



DOWNLOADS

Bij dit boek horen downloads. De uitgever geeft toestemming aan individuele kopers van *Wegwijs* deze bestanden te downloaden.

De bestanden zijn bedoeld voor eigen gebruik en mogen niet worden doorgestuurd of verder worden verspreid. Via deze webpagina van *Wegwijs* vind je de bestanden:

<https://click.lannoo.be/cc1>

Of je kunt de QR-code scannen:

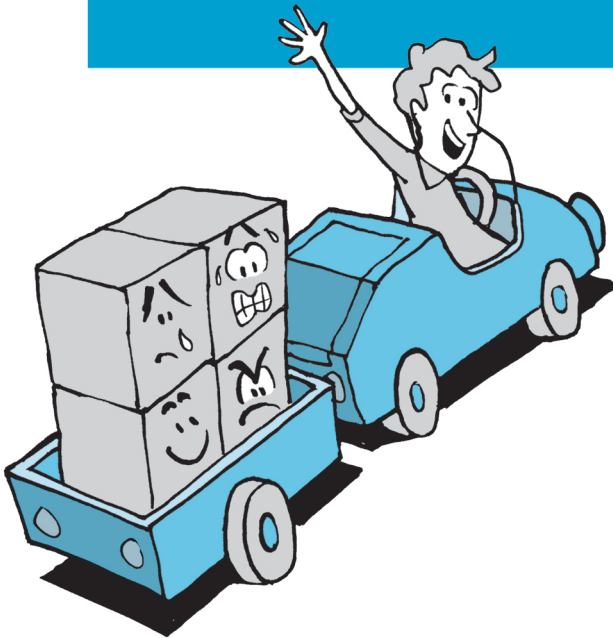


Download de bestanden en gebruik wachtwoord **HLDYSLC427** om de bestanden op te slaan.

JOJANNEKE VAN DER BEEK, MARTINE MÖNCH,
SYLKE TOLL & HANS VAN LUIT

WEGWIJS IN DYSLEXIE EN DYSCALCULIE - HANDLEIDING

TRAINING IN HET LEREN OMGAAN
MET EEN LEERSTOORNIS



Lannoo
Campus

D/2026/45/437 – isbn 9789465510118 – nur 840

Vormgeving omslag: Adept vormgeving, Velserbroek

Vormgeving binnenwerk: Adept vormgeving, Velserbroek

Illustraties: Marcel Jurriëns, Boxtel

© Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2021

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Amsterdam en Leuven).

LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

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

Uitgeverij LannooCampus

Postbus 23202

Vaartkom 41

1100 DS Amsterdam (Nederland) 3000 Leuven (België)

www.lannoocampus.com

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	7
1. Theoretische verantwoording	8
1.1 Dyslexie en dyscalculie: specifieke leerstoornissen	8
1.2 Psychosociale aspecten van specifieke leerstoornissen	11
1.3 Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een specifieke leerstoornis en bijkomende psychosociale problemen	16
1.4 De ontwikkeling van <i>Wegwijs</i>	19
1.5 Mogelijke uitdagingen bij de uitvoering van <i>Wegwijs</i>	21
2. De metafoor van de training: de auto met aanhanger	25
3. Algemene informatie en richtlijnen	30
3.1 Vooraf	30
3.2 Geprotocolleerd werken en beredeneerd afwijken	30
3.3 Doelgroep van <i>Wegwijs</i>	31
3.4 Inpassing van <i>Wegwijs</i> in reguliere zorg en onderwijs	32
3.5 Opleiding van de trainer	32
3.6 Twee varianten: <i>Wegwijs</i> in dyslexie en dyscalculie	32
3.7 De <i>Wegwijs</i> webpagina	33
3.8 De intakeprocedure	33
3.9 Monitoring	33
3.10 Opbouw van de training <i>Wegwijs</i>	36
3.11 Opbouw van de sessies met het kind	40
3.12 Contacten met de ouder(s)	40
3.13 Contacten met school	41
3.14 <i>Wegwijs</i> als groepstraining	42

4. De training Wegwijs per sessie	44
4.1 Planning van de training	44
4.2 Overzicht benodigde materialen per sessie	46
4.3 Intake	49
4.4 Eerste contact met school	58
4.5 Deel 1: Voorbereid op reis	60
Sessie 1: De bestuurder ben jij	61
Sessie 2: Jouw bagage	82
Sessie 3: Even bijtanken	94
4.6 Eerste tussenevaluatie met de ouder(s)	106
4.7 Deel 2: Beren op de weg	112
Sessie 4: Een vieze voorruit	113
Sessie 5: Ruitenwissers aan	121
Sessie 6: Rijangst	132
4.8 Tweede tussenevaluatie met de ouder(s)	145
4.9 Tweede contact met school	151
4.10 Deel 3: Jouw rijstijl	154
Sessie 7: Wegpiraten de baas	155
Sessie 8: Pimp je auto	167
4.11 Deel 4: De wijde wereld in	183
Sessie 9: Blik op de weg	184
Sessie 10: De check-up	195
5. Downloads van de Wegwijs webpagina	198
6. Literatuur	200
7. Over de auteurs	207
8. Bijlagen	208
Bijlage 1. Routekaart van de training	208
Bijlage 2. Overzicht van de metafoor: de auto met aanhanger	209
Bijlage 3. Voorbeeld van een evaluatieformulier voor het kind	210
Bijlage 4. Voorbeeld van een evaluatieformulier voor de ouder(s)	211
Bijlage 5. Samenvatting van de training voor ouder(s) en leraren	212

VOORWOORD

Dyslexie en dyscalculie zijn de meest voorkomende specifieke leerstoornissen. In iedere schoolklas zitten gemiddeld twee kinderen met dyslexie en in twee klassen zit gemiddeld één kind met dyscalculie. In wetenschappelijk onderzoek en in de klinische praktijk wordt in toenemende mate onderkend dat kinderen met een leerstoornis op school en in het dagelijks leven voor uitdagingen staan. Dit maakt dat deze kinderen een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van psychosociale problemen zoals faalangst, somberheid en een laag zelfbeeld. Het is voor deze kinderen belangrijk dat ze op een adequate manier leren omgaan met hun leerstoornis, zodat ze weerbaar zijn voor de uitdagingen die ze in hun leven zullen tegenkomen. Voor deze kinderen is *Wegwijs in dyslexie en dyscalculie – Training in het leren omgaan met een leerstoornis* (kortweg: *Wegwijs*) ontwikkeld.

