

5 Theoretisch deel

Uit welke theoretische achtergrond over socio-emotionele ontwikkeling, gedrags- en emotionele problemen en ontwikkelingsstoornissen kan ik putten om zorg te bieden aan leerlingen? Dit vind je terug in het Theoretisch deel, het vierde deel van het [Specifiek Diagnostisch Protocol gedrags- en/of emotionele problemen en vermoeden van een \(ontwikkelings\)stoornis](#). Lees dit bij voorkeur samen met [Brede \(preventieve\) basiszorg](#), [Verhoogde zorg](#) en [Uitbreiding van zorg](#) van dit protocol. De protocollen zijn een leidraad voor diagnostiek binnen de onderwijscontext gehanteerd door CLB-teams in samenwerking met scholen. Een Specifiek Diagnostisch Protocol is een concrete vertaling van de algemene handvatten in het [Algemeen Diagnostisch Protocol](#) (ADP). Individueel Aangepast Curriculum komt niet aan bod in dit specifiek diagnostisch protocol. Hiervoor verwijzen we naar [fase 3 in het ADP](#).

1. Inleiding

1.1 Kinderen en jongeren in ontwikkeling¹

Er zijn verschillende manieren om te kijken naar de (normale) ontwikkeling van opgroeiende kinderen en jongeren. Vooraanstaande figuren voor de psychologie als Freud, Piaget, Erikson of Kohlberg tekenden fasen of stadia uit van de seksuele, cognitieve, psychosociale of morele ontwikkeling. Vygotsky bracht de het begrip 'zone van de naaste ontwikkeling' aan. Het is deze zone tussen het actueel en het potentieel ontwikkelingsniveau waarin leerervaringen zich moeten bevinden, willen ze de ontwikkeling van kinderen en jongeren stimuleren en bevorderen. Bowlby wees met zijn hechtingstheorie op de mogelijk negatieve effecten van het langdurig ontbreken van een band tussen opvoeder en kind.

In de veelheid aan ontwikkelingspsychologische theorieën hebben modellen die vertrekken vanuit individuele kenmerken, zij het aangeboren of verworven, aan belang ingeboet ten opzichte van modellen waarin de omgeving die ontwikkeling (mee) bepaalt. De impact van sterk ecologische modellen² zoals ontwikkeld door Patterson³ of Bronfenbrenner werkt nog steeds door.

Volgens Bronfenbrenner is de context waarin een individu zich situeert gelaagd. Het eerste contextniveau of microsysteem is dat van het gezin waarin het kind opgroeit, ondersteund door de ruimere familie, de school, de buurt. Het tweede niveau of mesosysteem omvat de wederzijdse beïnvloeding tussen de verschillende microsystemen en impact van de gemeenschap waarin het gezin leeft met de sociale, culturele en gezondheidsvoorzieningen. Op het derde niveau of

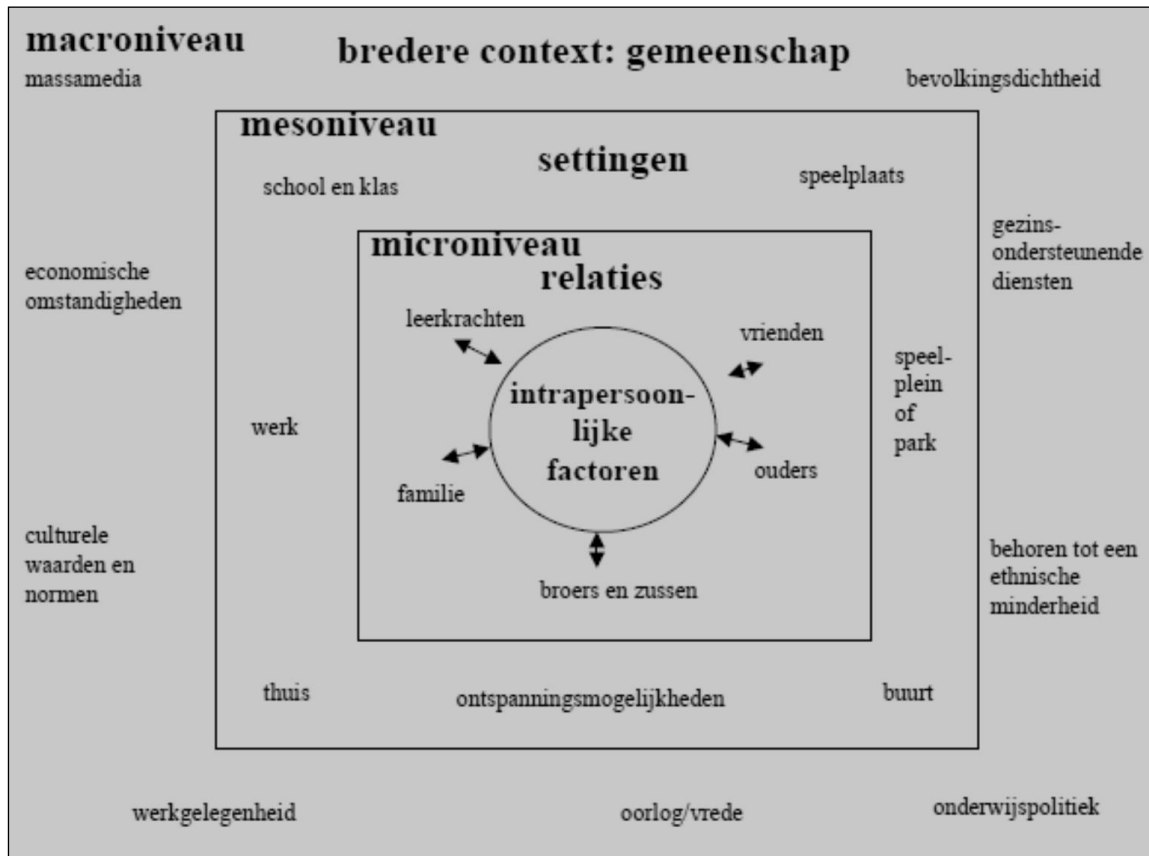
¹ Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008. Zie ook Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

