vader kan wat meer afstand houden, lijkt ook meer gezag over zijn zoon te hebben, maar is door drukke werkzaamheden op spijstijden 's ochtends en 's avonds niet thuis. Vanaf het moment dat zijn vier jaar jongere broertje meer aandacht vraagt en zich minder gemakkelijk naar de wensen van

Nol voegt, is er veel ruzie tussen de broers. Desalniettemin hebben de gezinsleden een hechte onderlinge betrokkenheid, met goed verlopende gezinsuitjes.

Behandeling

Aangezien het opstandige gedrag vooral thuis knelt, focust de therapeut de behandeling op Nols functioneren in het gezin. Hij stelt met Nol en zijn ouders de volgende doelen, aansluitend op de functionele gezinstherapie:

- 1 *Attitude en cognities ten aanzien van het gezinsfunctioneren*
 - bespreken van de machteloosheid van moeder ten opzichte van haar oudste zoon, teneinde de negatieve spiraal in de opvoeding en haar beschuldigende houding te doorbreken;
 - het aandeel van Nols jongere broertje in de onderlinge ruzies betrekken, om Nol van zijn 'zondebok'-functie af te helpen.
- 2 *Vaardigheden, taakverdeling en communicatie voor alle gezinsleden*
 - ouders opvoedingsvaardigheden aanreiken, waardoor ze zich competentier gaan voelen en het opstandige gedrag kunnen begrenzen;
 - Nol activeren beter te luisteren en zich meegaander te gedragen;
 - moeders taak als opvoeder verlichten, door vader zich actiever met de opvoeding te laten bemoeien;
 - de onderlinge relatie en communicatie verbeteren.

Omdat het op school al goed loopt, richt de behandeling zich daar niet op. Nol blijft medicijnen nemen in verband met zijn extreem drukke gedrag.

Het verloop van twaalf zittingen gezinstherapie na de oudercursus

- 1 *Attitude en cognities ten aanzien van het gezinsfunctioneren* In de eerste twee zittingen (de therapiefase) ligt de nadruk op ieders rol bij het ontstaan van de problemen. Naast het drukke, opstandige gedrag van Nol is er aandacht voor het uitdagende gedrag van zijn jongere broertje. Vaders frequente afwezigheid thuis wordt benoemd en in verband gebracht met de overbelasting van moeder. Ook moeders felle en emotionele reacties op Nol en de bekrachtigende werking op diens gedragsproblemen komen aan de orde. Deze structurering van problemen verlegt het individuele gedragsprobleem van alleen een druk en opstandig kind, naar een gezinsprobleem. Het heretiketteren tot een gezamenlijk gedragen gezinsprobleem is voorwaarde voor verdere training van ouder(s) en gezin. Gedurende de gezinstherapie zijn de verwachtingen van ouders ten aanzien van hun kinderen onderwerp van gesprek. Nols moeder kan moeilijk verkroppen dat haar zoon thuis het drukt is en zich op andere plaatsen weet te gedragen. Ze begint in te zien dat dit kenmerkend is voor ADHD en dat Nol maar een korte spanningsboog heeft. Zij kan hem alleen gericht en op bepaalde momenten vragen 'rustig te zijn'. Door deze mildere attitude is moeder beter in staat om aan Nol een haalbare inspanning te vragen. Gevolg is dat Nol actiever gaat meewerken. Zo gaat hij oefenen zichzelf op zijn eigen kamer te vermaken. Daarnaast wijst Nols vader zijn vrouw op het uitdagende gedrag van de jongste zoon en de moeite die Nol daarmee heeft. Hierdoor wordt Nol minder zondebok. Ten slotte begint vader in te zien dat moeder meer daadwerkelijke ondersteuning behoeft en kiest hij werk met gunstiger werktijden om meer thuis te kunnen zijn.