Wegwijs is een training voor kinderen in de bovenbouw van het basisonderwijs en de onderbouw van het voortgezet onderwijs met dyslexie en/of dyscalculie die, (mede) als gevolg van hun leerstoornis, psychosociale problemen ervaren. Het doel van de training is het leren omgaan met dyslexie en/of dyscalculie, het verminderen van de bijkomende psychosociale problemen en het voorkomen dat deze verergeren. *Wegwijs* bestaat uit de volgende elementen:

- Psycho-educatie over dyslexie en dyscalculie en bijkomende psychosociale problemen;
- Cognitief-gedragstherapeutische technieken om beter te kunnen ontspannen, helpen de gedachten ten aanzien van de leerstoornis te hanteren en angsten te overwinnen;
- Copingvaardigheden voor het handig leren omgaan met de leerstoornis in uitdagende situaties in het schoolse leren en het dagelijks leven.

De training *Wegwijs* is een behandelprotocol. Het materiaal van *Wegwijs* omvat een handleiding voor gedragsdeskundigen (inclusief webpagina), een werkboek voor kinderen en jongeren met dyslexie en een werkboek voor kinderen en jongeren met dyscalculie. Zowel de ouder(s) als de school van het kind worden actief betrokken bij de training.

De oorsprong van de ontwikkeling van *Wegwijs* ligt bij het voormalige Ambulatorium van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht. Wij danken Hannelotte Timmerman en Judi Dams voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van *Wegwijs*.

Joanneke van der Beek, Martine Mönch, Sylke Toll en Hans van Luit
Utrecht, najaar 2021

1. THEORETISCHE VERANTWOORDING

1.1 DYSLEXIE EN DYSCALCULIE: SPECIFIEKE LEERSTOORNISSEN

De meeste kinderen leren vlot lezen, schrijven (spellen) en rekenen en behalen aan het eind van hun schoolloopbaan een functioneel niveau van geletterdheid en gecijferdheid, waarmee zij zich kunnen redden in de maatschappij. Bij een deel van de kinderen gaat het leren echter niet vanzelf. Zij hebben behoefte aan extra instructie, oefening en feedback om tot een optimaal lees-, schrijf- en rekenniveau te komen. In Nederland heeft naar schatting een kwart van de kinderen in het basis- en voortgezet onderwijs problemen met rekenen (Van Luit, 2018). Voor problemen met lezen en/of spellen ligt dit percentage rond de 15-20% (Inspectie van het Onderwijs, 2019). Bij een kleine minderheid van deze groepen kinderen kan van een specifieke leerstoornis worden gesproken. Deze kinderen hebben ernstige en hardnekkige leerproblemen, die blijven bestaan ondanks remediërende hulp.

Dyslexie en dyscalculie zijn de meest voorkomende specifieke leerstoornissen. De precieze (wereldwijde) prevalentiecijfers zijn moeilijk te geven, onder meer omdat er in wetenschappelijk onderzoek verschillende definities van beide leerstoornissen worden gehanteerd. Er wordt geschat dat in Nederland ongeveer 2-3% van de kinderen de diagnose dyscalculie heeft (Ruijsenaars et al., 2021). Voor dyslexie liggen de prevalentiecijfers in Nederland hoger en genuanceerder: het blijkt uit te maken of er sprake is van ernstige enkelvoudige dyslexie (EED) of een andere vorm van dyslexie. De Inspectie van het Onderwijs rapporteerde in 2019 dat 7,5% van de leerlingen aan het einde van de basisschool een dyslexieverklaring heeft, waarvan 6% voldoet aan de criteria voor EED. Dit percentage stijgt tot 14% in het voortgezet examenjaar (Inspectie van het Onderwijs, 2019). Een nationale prevalentiestudie in 2006 wees op 4% basisschoolkinderen met dyslexie in Nederland (Blomert, 2006). Concreet betekenen deze cijfers dat in iedere klas ongeveer twee kinderen met dyslexie zitten en in twee klassen één kind met dyscalculie.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het mogelijk is dat er bij een kind sprake is van zowel dyslexie als dyscalculie (zie bijvoorbeeld Landerl & Moll, 2010; Peters et al., 2020; Raddatz et al., 2017; Willcutt et al., 2013). Uit een studie onder Nederlandse basisschoolkinderen bleek dat comorbiditeit van dyslexie en dyscalculie vaker voorkwam

dan verwacht op basis van separate prevalentiecijfers (Dirks et al., 2008). Gebaseerd op het Multiple Deficit Model van Pennington (2006; Pennington et al., 2019) kan het samengaan van dyslexie en dyscalculie (en andere ontwikkelingsstoornissen) worden verklaard vanuit gedeelde risicofactoren op verschillende niveaus. Daarbij kan worden aangemerkt dat comorbiditeit beter vanuit een dimensioneel kader, dan vanuit een categorisch kader kan worden bekeken: leerproblemen van verschillende aard komen voor op een continuüm van minder naar meer ernst en het onderscheid tussen problemen en stoornissen is lastig te maken (Snowling et al., 2020). Wij gaan er evenwel van uit dat dyslexie en dyscalculie twee specifieke, separate leerstoornissen zijn met een neurobiologische basis (Braams, 2019; Tijms et al., 2021; Van der Leij, 2016; Van Luit, 2018; Van Luit & Mönch, 2020).