² Zie Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003 en van der Ploeg J.D., Behandeling van gedragsproblemen, Lemniscaat, Rotterdam, 2005

³ Zie verder in Gedragsproblemen en gedragsstoornissen, Verschijningsvorm

macrosysteem situeren zich de ruimere maatschappelijke context en cultuur waartoe de gemeenschap behoort.

Het ecologisch model van Bronfenbrenner⁴



Momenteel gaan de meeste gedragswetenschappers uit van een interactiemodel waarbij zowel het kind als zijn omgeving het verloop van de ontwikkeling bepalen. Kind- en omgevingskenmerken staan in actieve wisselwerking met elkaar. De mate waarin kind en omgeving elkaar ook effectief veranderen verschilt.

Zo verklaart een 'goodness of fit'-model onaangepast gedrag vanuit een mismatch tussen kind en omgeving. Kindkenmerken en omgeving interageren met elkaar en produceren nieuw gedrag, maar deze interactie verandert noch de kindkenmerken noch de omgeving. Oude gedragspatronen blijven bestaan en kunnen opnieuw worden opgeroepen. Op die manier kan een fenomeen als 'regressie'⁵ geïdentificeerd worden. Daarbij keert het kind, bijvoorbeeld bij stress, terug naar een oud gedrag zelfs al heeft het, in interactie met de omgeving, wel nieuwe gedragspatronen geleerd.

Binnen handelingsgericht werken is transactioneel denken een uitgangspunt. Transactionele modellen zijn geïnspireerd op het levensloopperspectief in de

⁴ Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie in: Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

⁵ Zie Angstproblemen en angststoornissen, Definities en begrippen, Regressie

ontwikkelingspsychologie, de systeemtheorie⁶ en het ecologisch denken. Interactie zorgt voor voortdurende wederzijdse beïnvloeding van kind en omgeving. Zuivere kind- of omgevingskenmerken, los van elkaar, bestaan eigenlijk niet. Dit hoeft evenwel niet te betekenen dat alle factoren dezelfde positie hebben. Zo spreekt men binnen transactionele modellen van centrale 'kwetsbaarheidsfactoren'. Dit zijn (meestal) kindkenmerken die kunnen geactiveerd worden door omgevings- of stressfactoren. Niet elk kind is even vatbaar voor een bepaalde ontwikkelingscontext. De manier waarop het kind de verschillende factoren ervaart bepaalt mee de gevolgen.

Klinisch ontwikkelingspsychologisch onderzoek levert ook ontwikkelingstrajecten⁷ op van kinderen met een bepaalde risicofactor. Zo blijkt de aanwezigheid van angststoornissen bij kinderen vaak een voorloper te zijn van angststoornissen bij volwassenen. Een gevaar van het beschrijven van afwijkende ontwikkelingstrajecten is dat men ze als normatief gaat beschouwen en dat men ervan uitgaat dat deze trajecten de ontwikkeling van een individu bepalen. Het is echter niet de bedoeling een deterministische visie te formuleren. Overeenkomstig een transactionele benadering van ontwikkeling, zal de continue wisselwerking tussen risico- en beschermende factoren per individu verschillen. Jongeren die de eerste stap zetten, zullen niet noodzakelijk ook alle daaropvolgende stappen nemen. Daarom is het nodig meer aandacht te schenken aan beschermende factoren en aan de mogelijkheden om een ontwikkelingspad te verlaten of om te buigen. Het belang van de ontwikkelingstrajecten kan liggen in het benutten van deze kennis in behandel- en preventieprogramma's. Ontwikkelingsmodellen kunnen aantonen waarom, wanneer en hoe er geïntervenieerd kan worden.