- 2 *Vaardigheden, taakverdeling en communicatie voor alle gezinsleden* Na die eerste zittingen starten de gedragsprogramma's per dagdeel, zoals rustig naar bed gaan en de ochtendrituelen voor het naar school gaan. De ochtenden en avonden lopen al snel goed. Maar Nol wordt angstiger, vooral 's avonds en 's nachts, waardoor hij voortdurend uit bed komt. De ouders vertellen Nol wat ze van hem verwachten over het uit bed gaan 's avonds en 's nachts, en koppelen dat aan een beloningsprogramma. Nol wordt daar zelf bij betrokken; hij krijgt een nachtlampje. Aan het beloningsprogramma voegen Nols ouders een boetesysteem toe. Op uit bed komen volgt de sanctie: televisie van kamer en weer terugverdiene. Ook de slaapmedicatie wordt verhoogd. Al deze maatregelen hebben weinig effect, omdat Nol als enige op de tweede verdieping slaapt – de rest van het gezin slaapt op de eerste etage – waardoor hij angstig en bang blijft. Als hij zelf uit wanhoop een te grote dosis slaapmedicatie slikt, hakken de ouders de knoop door en besluiten dat de broers van kamer ruilen, zodat Nol op de eerste verdieping komt te slapen. Die interventie – ondersteund door medicatie en een belonings- en boetesysteem – slaat uiteindelijk goed aan. De ouders structureren de dagelijkse routine tot in detail. Nol leert zichzelf te vermaken en bij thuiskomst uit school eerst thee te drinken met moeder en pas dan afspraken te maken voor de middag. Hierdoor heeft hij minder aanvaringen met zijn broertje. Het is iedereen duidelijk dat het jongere broertje hoe langer hoe veeleisender wordt en daarbij soms nog koppiger is dan Nol. Nu vader voor een nieuwe baan heeft gekozen, stimuleert de therapeut hem, zeker als het allemaal teveel wordt, actiever aan de opvoeding deel te nemen. De dosering methylfenidaat wordt licht verhoogd en het doseringsschema aangepast. In verband met slaapproblemen en nachtelijke angst voegt men pipamperon toe.

Evaluatie

Bij de evaluatie in de elfde en twaalfde zitting is het gezin tevreden over het bereikte evenwicht. Moeder heeft vooral veel reële verwachtingen over de afname van Nols drukke gedrag. Zij accepteert meer de drukte die bij ADHD hoort. Bovendien heeft vader een grotere rol binnen het gezin gekregen en levert hij daardoor een actievere bijdrage aan het gezinsfunctioneren. Verder houden de ouders consistent vast aan de dagelijkse routine, instrueren zij goed Nols omgang met andere mensen en grijpen ze direct en consequent in bij ongewenst gedrag. Door hun acceptatie van ADHD kunnen ze mildere vormen van gedragsproblemen beter negeren.

Nol is in staat om, met hulp van zijn ouders, de gedragsprogramma's goed te volbrengen. Hij houdt zich aan de afspraken. Belangrijk is dat hij zich beter kan vermaken op zijn kamer. De verandering van slaapplek naar de eerste etage heeft Nol geholpen zijn angst te overwinnen. Omdat iedereen 's nachts weer kan doorslapen, heeft dit alles veel rust gebracht in huis. De gezinszittingen hebben verhelderd dat ook zijn jongere broertje een actieve bijdrage leverde aan het overdrukke gedrag van Nol. Ten slotte heeft de bijstelling van medicatie vooral geholpen bij de vermindering van angst.

Kwetsbare punten blijven de ernst van de ADHD, de bijkomende angst en de moeite hem goed op medicatie in te stellen. Bovendien geeft Nol bij mislukkingen snel op en dan kan hij niet meer zijn best doen. Door het chronisch karakter van de problemen zijn de ouders, vooral de moeder, gemakkelijk overbelast en schieten zij snel in een

negatieve spiraal ('o nee, daar begint het weer'). Ten slotte is het uitdagende, plagende gedrag van het jongere broertje nog steeds moeilijk hanteerbaar voor Nol.