In de (onderwijs)praktijk is het zinvol om kinderen met dyslexie en/of dyscalculie te onderscheiden van kinderen met minder ernstige of algemene leerproblemen. In de eerste plaats omdat zij zowel op didactisch als sociaal-emotioneel gebied speciale aandacht vragen, maar ook omdat de huidige wet- en regelgeving omtrent compenserende en dispenserende maatregelen bij specifieke leerstoornissen gestoeld is op de categorische benadering. Daarbij wordt bovendien onderscheid gemaakt tussen dyslexie en dyscalculie. Voor gedragswetenschappers in de zorg en het onderwijs zijn protocollen en richtlijnen beschikbaar voor het diagnosticeren en behandelen van dyslexie en dyscalculie.

1.1.1 Vaststelling dyslexie

Zeer recent zijn nieuwe richtlijnen voor het diagnosticeren en behandelen van dyslexie verschenen: het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 3.0 (PDDb 3.0; Tijms et al., 2021) en de Brede Vakinhoudelijke Richtlijn Dyslexie (BVRD; Scheltinga et al., 2021). Deze zijn opgesteld vanuit de beroepsverenigingen Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en de Landelijke Beroepsvereniging Remedial Teachers (LBRT), in samenwerking met het Nederlands Kwaliteitsinstituut Dyslexie (NKD). De BVRD beoogt een kwaliteitsverbetering in de hele keten van dyslexiezorg voor kinderen en jongvolwassenen tot 23 jaar: van alle vormen van onderwijs tot en met specialistische behandeling (Scheltinga et al., 2021). Het PDDb 3.0 richt zich specifiek op het diagnosticeren en behandelen van ernstige dyslexie (ED) bij kinderen van de basisschoolleeftijd en is in de Jeugdwet verankerd. Hoewel de precieze invulling van de criteria voor het vaststellen van dyslexie hierdoor enigszins verschillen tussen de BVRD en het PDDb 3.0, gaan beide richtlijnen uit van de drie volgende algemene criteria:

- er is sprake van ernstige lees- en/of spellingproblemen;
- er is sprake van hardnekkige problematiek ondanks gerichte extra ondersteuning;
- er is geen sprake van alternatieve verklaringen voor de problemen zoals een algemeen leerprobleem, zintuiglijke beperkingen of inadequaat onderwijs.

Binnen het PDDDB 3.0 (Tijms et al., 2021) wordt uitgegaan van dyslexie als een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, waarbij de etiologie ligt in de meervoudige bepaaldheid: dyslexie kan zich binnen een individu ontwikkelen door een samenspel van factoren op kindniveau (neurocognitief en affectief) en omgevingsniveau. Het protocol schrijft voor dat zowel de verklarende als de indicerende diagnostiek gericht is op de belemmerende en beschermende factoren die bij het specifieke kind een rol kunnen spelen. Daarbij dient in ieder geval de fonologische verwerking onderzocht te worden vanwege de ruime wetenschappelijke evidentie voor de betrokkenheid van deze factor bij dyslexie. Het zelfbeeld, de motivatie en het sociaal-emotioneel functioneren van het kind worden genoemd als domeinen die van belang kunnen zijn bij de verklarende en indicerende diagnostiek. Ook bij de behandeling van dyslexie wordt benoemd dat rekening gehouden dient te worden met bijkomende problematiek zoals een laag zelfbeeld of faalangst (Tijms et al., 2021).

1.1.2 Vaststelling dyscalculie

In het Protocol Dyscalculie: Diagnostiek voor Gedragsdeskundigen 3.0 (Protocol DDG 3.0; Van Luit & Mönch, 2020) wordt beschreven welke procedures gevolgd dienen te worden bij het onderkennen en verklaren van dyscalculie. Daarbij wordt uitgegaan van de volgende definitie: *dyscalculie is een stoornis die gekenmerkt wordt door hardnekkige problemen met het leren en vlot/accuraat oproepen/toepassen van reken(wiskunde)kennis (feiten/afspraken)* (Ruijsenaars et al., 2021). Om dyscalculie vast te kunnen stellen, moet aan alle drie hierna genoemde criteria worden voldaan (Van Luit & Mönch, 2020):

- er is sprake van een significante rekenachterstand ten opzichte van leeftijd- en/of opleidingsgenoten, waar het kind of de jongere in het dagelijks leven door gehinderd wordt, zowel betreffende geautomatiseerde/gememoriseerde feitenkennis als het inhoudelijk rekenen;
- er is sprake van een significante rekenachterstand ten opzichte van datgene wat op basis van de individuele - cognitieve - ontwikkeling van het kind of de jongere verwacht mag worden, en die achterstand is afwijkend van prestaties op de overige schoolse vaardigheden;
- er is sprake van hardnekkigheid in achterstand, die (grotendeels) resistent blijkt tegen gespecialiseerde rekenhulp.

Bij de verklaringen van dyscalculie wordt verwezen naar primaire factoren die terug te voeren zijn op afwijkingen binnen de cognitieve informatieverwerking van het kind, zoals aandacht- en geheugenfuncties. Daarnaast worden secundaire factoren genoemd zoals faalangst en een laag zelfbeeld, die de dyscalculie niet kunnen verklaren maar wel de ernst van de rekenproblemen kunnen versterken (Van Luit & Mönch, 2020). Ook in de aanzet voor de behandeling van dyscalculie die in het protocol wordt gegeven, wordt benoemd dat, naast de inhoudelijke rekenhulp, aandacht voor het sociaal-emotionele welbevinden van het kind van belang is.

1.2 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN VAN SPECIFIEKE LEERSTOORNISSEN

De aanwijzingen binnen de protocollen voor gedragsdeskundigen voor de psychosociale aspecten van dyslexie en dyscalculie zijn het gevolg van de toegenomen aandacht hiervoor binnen wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. Er bestaat steeds meer evidentie dat kinderen met een leerstoornis daar in hun psychosociale functioneren hinder van kunnen ondervinden, ook op latere leeftijd (Braams, 2019; Van Luit, 2018). Onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat kinderen en volwassenen met een leerstoornis een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van psychosociale problemen, met name internaliserende problematiek zoals angst- en stemmingsklachten en lage zelfwaardering (zie bijvoorbeeld Auerbach et al., 2008; Bosman & Braams, 2005; Braams, 2019; Francis et al., 2019; Klassen et al., 2013; Knivsberg & Andreassen, 2008; Mammarella et al., 2016; Parhiala et al., 2018; Ruijsenaars et al., 2008; Terras et al., 2009).