1.2 Wat verstaan we onder 'gedrags- en/of emotionele problemen'⁸

Dit protocol beschrijft het zorgcontinuüm met inbegrip van handelingsgerichte diagnostiek voor kinderen en jongeren met gedrags- en/of emotionele problemen⁹. Dit zijn erg ruime begrippen die om enige afbakening en opdeling vragen. Het kan gaan om:

- lichte en tijdelijke problemen die een kind of jongere vertoont als reactie op een nieuwe situatie

⁶ Zie verder in Verschillende theoretische benaderingen

⁷ Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

⁸ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005

⁹ Dit omvat ook problemen binnen de psychosociale ontwikkeling die deel kunnen uitmaken van een ontwikkelingsstoornis, met name ASS en ADHD. Bij een ontwikkelingsstoornis zijn gedurende de hele levensloop één of meerdere ontwikkelingsdomeinen verstoord. Voor een bespreking van ontwikkelingsstoornissen op vlak van cognitie, taal en motoriek verwijzen we naar de andere Prodia-protocollen.

- gedragingen en/of emoties¹⁰ die slechts in bepaalde situatie of bij bepaalde personen voorkomen
- gedragingen en/of emoties die leeftijds- of fasegebonden zijn
- ernstige problemen omwille van het langdurig karakter en/of het samen voorkomen van verschillende problemen.

Het is onmogelijk om exacte criteria te formuleren voor wanneer gedrag 'problematisch' wordt. Gedragsproblemen zijn geen eenduidig waarneembare en objectief te identificeren entiteiten. Van der Ploeg¹¹ definieert ze als "een relatief concept dat aan de orde is als de op dat moment in een bepaalde omgeving heersende normen en geldende regels worden overschreden. De ernst van het probleemgedrag wordt verder bepaald aan de hand van de frequentie, de duur en de omvang alsmede door de mate waarin de betrokkene zichzelf en/of zijn omgeving psychische schade berokkent." Het zijn gedragingen van een welbepaald kind die op een bepaald moment in de tijd door welbepaalde personen uit de omgeving van het kind en in een welbepaalde socio-economische en culturele context storend, ongewenst of ongewoon worden genoemd.

Dit houdt in dat alvorens gedrag als 'problematisch' te benoemen, rekening gehouden moet worden met volgende elementen:

- **Ontwikkelingsperspectief¹²**

Kinderen zijn in volle ontwikkeling. Gedrag dat op een bepaalde leeftijd nog adequaat wordt genoemd, kan dat op een andere leeftijd niet meer zijn¹³.

- **Continuümgedachte**

Met uitzondering van vreemde of erg storende gedragingen (zoals automutilatie, stereotypieën en opvallende tics) verschilt het gedrag van kinderen met gedrags-, emotionele en/of ontwikkelingsproblemen kwalitatief meestal niet van het gedrag van kinderen met een gewoon ontwikkelingsverloop. Alle kinderen zijn bijvoorbeeld wel eens koppig, opstandig, agressief, angstig, verdrietig, onoplettend of druk. Gedragingen kunnen op een continuüm worden geplaatst naargelang onder meer hun ernst, intensiteit en chroniciteit. Dit betekent dat kinderen met gedragsproblemen deze gedragingen frequenter, intenser, langduriger en in verschillende situaties vertonen. Waar precies de grens tussen normaal en probleemgedrag dient te worden getrokken, is niet eenvoudig te bepalen en blijft ook voor deskundigen een moeilijke opgave.

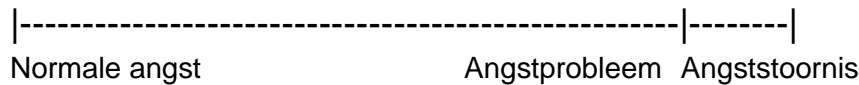
¹⁰ Emotie en gedrag zijn onderling verbonden. In dit protocol worden, waar zinvol, beiden afzonderlijk benoemd. Emotie staat voor een intens gevoel dat te maken heeft met een specifieke ervaring en zich uit in lichamelijke verschijnselen, gedrag en beleving.