De vragenlijsten geven de volgende extra informatie:

- Vragenlijst Gezinsproblemen: Het gezin van Nol functioneert aanvankelijk wel sterk onder druk (score vader en moeder >75 procent), maar ondanks de ernst van de klachten en de conflicten, niet op klinisch niveau. Ook dit gezin ervaart zich als open en onderling betrokken, hetgeen blijft gehandhaafd. Moeder vertoont na de behandeling een aanzienlijke verbetering op de totaalscore en op enkele subcategorieën. Vooral haar verbeterde grip op de opvoeding van Nol (van klinisch naar normaal niveau) valt op. Opmerkelijk is tegelijkertijd dat de vader op dezelfde gebieden eerder verslechtering ervaart (van normaal niveau tot > 75 procent). Vooral de stijging bij vader van de totaalscore naar klinisch niveau en de daling van de categorie Geborgenheid vallen op.
- De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst: Volgens de OKIV blijft de relatie tussen moeder en zoon moeizaam en verslechtert die tussen vader en zoon. Dit terwijl de zoon zijn relatie tot vader als goed ervaart en vader zelfs meer gezag krijgt. Ook de relatie tot moeder verbetert: de acceptatie stijgt naar normaal niveau, terwijl het gezag van moeder toeneemt (weliswaar blijvend onder gemiddeld niveau).

Beschouwing

Met de gevalsstudies hebben we willen illustreren dat functionele gezinstherapie een noodzakelijke én effectieve aanvulling is op een gedragstherapeutische oudertraining bij gezinnen met ADHD en ODD. Onontbeerlijk voor een dergelijke interventie is het goed kunnen onderscheiden van gezinnen die dat wel en niet nodig hebben. Allereerst zou bij een eerste screening al een prognose moeten worden gemaakt. Voorts zouden bij een minder belast en beter functionerend gezin sneller behandelingseffecten zichtbaar moeten worden, namelijk bij de evaluatie van de oudertraining. We zullen een en ander toelichten.

Zo besloten we in het geval van Nol, op grond van het effect van de oudertraining (en in overleg met zijn ouders), tot een voortzetting van de interventie. In het geval van Rob werd ervan afgezien om de behandeling te continueren met gezinstherapie. Stemde deze therapeutische beslissing overeen met het risicoprofiel van de jongens? En functioneerde het gezin van Rob ook beter dan het gezin van Nol? Was dit gezin minder belast? In beide gevallen was er een warme band tussen ouders en kinderen en goede supervisie van de kant van de ouders. Beide gezinnen hadden ook voldoende gezinscohesie. Toch was de relatie tussen moeder en kind in het gezin van Nol ernstiger verstoord dan in geval van Rob, zo blijkt uit de OKIV. De overbelasting in het gezin van Nol werd mogelijk ook veroorzaakt door de afwezigheid van de vader op menig 'spitsuur' in het gezin. Ook waren de problemen in het gezin van Rob van kortere duur. Er dreigde voortdurend een patroon van vastgelopen communicatie en ruzies, maar dit was minder rigide en gemakkelijker vlot te trekken dan in het gezin van Nol. Opmerkelijk was dat de ernst van disfunctioneren van beide jongens moeilijk te onderscheiden was, ondanks het gegeven dat Nol het drukste was en ook het meeste aan zijn angsten leed. Onze opvatting is dat de mate van verstoring van de moeder-kindrelatie, de duur van de problemen, en de ernst van de gestoorde gezinscommunicatie tot meer disfunctioneren in het gezin van Nol leidde dan in het

gezin van Rob. Daardoor kon vooraf ook worden voorspeld dat aanvullende gezinstherapie na de oudertraining voor het meer overbelaste gezin van Nol noodzakelijker was dan bij Rob.

Verder bleek het behandel­effect van de oudertraining bij Rob en zijn gezin zichtbaar beter dan bij Nol. Bij Rob was de moeder-kindinteractie (OKIV en VGP), ingevuld door moeder, reeds na de oudercursus sterk verbeterd en dit bleef zo. Bij Nol daarentegen trad dit positieve effect pas op ná de functionele gezinstherapie: de band tussen Nol en zijn moeder verbeterde pas na de therapie. Ook moeders daling op de VGP trad toen pas in. Inderdaad is bij deze twee gevalsstudies positief behandel­effect bij het minder belaste gezin al na de oudercursus zichtbaar, terwijl dit bij het andere gezin pas zichtbaar was na de gezinstherapie­zittingen.