Op het moment dat er bij een kind een leerstoornis wordt vastgesteld, staan zowel het kind als zijn ouders voor de taak om dit te accepteren. Zij zullen bijvoorbeeld moeten omgaan met het gegeven dat het kind anders is dan andere kinderen, dat anderen een beeld hebben van het 'label' dyslexie of dyscalculie dat niet zomaar past bij het kind, en dat dit label onzekerheid geeft voor de toekomst. Het accepteren van een leerstoornis is daarmee voor veel kinderen en hun ouders lastig (Braams, 2019). Het risico op het ontwikkelen van psychosociale problematiek neemt toe naarmate kinderen een minder gunstige beleving van hun leerstoornis hebben. Hoe kinderen hun leerstoornis beleven, kan worden begrepen vanuit hun zelfbeeld, de mate waarin zij last hebben van (faal) angst, hun copingvaardigheden en de mate waarin zij steun en begrip vanuit hun omgeving ervaren. Deze aspecten van de beleving van een leerstoornis vormen de aangrijpingspunten van de training *Wegwijs in dyslexie en dyscalculie*.

1.2.1 Zelfbeeld

In de literatuur worden verschillende termen gebruikt voor de inschatting die kinderen maken van hun eigen competenties, zoals: zelfbeeld, zelfconcept, zelfvertrouwen, zelfwaardering en competentiebeleving. Omwille van de leesbaarheid gebruiken wij hier verder de term zelfbeeld. De kern van deze begrippen betreft een beoordeling over het eigen functioneren, die betrekking kan hebben op het kind als persoon, maar ook op specifieke domeinen zoals het schoolse domein en zelfs op specifieke vakgebieden zoals spelling, lezen en rekenen (Wouters et al., 2016). Kinderen met een leerstoornis die herhaaldelijk zwakke schoolprestaties behalen, doen veel faalervaringen op (Braams, 2019; Van Luit & Mönch, 2020). Onderzoek naar het zelfbeeld van kinderen met een leerstoornis vergeleken met dat van kinderen zonder leerstoornis wijst uit dat zij hierdoor voornamelijk een laag zelfbeeld hebben op het gebied van schoolvaardigheden, maar niet per definitie over een globaal laag zelfbeeld beschikken (Gans et al., 2003; Gibby-Leversuch et al., 2019; McArthur et al., 2020; Terras et al., 2009; Zeleke, 2004).

Deze onderzoeksresultaten hebben betrekking op gemiddelden van grote groepen kinderen. Uit klinische praktijkervaring met individuele kinderen met leerstoornissen blijkt dat de ernst van de stoornis, en alle aspecten van de beleving van de stoornis, invloed hebben op de mate waarin het zelfbeeld van deze kinderen is aangedaan. Bij sommige kinderen blijft het beperkt tot een laag zelfbeeld op het vakspecifieke gebied en soms zelfs op specifieke onderdelen daarvan, hetgeen leidt tot een gedifferentieerd reken-, lees- en/of spellingzelfbeeld (bijvoorbeeld 'ik ben goed in plussommen en minder goed in keersommen', of 'ik kan nauwkeurig lezen maar niet zo snel', et cetera). Deze kinderen leggen niet te veel nadruk op hun leermoeilijkheden en zijn zich bewust van competenties op andere gebieden, waardoor hun globale zelfbeeld niet lijdt onder de leerstoornis (Gans et al., 2003; Zeleke, 2004).

Bij andere kinderen hebben de leermoeilijkheden een grotere invloed op het zelfbeeld. Deze kinderen hebben last van onzekerheid, weinig zelfvertrouwen en negatieve gedachten over hun functioneren, sociale relaties en hun toekomstig maatschappelijk functioneren. Dit kan leiden tot verdriet en somberheid, motivatieproblemen, snel opgeven bij schoolse taken en vermijdingsgedrag (Braams, 2019; Sze & Valentin, 2007; Van Luit & Mönch, 2020). Kinderen waarbij het globale zelfbeeld is aangedaan, hebben op basis van alle ervaringen die ze hebben opgedaan rondom hun leerstoornis, kernovertuigingen ontwikkeld die hen zelf als persoon betreffen zoals 'ik ben dom', 'ik kan niks' of 'ik ben waardeloos' (Poleij & Stikkelbroek, 2009). Diverse onderzoeken wijzen op de gevolgen hiervan voor de kwaliteit van leven in de volwassenheid, bijvoorbeeld depressie en zelfs suïcidaliteit (Carawan et al., 2016; Ginieri-Coccossis et al., 2012; Tanner, 2009).

1.2.2 (Faal)angst

Kinderen met een leerstoornis hebben vaker angststoornissen dan kinderen zonder leerstoornissen (Haft et al., 2019; Nelson & Harwood, 2011; Rubinsten & Tannock, 2010). Vanuit het Multiple Deficit Model (Pennington, 2006; Pennington et al., 2019) kan deze comorbiditeit worden verklaard vanuit gedeelde risicofactoren voor beide stoornissen, zoals aanlegfactoren. Een andere interpretatie van het samengaan van leerstoornissen en angst is dat de voortdurende faalervaringen die kinderen met een leerstoornis opdoen, maakt dat zij bang worden voor een negatieve beoordeling door anderen. Met name faalangst komt bij zowel kinderen met dyslexie als kinderen met dyscalculie zeer vaak voor (Braams, 2019; Dowker et al., 2016; Van Luit, 2018). Het zelfbeeld is daarin mogelijk een belangrijke schakel: niet de daadwerkelijke prestaties van het kind, maar vooral zijn zelfbeeld lijkt te bepalen in welke mate het kind angst ervaart op een bepaald vakgebied (Van der Beek, Van der Ven et al., 2017). De kans op faalangst neemt toe naarmate een kind een lager zelfbeeld heeft op het gebied van schoolse vaardigheden.