¹¹ van der Ploeg J.D., Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's, Rotterdam, Lemniscaat, 1997

¹² Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

¹³ Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000

Bijvoorbeeld: Continuüm van angst



- **De context**¹⁴

Het gebruik van een term als ‘gedragsprobleem’ wekt ten onrechte de indruk dat uitsluitend of primair met het kind wat mis is, dat het probleem in het kind zit. Gedrag van kinderen mag evenwel niet los gezien worden van de situatie waarin het zich voordoet. Vaak worden de problemen uitgelokt en versterkt door de omgeving. Zo kan het zijn dat een ervaren leerkracht in een goed gestructureerde klassituatie geen problemen ervaart bij kinderen die thuis erg moeilijk zijn en bijvoorbeeld niet luisteren. Het pedagogisch klimaat en de wijze waarop situaties worden gehanteerd, zijn medebepalend voor de wijze waarop het kind zich zal gedragen. Bij de beoordeling van gedragsproblemen zal men moeten uitzoeken of deze zich in één of meerdere contexten voordoen. Het is ook zinvol om na te gaan met welke mogelijke ingrijpende levensgebeurtenissen het kind werd geconfronteerd. Hierbij denken we bijvoorbeeld het overlijden van een gezinslid, ...

- **De informant**¹⁵

Gedrag mag niet los worden gezien van de beoordelaar. Wie geeft aan dat het kind gedragsproblemen vertoont? Soms zullen ouders advies vragen en zeggen dat hun kind thuis zeer lastig en onhandelbaar is, terwijl deskundige observatie en onderzoek van het gedrag van het kind de indrukken van de ouders volledig tegenspreken. Dit kan onder meer verklaard worden door onvoldoende inzicht van de ouders in de ontwikkeling van kinderen. Het kan ook zijn dat deze ouders het zelf heel moeilijk hebben, het gedrag van hun kind niet aankunnen en het dan ook als problematisch percipiëren.

Om uit te drukken dat het gaat om een gestoord interactieproces dat bij het kind kan leiden tot gedragsproblemen en bij de opvoeders tot handelingsverlegenheid, lijkt het meer aangewezen om te spreken van ‘opvoedingsproblemen’ dan van ‘gedragsproblemen’. We menen evenwel dat de term ‘opvoedingsproblemen’ te breed is voor de scope van dit diagnostisch protocol en houden het bij ‘gedragsproblemen’. Ruim begrepen kunnen gedragsproblemen zowel externaliserend als internaliserend gedrag omvatten. Aangezien (naar binnen

¹⁴ Dit sluit aan bij het transactioneel uitgangspunt van handelingsgericht werken en kleurt mee de verschillende fasen van het handelingsgericht diagnostisch traject. Zie ook Uitbreiding van zorg, Onderzoeksfase.

¹⁵ Zie ook Uitbreiding van zorg, Onderzoeksfase.

gerichte) emotionele problemen vaker onder de radar blijven, kozen we er voor om ze afzonderlijk te vermelden in de titel van dit protocol.

1.3 De classificatie van gedrags- en emotionele problemen tot (ontwikkelings)stoornissen¹⁶

De verscheidenheid aan gedrags- en emotionele problemen noopt tot indeling of classificatie. Classificatie is hier het systematisch ordenen en groeperen van problemen op basis van gelijke eigenschappen en onderlinge relaties¹⁷. Bij het classificeren wil men een gemeenschappelijke taal ontwikkelen ter bevordering van de onderlinge communicatie tussen professionals. Een relevante vraag bij het classificeren van gedragsproblemen is bijvoorbeeld: verstaan we hetzelfde wanneer we spreken over aandachtsproblemen.

In een handelingsgericht diagnostisch traject komt classificatie aan bod als mogelijk antwoord op een onderkende hulpvraag. HGD valt niet samen met een onderkende, laat staan classificerende, diagnostiek maar wordt beschouwd als een besluitvormingsproces waarbij de diagnosticus problemen onderkent, analyseert, zoekt naar mogelijke verklaringen en van daaruit oplossingen adviseert¹⁸.

Dat neemt niet weg dat classificatie van een probleem deel kan uitmaken van een handelingsgericht diagnostisch traject. Daarbij is het zinvol om onderscheid te maken tussen een categoriale en een dimensionele benadering van classificatie.

- **Categoriale benadering**

Vanuit een categoriale benadering is afwijkend functioneren kwalitatief anders dan normaal functioneren. Afwijkend functioneren wordt benoemd als 'stoornis' en daarbij beschouwd als een onafhankelijke en duidelijk afgelijnde entiteit. Voor elke stoornis zijn diagnostische en differentiaaldiagnostische criteria vastgelegd. Een diagnose is een kwestie van 'alles' of 'niets': men heeft een stoornis of men heeft ze niet.

Stoorniscategorieën zijn bovendien inhoudelijk van elkaar onderscheiden en ze sluiten elkaar in principe wederzijds uit. Dit houdt in dat binnen deze benadering comorbiditeit problematisch is: wanneer er een te grote samenhang is tussen stoornissen onderling, kunnen problematieken moeilijk of zelfs niet eenduidig worden geassocieerd. Dit moet dan worden 'opgelost' door beter omschreven stoorniscategorieën.