Behalve het kunnen differentiëren van ‘probleem’-gezinnen via vragenlijsten, verschaffen de lijsten die wij hebben gebruikt relevante informatie voor gezinsinterventies. De vragenlijsten leggen verschillen bloot tussen beide ouders en tussen kinderen en ouders in het beoordelen van de situatie. Deze verschillen zijn nuttig bij het herformuleren van behandel­doelen. Bij Rob laat de OKIV een verbetering in de moeder-kindrelatie zien en overeenkomstig ervoer moeder een verbeterd gezinsfunctioneren op de meeste terreinen (VGP). Bij Nol is de moeder-kindrelatie, zoals gescoord door moeder, op de OKIV onveranderd, namelijk beneden gemiddeld en moeizaam. De vader-kindrelatie daarentegen (gescoord door vader op de OKIV) verslechtert juist, wat mogelijk samenhangt met diens actiever optreden als opvoeder. Nol, tot slot, geeft aan dat de relatie met zijn vader beter werd en bleef, en dat hij een duidelijke verbetering in de relatie met zijn moeder ervoer. Kortom: deze relatief weinig gehanteerde gezinsvragenlijsten (VGP en de OKIV) zijn niet alleen diagnostisch, maar ook evaluatief goed te gebruiken.

De beide gevalsbeschrijvingen tonen aan dat een gezinstherapie bij kinderen met ADHD en ODD een effectieve en positieve aanvulling is, ook al betreft het langdurige problematiek bij overbelaste gezinnen. Dit pleit ervoor om de functionele gezinstherapie verder uit te proberen en te onderzoeken, vooral als aanvulling op oudercursussen bij moeilijk functionerende en langdurig overbelaste gezinnen, waarbij een vastgelopen communicatie via conflicten ingeslepen gedragspatronen volgt, en de relatie tussen ouders en kinderen dientengevolge verslechterd is. Daarnaast lijkt het zinvol om bij dergelijk onderzoek gebruik te maken van voor gezinsfunctioneren specifieke vragenlijsten als VGP en OKIV.

Abstract

In two cases of children (ten and nine years old) with ADHD and ODD, twelve family therapy sessions were indicated as a supplement to medication and parental training. The family therapy sessions were given according to the Functional Family Therapy manual by Alexander and Parsons (1982). In the case of the better functioning family positive effects already took place after the parental training. In the other, malfunctioning family progress started only after the functional family therapy sessions. After a long history of malfunctioning and several

treatments, Functional Family Therapy was able to improve the parent-child relation and family communication.

Referenties

- Alexander, J.F., & Parsons, B. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 219-225.
- Alexander, J.F., & Parsons, B. (1982). *Functional Family Therapy*. Monterey, California: Brooks/Cole publishing company.
- Alexander, J.F., Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T. (2000). Book Three: Functional Family Therapy. In D.S. Elliot (Ed.), *Blueprints for Violence Prevention*. Golden, Colorado: Venture Publishing.
- Barkley, R.A. (1997). *Diagnose ADHD, een gids voor ouders en hulpverleners*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Barton, C., Alexander, J.F. (1985). Generalizing treatment effects of functional family therapy: three replications. *The American Journal of Family Therapy, 13*, 16-26.
- Bosch, J.D. & Ringrose, H.J. (1997). *Mediatetherapie met ouders. Praktijkreeks Gedragstherapie (6)*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Breuk, R.E., & Bosch, J.D. (1999). *Functionele Gezinstherapie bewerkt voor kinderen van 6-12 jaar met ADHD en ODD*. Interne publicatie, Amsterdam.
- Gebhardt, E., & Prins, P. (1997). Een twee-trajectenmodel voor de ontwikkeling van antisociaal gedrag bij kinderen met ADHD. *Gedragstherapie, 30*, 219-253.
- Gordon, D.A., Arbuthnot, J., Gustafson, K.E., & McGreen, P. (1988). Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *The American Journal of Family Therapy, 16*, 243-255.
- Kazdin, E.A. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 161-178.
- Koot, H. (1997). *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Lange, A., Blonk, R., Wiers, R., & Schaar, D. van de (1997). De Ouder-Kind Interactie Vragenlijst (OKIV). *Kind en Adolescent, 18*, 15-34.
- Parsons, B., & Alexander, J.F. (1973). Short-term family intervention: a therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 195-201.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castilia.
- Rey, J.M. (1993). Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1769-1778.
- Schulpen, T.W.J., & Buitelaar, J.K. (1998). Epidemiologie, signalering en verwijzing van ADHD. In W.B. Gunning (red.), *Behandelstrategieën bij kinderen en jeugdigen met ADHD*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.