Volgens Braams (2019) vormen faalervaringen de kern van de beleving van een leerstoornis (i.e. dyslexie) en hebben zij een directe invloed op het zelfbeeld en het zelfver-

trouwen van het kind. Vijf bronnen voor faalervaringen van kinderen met een leerstoornis worden onderscheiden:

- systeemfalen;
- geconstrueerd falen;
- publiek falen;
- familiefalen;
- persoonlijk falen (Braams, 2019).

Systeemfalen verwijst naar het onderwijs dat onvoldoende rekening houdt met de specifieke onderwijsbehoeften van het kind, waardoor het kind faalt op school. Dit heeft bijvoorbeeld betrekking op de kwaliteit van het onderwijs, de kennis van onderwijsprofessionals over leerstoornissen en het bieden van faciliteiten. Geconstrueerd falen verwijst naar regelingen in het zorgsysteem die bepalen dat een classificatie en adequate hulp volgen na aantoonbaar falen. Dit maakt dat kinderen met een leerstoornis een periode van falen moeten laten zien, voordat zij in aanmerking komen voor adequate diagnostiek en behandeling (het *response to intervention model*). Publiek falen ervaren kinderen met een leerstoornis wanneer zij falen ten overstaan van anderen in schoolse situaties en het dagelijks leven. Voorbeelden hiervan zijn het klassikaal terugkoppelen van behaalde toetsresultaten, het hardop moeten voorlezen in de klas, klassikale automatiseringsoefeningen bij rekenen, fouten in het gebruik van sociale media, et cetera. Familiefalen verwijst naar falen in relatie tot een gezinslid, zoals inadequate reacties op de leermoeilijkheden van het kind en niet voldoen aan de verwachtingen van ouders. Persoonlijk falen betreft de opeenstapeling van faalervaringen, wat het kind het gevoel geeft dat hij niet zal slagen. Kinderen met een leerstoornis hebben vaak al snel in de gaten dat andere kinderen zich vlotter ontwikkelen dan zij, en dat het voor hen een grote uitdaging is om hun doelen te bereiken (Braams, 2019). Behandeling van kinderen met een leerstoornis en faalangst zou moeten ingrijpen op de veranderbare factoren binnen de vijf bronnen van falen.

Ook met betrekking tot (faal)angst worden in de klinische praktijk grote verschillen gezien tussen individuele kinderen met leerstoornissen. Bij sommige kinderen is de faalangst beperkt tot een specifiek vakgebied, of zelfs een onderdeel binnen dat vakgebied (bijvoorbeeld breuken en procenten, de Cito Leerlingvolgsysteemtoetsen, een beurt krijgen of je vinger opsteken, iets op het bord moeten schrijven, et cetera). Het doen of zelfs maar zien van zo'n onderdeel of enkel de gedachte eraan kan bij kinderen een stressreactie oproepen. Kinderen met vakspecifieke faalangst maken zich voornamelijk druk om de mogelijkheid dat een prestatie onvoldoende is. Daarnaast kunnen ze zich zorgen maken om de negatieve beoordeling van hun prestaties door anderen (Timmerman et al., 2017). Bij andere kinderen is de angst breder en betreft het alle situaties waarin zij moeten presteren, en soms zelfs alle sociale situaties. De negatieve gevolgen van faalangst hebben niet alleen betrekking op het welbevinden van de kinderen en hun leerprestaties, maar ook op

vakken-, studie- en beroepskeuzes vanwege vermijdingsdrang (Ashcraft, 2002; Morony et al., 2013). De impact van faalervaringen kan daarmee levenslang zijn (Braams, 2019).

1.2.3 Coping

Kinderen met een leerstoornis en psychosociale problematiek hebben een leergeschiedenis die gekenmerkt wordt door nare ervaringen. Onder invloed van kindfactoren en omgevingsfactoren hebben zij bepaalde gedachten ontwikkeld ten aanzien van zichzelf, anderen en de toekomst. Deze gedachten en bijbehorende gevoelens worden ontlokt op het moment dat zij geconfronteerd worden met hun beperking (Poleij & Stikkelbroek, 2009). Hoe kinderen omgaan met de stress die deze confrontatie geeft, wordt coping genoemd. Binnen een onderwijsleeromgeving kan stress ontstaan wanneer kinderen een discrepantie ervaren tussen de eisen die aan hen gesteld worden en de beschikbare middelen om aan deze eisen te voldoen (Van der Beek, Toll, & Van Luit, 2017). Coping in onderwijsleersituaties kan daarmee gedefinieerd worden als de gedachten en het gedrag waarmee kinderen het hoofd bieden aan de gestelde eisen die als stressvol worden ervaren (Folkman & Moskowitz, 2004). Deze eisen kunnen betrekking hebben op de schoolse vaardigheden waarmee de leerstoornis gemoeid is, maar ook op bijkomende problemen die het leren en studeren met een leerstoornis uitdagend maken (zoals moeite met plannen en organiseren, moeite met het scheiden van hoofd- en bijzaken, concentratieproblemen) (Braams, 2019; Van der Leij, 2016; Van Luit, 2018). In het dagelijks leven kunnen kinderen met een leerstoornis te maken krijgen met bronnen van stress zoals onbegrip vanuit de omgeving en pesterijen (Singer, 2005).

Bij coping van kinderen en adolescenten wordt er over het algemeen onderscheid gemaakt tussen probleemgerichte coping, maladaptieve coping en emotiegerichte coping (Hampel & Petermann, 2005). Probleemgerichte coping omvat strategieën die direct gericht zijn op het veranderen van de stressfactor en wordt beschouwd als een adequate manier om met stress om te gaan. Maladaptieve coping verwijst naar strategieën die als inadequaat worden beschouwd, zoals vermijding en agressie. Emotiegerichte coping is gericht op het reguleren van de negatieve emoties, die ontstaan zijn als reactie op de stressfactor. Deze vorm van coping kan zowel adaptief zijn als maladaptief. In het algemeen kan er daarom onderscheid gemaakt worden tussen adaptieve en maladaptieve copingstrategieën. Adequate copingstrategieën zijn gericht op het oplossen van het probleem, het zoeken van afleiding en sociale steun en het inzetten van helpende gedachten. Inadequate copingstrategieën betreffen met name vermijding, piekeren en boosheid (Van der Beek, Toll, & Van Luit, 2017).