¹⁶ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005; Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie en Grietens H., Assessment van psychopathologie. Categorisch of dimensioneel, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

¹⁷ van der Ploeg J.D., Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's, Rotterdam, Lemniscaat, 1997, blz. 39

¹⁸ Pameijer N. & Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen, Acco, Leuven, 2007, blz. 13

De criteria om van een stoornis te spreken, steunen op een aantal afspraken. Er zijn overeenkomsten tussen de criteria van de verschillende stoornissen¹⁹. Bij deze criteria is steeds sprake van:

- een patroon van een (minimum) aantal symptomen;
- die gedurende een zekere tijd aanwezig zijn, bijvoorbeeld 6 maanden;
- waarbij deze problemen vaker en/of intenser voorkomen dan kenmerkend is qua leeftijd en ontwikkelingsniveau;
- significante beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren;
- dat deze problemen in verschillende contexten aanwezig zijn of in een specifieke situatie zoals bij een fobie.

De categoriale benadering was sturend voor de ontwikkeling van twee van de bekendste classificatiesystemen: het Diagnostisch en Statistisch Handboek van Mentale Stoornissen (DSM) en de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD).

Een voordeel van een classificatiesysteem als de DSM (evenals ICD) is ontegensprekelijk dat het de communicatie tussen professionals onderling bevordert door stoorniscategorieën af te bakenen en criteria te omschrijven. Dat is meteen ook een centraal argument om, ondanks mogelijke vraagtekens bij een 'stoornisbril' binnen een HGD-traject, dit theoretisch deel op te bouwen op basis van stoorniscategorieën zoals omschreven in de DSM. Dit kan evenwel niet zonder ook enige kanttekeningen te maken bij het gebruik ervan:

- de gehanteerde stoorniscategorieën zijn gebaseerd op westerse concepten over ziek-zijn, afwijkend gedrag en psychopathologie waardoor de validiteit in andere culturen niet altijd duidelijk is. In andere culturen worden vaak andere concepten gehanteerd of wordt wat wij afwijkend gedrag noemen op een andere manier geduid;
- diagnoses zijn niet gebaseerd op een vaste set van noodzakelijke en voldoende kenmerken die alle leden van de categorie moeten delen met elkaar, maar de leden moeten voldoen aan een minimaal aantal criteria. De antisociale gedragsstoornis is hier een extreem voorbeeld van: er zijn vijftien symptomen van regelovertredend gedrag en elke combinatie van drie is voldoende voor de diagnose. In theorie kunnen vijf verschillende kinderen dus elk voor deze diagnose in aanmerking komen, maar geen enkel symptoom met elkaar delen. Verder wordt aan alle symptomen een gelijk gewicht toegekend en wordt veelal dezelfde cut-off gehanteerd ongeacht leeftijd en geslacht;
een gedragsmatige diagnose wordt steeds gesteld op symptoomniveau en is zuiver beschrijvend. Een classificatie of label op gedragsniveau houdt met andere woorden geen verklaring in, al wordt dit soms wel gesuggereerd door

¹⁹ Zie Hulpmiddel: Criteria van Rutter

een uitspraak als “deze jongen gedraagt zich asociaal omdat hij een antisociale stoornis heeft”.

DSM heeft een grote verspreiding en heeft impact op heel wat ontwikkelde diagnostische instrumenten. Voor dit protocol zien we het onder meer terugkomen in volgende vragenlijsten: CRS-R, ZVAH, AVZ-R, SCQ, VvGK, GvK, BDI-II, RCADS en SCARED-NL²⁰. Het van oorsprong dimensioneel classificatiesysteem ASEBA²¹ heeft naast de statistisch verkregen probleemclusters eveneens DSM-georiënteerde subschalen die een indicatie kunnen geven voor de aanwezigheid van bepaalde DSM-IV-stoorniscategorieën. De in 2013 verschenen DSM-5 en de geplande Nederlandse vertaling ervan in 2014 zal vermoedelijk op termijn ook aanpassingen betekenen voor een aantal van deze instrumenten.

- **Dimensionele benadering**

Een dimensionele benadering beschouwt afwijkend functioneren als gradueel verschillend van normaal functioneren. Problemen en stoornissen kennen gradaties van ernst, duur en frequentie. Dit betekent dat de diagnosticus ruime kennis dient te hebben van de normale ontwikkeling²². Een problematiek kan immers deel uitmaken van de normale ontwikkeling of het kan een kenmerk zijn van bijvoorbeeld een slecht verlopend losmakingsproces.

Stoornisdimensies zijn te onderscheiden van elkaar, maar sluiten elkaar niet noodzakelijk uit. Gedragssymptomen kunnen terug te vinden zijn bij meer dan één dimensie.

Prototype van een dimensionaal classificatiesysteem is het Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) met vragenlijsten voor ouders, verzorgers, leerkrachten en de jongere zelf²³. De diagnosticus kan de gegevens van deze verschillende informanten systematisch met elkaar te vergelijken.

Aan de hand van deze instrumenten wordt een kind of jongere telkens ingeschaald op de verschillende syndroomschalen. Er zijn acht syndroomschalen. Drie daarvan worden gegroepeerd tot ‘internaliserend probleemgedrag’, twee schalen vormen de schaal ‘externaliserend probleemgedrag’. Verder kan ook een totale probleemscore worden berekend.

Elk syndroom wordt beschouwd als een continuüm waarop een individu een relatieve plaats inneemt ten opzichte van andere individuen. Vanaf een bepaalde score spreekt men van ernstig afwijkende problemen of een stoornis. Binnen een dimensioneel systeem is zo duidelijker dan vanuit een categoriaal systeem te bepalen wanneer problemen stoornissen worden, dit wil zeggen zoveel afwijken

²⁰ Zie Diagnostisch materiaal

²¹ Zie verder, Dimensionele benadering

²² Zie eerder, Kinderen en jongeren in ontwikkeling

²³ Zie Diagnostisch materiaal: CBCL, C-TRF, TRF en YSR

van de gewone variatie dat verder onderzoek en eventueel ingrijpen aangewezen is.

Kanttekeningen bij het gebruik van de vragenlijsten is dat de antwoorden vertekend kunnen zijn door bijvoorbeeld de eigen problematiek van de informant en dat niet alle gedrags- en/of emotionele problemen in de vragenlijsten aan bod komen. Zo wordt gedrag binnen het autismespectrum niet bevraagd. De vragenlijsten worden veelvuldig gebruikt in wetenschappelijk onderzoek en toegepast in verschillende culturen. Niettemin doen de verschillen tussen culturen in voorkomen van probleemgedrag, gemeten met dezelfde vragenlijsten, de vraag rijzen naar de generaliseerbaarheid van de syndroomschalen²⁴.

Naast ASEBA gelden ook de Strength & Difficulties Questionnaires (SDQ) als breedbandsysteem voor algemene beeldvorming. Daarnaast zijn er meer specifieke diagnostische instrumenten zoals de SRS, VvGK, GvK, CDI en SCARED-NL²⁵ die helpen om dimensies als sociaal functioneren, aandacht, stemming of angst in kaart te brengen.

- **Mogelijke integratie van beide benaderingen?**

Of men nu classificeert vanuit een categoriaal of een dimensioneel model, telkens gaat het om een classificatie op gedragsniveau. Gedragingen of 'symptomen' worden gegroepeerd los van hun achterliggende oorzaken of hun betekenis in de maatschappij of cultuur waarin ze zich voordoen. Het zijn dus steeds beschrijvende en geen etiologische classificaties.

Zowel het meer dimensionele ASEBA als een categoriale benadering vanuit DSM of ICD is atheoretisch van opzet en steunt niet op een theorie over het ontstaan, verloop of behandelen van problemen en stoornissen. Dit betekent dat klinici en onderzoekers de systemen doorgaans probleemloos kunnen integreren in hun eigen betekenis-kaders.

Dat een dimensionele en categoriale benadering niet lijnrecht tegenover elkaar staan, blijkt ook uit de geleidelijke integratie van beide denkwijzen in de classificatiesystemen die in aanvang hoofdzakelijk hetzij categoriaal hetzij dimensioneel werden opgebouwd.

Zo is er in DSM groeiende aandacht voor het ontwikkelingsperspectief²⁶ en de eigen psychopathologie²⁷ bij kinderen en jongeren en beoogt de DSM-5 een meer

²⁴ Voor aandachtspunten in gebruik van het ASEBA-instrumentarium bij kansengroepen, zie ook <http://www.vclb-koepel.be/professionals/kansenbevordering3/faire-diagnostiek/toepassingen-van-faire-diagnostiek>

²⁵ Zie Diagnostisch materiaal

²⁶ Zie eerder, Kinderen en jongeren in ontwikkeling

²⁷ De aanduiding in de DSM-IV-TR 'Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' vervalt in DSM-5. In plaats daarvan worden een aantal stoornissen gegroepeerd onder de 'neuro-ontwikkelingsstoornissen' ('Neurodevelopmental Disorders'). Dit zijn stoornissen waarbij de symptomen aanvangen in de loop

dimensionele benadering. Overigens was binnen de DSM-IV de GAF-schaal voor een algehele beoordeling van het functioneren dimensioneel van aard. Anderzijds is het ASEBA-systeem ook niet absoluut dimensioneel. Zo kunnen de klinische grensscores categoriaal gebruikt worden en geven de DSM-georiënteerde subschalen een indicatie voor de aanwezigheid van bepaalde DSM-stoorniscategorieën.

DSM, ICD en ASEBA kunnen trouwens aanvullend aan elkaar gehanteerd worden. Een classificatie kan bijvoorbeeld dimensioneel starten met de ASEBA-vragenlijsten en bij aanwijzingen van een stoornis categoriaal verdergaan om de problematiek (categoriaal) te benoemen aan de hand van de DSM of ICD.