In het ontstaan van psychosociale problematiek blijkt de coping met stress een belangrijke rol te spelen. Niet zozeer de stressfactor zelf is bepalend voor het al dan niet ontwikkelen van psychische problematiek, maar met name de manier waarop het kind omgaat met de stress(factor). Veelvuldig gebruik van maladaptieve copingstrategieën is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychische problematiek, terwijl

adaptieve coping juist als beschermende factor kan worden gezien (Alexander-Passe, 2006; Compas et al., 2001). Bij de inzet van copingstrategieën blijkt het van belang te zijn in welke mate een stressfactor als controleerbaar of beïnvloedbaar wordt gezien. In het geval van beïnvloedbare stressfactoren heeft probleemgerichte coping het meest positieve effect op psychisch functioneren, terwijl adaptieve emotiegerichte strategieën het best kunnen worden ingezet bij stressfactoren die als niet-beïnvloedbaar worden gezien. Stressfactoren in onderwijsleersituaties worden over het algemeen als beïnvloedbaar gezien, waardoor in dergelijke situaties probleemgerichte copingstrategieën het meest wenselijk worden geacht (Hampel & Petermann, 2005). Dit houdt bijvoorbeeld in dat kinderen bij een moeilijke opdracht volhouden, een taak nog eens nalezen als ze het niet direct begrijpen en fouten herstellen. Deze strategieën dragen bij aan een effectief leerproces en vergroten de kans op succes bij een volgende taak (Friedel et al., 2007).

1.2.4 Steun en begrip vanuit de omgeving

De ondersteuning die kinderen met een leerstoornis ontvangen vanuit hun omgeving is een van de belangrijkste beschermende factoren voor het ontwikkelen van psychosociale problematiek (Braams, 2019; Ruijsenaars et al., 2008). Goede relaties met ouders, docenten en leeftijdgenoten dragen bij kinderen met een leerstoornis bij aan hun welbevinden (Al-Yagon, 2016; Humphrey & Mullins, 2003). Volwassenen die terugkijken op hun schoolloopbaan noemen ondersteuning van hun ouders als belangrijke factor in het leren omgaan met hun leerstoornis (Hellendoorn & Ruijsenaars, 2000; Ingesson, 2007; Nalavany et al., 2015). Het gaat daarbij bijvoorbeeld om aandacht hebben voor en ruimte geven aan de emoties die spelen rondom de leerstoornis, het accepteren van de leerstoornis en begrip tonen voor de bijkomende moeilijkheden, het samenwerken met andere betrokkenen zoals school en externe hulpverlening en het ondersteunen van de didactische ontwikkeling van het kind.

Voor ouders zelf kan de aanwezigheid van een leerstoornis bij hun kind ook tot stress leiden (Bonifacci et al., 2016). Het geeft onzekerheid over de toekomst en het welzijn van hun kind en de invulling van hun ouderrol. Stressfactoren die het voor ouders uitdagend maken om een steunende en begripvolle thuisomgeving te bieden zijn bijvoorbeeld gevoelens van onzekerheid en onbekwaamheid, frustratie vanwege de tijd die het ondersteunen van hun kind kost en onbegrip vanuit de omgeving (Braams, 2019). Ook kan een eigen leergeschiedenis met veel negatieve ervaringen rondom leermoeilijkheden leiden tot het overmatig beschermen van het kind en het *modellen* van inadequate copingstrategieën en overtuigingen ten aanzien van zelfwaardering. Contact met andere ouders van kinderen met een leerstoornis kan hen helpen bij het creëren van een steunende omgeving voor hun kind (Kalsbeek & Van Leeuwen, 2012).

Wat betreft de schoolomgeving heeft onderzoek aangetoond dat het voor het welzijn van kinderen met een leerstoornis uitmaakt hoe dyslexie- en/of dyscalculievriendelijk het schoolklimaat is. Kinderen die zich op school ondersteund en gewaardeerd voe-

len, hebben minder risico op het ontwikkelen van psychosociale problemen (Burden & Burdett, 2005; Humphrey, 2002). Steun en begrip op school uiten zich bijvoorbeeld in:

- een toegankelijke en betrokken houding van docenten;
- een helder beleid ten aanzien van remediërende, compenserende en dispenserende maatregelen;
- ondersteuning bij het leren werken met technische hulpmiddelen;
- aandacht voor persoonlijke successen;
- het organiseren van groepsbijeenkomsten met lotgenoten (Braams, 2019; Van der Leij, 2016; Van Luit, 2018).

Het gebruik van technische hulpmiddelen kan een positief effect hebben op de ervaren onafhankelijkheid thuis en op school, motivatie, zelfvertrouwen, zelfwaardering en tijdwinst (Scheltinga & Siekman, 2020). Contacten met lotgenoten geven de mogelijkheid om ervaringen en informatie te delen (Kalsbeek & Van Leeuwen, 2012). Ook kunnen leeftijdgenoten met een vergelijkbare stoornis een rol spelen in het *modelen* en bekrachtigen van het op een adequate manier omgaan met hun problemen (Poleij & Stikkelbroek, 2009).

1.3 COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ KINDEREN MET EEN SPECIFIEKE LEERSTOORNIS EN BIJKOMENDE PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectieve behandelvorm bij kinderen en adolescenten met angstklachten, somberheid, een laag zelfbeeld en beperkte probleemoplossingsvaardigheden (In-Albon & Schneider, 2007; Huijbregts, 2020; Kendall & Peterman, 2015; Reynolds et al., 2012). CGT is een verzamelnaam voor hulpvormen waarin individuen leren hoe ze beter kunnen omgaan met hun negatieve gedachten en gevoelens over zichzelf en hun omgeving. Onderzoek naar Nederlandse behandelprogramma's met CGT laat zien dat al deze programma's effectief blijken, indien ze de belangrijkste kernelementen van CGT bevatten: exposure, gedragsactivatie, cognitieve herstructurering, ontspanningsoefeningen en problemen oplossen (Huijbregts, 2020). Ook psycho-educatie wordt gezien als een belangrijk onderdeel van CGT. In tabel 1.1 is weergegeven hoe de cognitief-gedragstherapeutische technieken worden ingezet bij *Wegwijs*. Om deze technieken voor de kinderen begrijpelijk en beeldend te maken, wordt in de training gewerkt met een metafoor van een auto met een aanhanger (zie hoofdstuk 2) (Van den Eertwegh & Heycop ten Ham, 2019).