Voetnoot bij zowel een categoriale als dimensionele classificatie is dat deze steeds de suggestie wekt dat probleemgedrag statisch is. We kunnen niet genoeg benadrukken dat probleemgedrag een reeks van dynamische ontwikkelingsprocessen weerspiegelt. Uitspraken over een kind of jongere met probleemgedrag moet altijd gepositioneerd worden ten opzichte van eerdere en toekomstige vaststellingen over dit kind.

1.4 Verschillende verklaring modellen²⁸

Binnen de handelingsgerichte diagnostiek van gedrags- en emotionele problemen vraagt het antwoord op indicerende hulpvragen vaak om inzicht in de verklarende factoren. De visie van waaruit de diagnosticus een probleem benadert en het verklaringmodel dat hij hanteert, zal mee bepalen welke informatie hij zal willen verzamelen, welke onderzoeksinstrumenten hij hiervoor gebruikt én welke behandelingsdoelen en –technieken hij zal voorstellen.

Het diagnostisch traject zoals in dit protocol beschreven is op zich niet gebonden aan één specifieke discipline, theoretische visie of therapeutische benadering. Er zijn elementen in herkenbaar vanuit de leertheorie, het systeemdenken en de oplossingsgerichte therapie²⁹; zonder daartoe beperkt te zijn. Cruciaal is wel dat problemen en stoornissen bij kinderen en jongeren telkens worden verklaard vanuit een transactioneel samenspel tussen risico- en beschermende factoren in kind, gezin en omgeving.

van de (vroeg) ontwikkeling. Het gaat om verstandelijke beperkingen, communicatiestoornissen, ASS, ADHD, specifieke leerstoornis, motorische stoornissen en andere neuro-ontwikkelingsproblemen.

²⁸ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005; Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie en Grietens H., Assessment van psychopathologie. Categorisch of dimensioneel, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

²⁹ Het oplossingsgericht denken wordt hier niet verder uitgewerkt aangezien daarin het zoeken naar oplossingen (indicering) centraal staat, (ook) onafhankelijk van mogelijk verklarende diagnostiek.

Afhankelijk van de insteek van de diagnosticus en de aard van de problematiek ligt de klemtoon soms meer op biologische variabelen, soms meer op omgevingsvariabelen. Dit geeft ook het belang aan van een multidisciplinair diagnostisch team. Bij eenzelfde stoornis, bijvoorbeeld een kind met een depressie, kan de arts het verband leggen met disfuncties in de werking van de neurotransmitters, terwijl de klinisch psycholoog eerder denkt aan een verklaring door de gehechtheid van het kind. Deze verklaringen zijn niet elkaars concurrenten, maar vertegenwoordigen verschillende analyseniveaus en kunnen complementair zijn. Samenhangend met de problematiek (en de evoluties in de verschillende wetenschappen) kan een analyseniveau meer of minder gewicht krijgen. Er is evenwel steeds aandacht voor zowel kind- als omgevingsfactoren (multidimensionaliteit) als de wederzijdse invloed tussen kind en omgeving (bidirectionaliteit). Voor de indicatiestelling is het van belang de factoren te typeren volgens veranderbaarheid.

Hieronder gaan we in op verklaringmodellen voor gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren vanuit de verschillende psychotherapeutische visies en de orthopedagogiek³⁰. Zonder het multicausale karakter van problemen te loochenen, wordt telkens één set van factoren naar voren geschoven en beklemtoond als relevant voor het ontstaan van de problematiek. Overigens hanteren de meeste diagnostici en hulpverleners, wat hun basisopleiding ook moge zijn, een verklaringmodel dat verwijst naar verschillende visies tegelijk. Inleidend komen biologische modellen aan bod met de evolutie naar een biopsychosociaal model.

Met dit overzicht willen we allerm minst aansturen op het beperken van de begeleiding en/of behandeling van kinderen en jongeren met gedrags- en/of emotionele problemen binnen een therapeutische setting. De bedoeling van deze bespreking is in de eerste plaats om de theoretische achtergrond aan te geven van een aantal begrippen, diagnostische instrumenten en interventietechnieken die elders in dit protocol aan bod komen. De verschillende visies doordringen immers meer dan we er ons doorgaans van bewust zijn in de dagelijkse CLB- en onderwijspraktijk. Zo geeft de integratie van bijvoorbeeld cognitief gedragstherapeutische principes in een handelingsplan³¹ aan dat heel wat van de gedragswetenschappelijke ideeën toepasbaar zijn in de dagelijkse onderwijspraktijk

³⁰ De orthopedagogiek is een specialisatie van de pedagogiek en kan als discipline geplaatst worden naast de ontwikkelingspsychologie, de klinische kinder- en jeugdpsychologie en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit houdt in dat ze verschillende van de psychotherapeutische modellen kan hanteren.