Tabel 1.1 Cognitief-gedragstherapeutische technieken binnen de training *Wegwijs in dyslexie en dyscalculie*

Psycho-educatie	Psycho-educatie heeft als doel dat alle betrokkenen de leerstoornis accepteren en beter begrijpen, gemotiveerd worden voor een behandeling en er zo goed mogelijk mee leren omgaan (Braams, 2019). Psycho-educatie is daarmee niet alleen gericht op het kind of de jongere zelf, maar ook op de direct betrokkenen zoals ouders, leraar en klasgenoten. Een presentatie van het kind over de leerstoornis in de klas kan bijvoorbeeld zorgen voor erkenning en begrip bij de leraar en klasgenoten (Van Luit & Mönch, 2020). Bij kinderen met bijkomende psychosociale problematiek is het essentieel om daarnaast psycho-educatie te bieden over deze problematiek, zoals (faal)angst (Rigter, 2020). In de training <i>Wegwijs</i> wordt bovendien aan het kind uitgelegd wat het betekent om zowel een leerstoornis als bijvoorbeeld (faal)angst te hebben en hoe cognitieve en affectieve aspecten van leren elkaar kunnen beïnvloeden. Psycho-educatie staat centraal in deel 1 van de training.
Cognitieve herstructurering	Cognitieve herstructurering wordt ingezet om negatieve gedachten ten aanzien van zichzelf, anderen en de toekomst te vervangen door helpende gedachten. Negatieve gedachten die niet (helemaal) kloppen worden in <i>Wegwijs</i> ‘gedachtecronkels’ genoemd. Helpende gedachten ondersteunen een positief zelfbeeld en een positieve stemming. Het bijstellen van een negatief zelfbeeld wordt in <i>Wegwijs</i> ook gestimuleerd door ruime aandacht voor positieve aspecten, zoals het in kaart brengen van de voordelen van een leerstoornis (Braams, 2019). Geïnspireerd door de oplossingsgerichte therapie (Cladder et al., 2020) wordt daarnaast gewerkt met schaalvragen om de doelrealisatie in kaart te brengen en wordt daarbij consequent naar sterke kanten en vaardigheden van het kind gevraagd. Ook wordt expliciete aandacht besteed aan het creëren van een positief toekomstperspectief. Cognitieve herstructurering staat centraal in deel 2 van de training.

Exposure	Bij exposure wordt het kind blootgesteld aan een situatie die angst oproept. De nieuwste inzichten op het gebied van exposure tonen aan dat de nadruk daarbij niet meer hoeft te liggen op een afname van de angst, maar op de mismatch tussen de angstige gedachten/verwachting van het kind (bijvoorbeeld 'als ik een vraag stel, word ik uitgelachen') en de daadwerkelijke uitkomst van een exposure-oefening (het kind ervaart dat het niet wordt uitgelachen als hij een vraag stelt) (Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën [VGCT], 2018). Het maken en doorlopen van een angsthiërarchie kan helpend zijn, maar blijkt geen noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van exposure (Rijkeboer & Van den Hout, 2014). Ouders en school spelen een belangrijke rol in bijvoorbeeld het <i>modelen</i> van omgaan met angst, het bekrachtigen van dapper gedrag en het ondersteunen van de exposure-oefeningen in de alledaagse leefomgeving (Prins et al., 2018; Rigter, 2020). Bij <i>Wegwijs</i> worden exposure-oefeningen 'Doe-het-toch-maar!' genoemd, naar analogie van de huiswerkopdrachten die 'Doe-het-zelf!' heten. Exposure staat centraal in in deel 2 van de training.
Ontspannings-oefeningen	Ontspanningsoefeningen zijn angstbeheersingstechnieken die kunnen worden ingezet bij exposure-oefeningen (Prins et al., 2018; Rigter, 2020). Dergelijke oefeningen mogen echter niet ten koste gaan van het daadwerkelijk onder ogen komen van de angst (Whiteside et al., 2020). Relaxatietechnieken kunnen, in combinatie met cognitieve technieken, bovendien helpen bij het bewust worden en verminderen van de fysieke aspecten van angst- en stemmingsklachten. Ontspanningsoefeningen komen de gehele training aan bod, om de kinderen stapsgewijs vertrouwd te maken met het toepassen ervan.
Problemen oplossen en gedragsactivatie	Om tot gedragsverandering te komen is het belangrijk om kinderen te stimuleren en ondersteunen in het uitvoeren van probleemoplossingsvaardigheden (Cladder et al., 2020). Dit kan hun autonomiegevoel versterken en zelfredzaamheid vergroten. In <i>Wegwijs</i> staan opkomen voor jezelf en studievaardigheden centraal als interpersoonlijke en studiegerelateerde probleemoplossingsvaardigheden. Het leren toepassen en beheersen hiervan vereist oefening en reflectie. In de huiswerkopdrachten van <i>Wegwijs</i> ('Doe-het-zelf!') worden de kinderen hiertoe uitgedaagd. Binnen de sessies staat het voorbereiden en voordoen van de gewenste vaardigheden centraal. Problemen oplossen en gedragsactivatie staan centraal in deel 3 van de training.

In Nederland bestaan diverse programma's voor het separaat behandelen van de verschillende psychosociale aspecten van een leerstoornis bij kinderen van de basisschoolleeftijd en middelbare schoolleeftijd. Deze programma's zijn gebaseerd op de CGT of afgeleiden daarvan zoals Acceptance en Commitment Therapie (ACT) en volgens het Nederlands Jeugdinstituut goed onderbouwd tot effectief volgens sterke aanwijzingen. Voorbeelden van behandelprogramma's voor (faal)angst zijn *Denken + Doen = Durven* (Bögels, 2008), *Je bibbers de baas* (Van der Zalm-Grisnich, 2009) en *VRIENDEN* (Utens et al., 2000a, 2000b). *VRIENDEN* kan ook worden ingezet bij stemmingsproblematiek, evenals *Pak aan* (Braet, 2019). Voor het versterken van het zelfbeeld wordt vaak *COMET* (Kuin & Peters, 2014) gebruikt. Er is evidentie dat dit programma effectief is voor kinderen met een leerstoornis (Kuin et al., 2020). Het aanleren van (deelaspecten van) studievaardigheden kan met *Beter bij de les* (Van der Donk et al., 2015) en *Zelf plannen* (Boyer et al., 2013).

Het aanbod van programma's waarin meerdere aspecten van de beleving van een leerstoornis worden geïntegreerd, is naar ons weten beperkt. De Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut maakt enkel melding van de interventie *Dyslexie de Baas* (Poleij & Stikkelbroek, 2009). Deze interventie is een groepstraining voor jongeren van twaalf tot zestien jaar met dyslexie en psychosociale problemen. De training maakt gebruik van effectief bevonden cognitief-gedragstherapeutische technieken voor de behandeling of preventie van internaliserende problematiek bij kinderen en adolescenten: psycho-educatie, cognitieve herstructurering, (studie)probleemoplossingsvaardigheden en onderhandelingsvaardigheden. Ouders en docenten worden betrokken bij de training. Een pilotstudie wees op bemoedigende resultaten met betrekking tot de effectiviteit van de interventie (Poleij et al., 2009).

1.4 DE ONTWIKKELING VAN WEGWIJS

Bij het voormalige Ambulatorium van de Faculteit Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht is jarenlange klinische praktijkervaring opgedaan met de diagnostiek en behandeling van kinderen met een of meerdere specifieke leerstoornissen. Bij het merendeel van deze kinderen is sprake van bijkomende psychosociale problematiek. In meer of mindere mate laten deze kinderen zien te lijden onder hun leerstoornis: somberheid, (faalangst), een negatief zelfbeeld, weinig vertrouwen in het eigen kunnen, zorgen over hun toekomstperspectief, problemen in sociale interacties en studieproblemen. Tegelijkertijd is het voor ouders en onderwijsprofessionals lastig om goed aan te sluiten bij de pedagogische en didactische behoeften van hun kind of leerling, omdat zij onvoldoende kennis hebben van de specifieke leerstoornis en er soms te veel aandacht uitgaat naar de cognitieve aspecten ervan, ten koste van de affectieve aspecten.

Wegwijs is ontwikkeld vanuit de behoefte om kinderen met een specifieke leerstoornis te leren omgaan met de uitdagingen die zij als gevolg van deze stoornis kunnen ervaren in

het dagelijks leven en het schoolse leren. De overkoepelende doelen van *Wegwijs* betreffen dan ook het leren omgaan met dyslexie en/of dyscalculie, het verminderen van de bijkomende psychosociale problemen en het voorkomen dat deze verergeren. Met *Wegwijs* wordt beoogd om deze doelen te bereiken op basis van onderstaande elementen:

- Psycho-educatie over dyslexie en dyscalculie en bijkomende psychosociale problemen;
- Cognitief-gedragstherapeutische technieken om beter te kunnen ontspannen, helpende gedachten ten aanzien van zichzelf, anderen en de toekomst in relatie tot de leerstoornis te hanteren en angsten te overwinnen;
- Copingvaardigheden voor het handig leren omgaan met de leerstoornis in uitdagende situaties in het schoolse leren en het dagelijks leven.

De ouders en school van het kind worden actief betrokken bij de training, voornamelijk met het doel om hen te ondersteunen bij het creëren van een begripvolle en steunende omgeving voor het kind. De hiervoor genoemde bestaande behandelprogramma's bleken beperkt inzetbaar voor de kinderen uit de doelgroep, omdat zij niet de diversiteit aan ervaren psychosociale problemen van kinderen met een leerstoornis omvatten. De groepstraining voor adolescenten *Dyslexie de Baas* (Poleij & Stikkelbroek, 2009) is ook binnen het Ambulatorium ontwikkeld en vormde aanvankelijk het uitgangspunt om een vergelijkbaar programma te ontwikkelen voor kinderen met dyscalculie. Gaandeweg is *Wegwijs* uitgebreid tot een behandelprogramma dat zowel individueel als groepsgewijs inzetbaar is, voor kinderen van zowel de bovenbouw van het basisonderwijs als de onderbouw van het voortgezet onderwijs, en richt zich op zowel dyslexie als dyscalculie. Op deze manier is *Wegwijs* breed inzetbaar en daarmee aantrekkelijk voor gedragsdeskundigen om te gebruiken.

In het kader van de (door)ontwikkeling van de training is de conceptversie bij drie individuele kinderen uit de doelgroep uitgevoerd (één van basisschoolleeftijd en twee van middelbare schoolleeftijd; waarvan twee met dyslexie en één met dyscalculie). De kinderen en hun ouder(s) zijn op de hoogte gesteld van de status van de training en op meerdere momenten is hun feedback gevraagd. Op basis hiervan, en de ervaringen van de trainers (enkele van de auteurs), zijn onderstaande belangrijkste aanpassingen doorgevoerd om tot de huidige training te komen:

- In enkele sessies zijn onderdelen geschrapt om zodoende de belangrijkste onderdelen van de training voldoende aandacht te kunnen geven.
- Het evalueren van de doelen is teruggebracht naar drie momenten omdat het evalueren in iedere sessie te veel tijd kostte en te veel afleidde van de kern van de betreffende sessie.
- De metafoer is tot de basis teruggebracht omdat bleek dat de details voor zowel het kind als de ouder(s) onnodig ingewikkeld waren.
- Er is meer gevarieerd in werkvormen om zodoende de aandacht van de kinderen gedurende de gehele sessie beter vast te kunnen houden.