Hier focussen we op het begrippenkader van de orthopedagogiek bij het verklaren van gedragsproblemen.

³¹ Zie bijvoorbeeld Uitbreiding van zorg, Handelen en evalueren, Stemningsproblemen en depressieve stoornissen.

- **Biologische verklaring modellen**

Uitgangspunt van een biologisch model is dat gedrag gestuurd wordt door biologische processen. Wanneer er in deze processen iets misloopt, kunnen er problemen ontstaan. Hierbij zijn nog verschillende niveaus te onderscheiden:

- in de gedragsgenetica wordt gezocht naar de mogelijke erfelijkheid van problemen en de genen die daarbij een rol zouden kunnen spelen;
- in de neuroanatomie probeert men hersenstructuren te linken aan gedragingen en zo uit te zoeken welke disfuncties in de structuren kunnen leiden tot welke problemen in gedrag. Een voorbeeld daarvan is de link tussen verstoringen in het limbisch systeem en agressie;
- vanuit een neurofysiologische en neurochemische invalshoek richt men zich op de relatie tussen het gedrag en fysiologische en chemische processen in de hersenen. Zo verricht men onderzoek naar de relatie tussen het stresshormoon cortisol en agressief gedrag.

Diagnostiek vanuit deze benadering richt zich op de biologische determinanten van gedragsproblemen. De diagnosticus onderzoekt of het kind tekenen vertoont die kunnen wijzen op neurologisch disfunctioneren (bijvoorbeeld door het bestuderen van de voorgeschiedenis, kinderneurologisch onderzoek), op bewustzijnsstoornissen (bijvoorbeeld via observatie tijdens het uitvoeren van opdrachten, gedragsbeschrijving op een neurologische schaal) of op bepaalde aangeboren misvormingen (onderzoek van dysmorphe kenmerken). Een behandeling die in het verlengde kan liggen van deze benadering is farmacotherapie.

Deze biologische invalshoeken nemen momenteel een erg belangrijke plaats in het zoeken naar verklaringen van gedrags- en/of emotionele problemen en (ontwikkelings)stoornissen. Rekening houdend met de verwachte ontwikkelingen van de genetica en 'neurowetenschappen' lijkt deze opmars voorlopig niet te stoppen. Daarbij worden biologische benaderingen nadrukkelijker gelinkt aan andere niveaus van kijken naar menselijk functioneren binnen een biopsychosociaal-model. Dit is bij uitstek het geval in door de Wereldgezondheidsorganisatie opgestelde International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Dit schema geeft aan op welke 'niveaus van kijken' processen en mechanismen verantwoordelijk voor de oorsprong, toename, afname of instandhouding van probleemgedrag kunnen worden gezocht. Deze niveaus worden geplaatst naast de componenten van ICF waar ze het meest bij aansluiten.

Belangrijk bij het hanteren van de niveaus of van de componenten is dat ze onderling sterk verbonden zijn en de causaliteit in twee richtingen verloopt. Het gedrag van een kind verandert zijn ervaring, waardoor de hersenontwikkeling en de reactie van de sociale omgeving op het kind kan veranderen, wat op zijn beurt

dan weer de ontwikkeling beïnvloedt. In het ICF-schema³² wordt dit duidelijk gemaakt met dubbele pijlen tussen de verschillende componenten.

Niveaus van kijken naar functioneren	Componenten van functioneren in ICF
Biologisch Genetisch Bijvoorbeeld fragiele X Neuroanatomisch Bijvoorbeeld niet aangeboren hersenletsel, MS Neurofysiologisch/neurochemisch Bijvoorbeeld disfunctioneren neurotransmitters, epilepsie	Anatomische eigenschappen Bijvoorbeeld eigenschappen van het zenuwstelsel, eigenschappen van het spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
Psychologisch	Functies Bijvoorbeeld temperament en persoonlijkheid (onder algemene mentale functies), executieve functies (onder specifieke mentale functies)
Waarneembaar gedrag binnen een context	Activiteiten en participatie Bijvoorbeeld problemen met het aangaan van relaties Externe factoren Bijvoorbeeld fysieke en emotionele ondersteuning door naaste familie, vrienden, ...

- **(Cognitief-)behavioristische benadering**

Volgens de leertheorie worden gedragingen aangeleerd via leerprincipes zoals klassieke en operante conditionering en modellering. Bij klassieke conditionering wordt gedrag geleerd doordat een neutrale prikkel meestal samengaat met een prikkel die een bepaalde aangeboren reflex oproept. Na enige tijd kan men met die neutrale prikkel dezelfde reflex oproepen³³. Bij operante conditionering wordt gedrag geleerd doordat het al of niet door de omgeving wordt bekrachtigd. Gedrag dat direct wordt bekrachtigd, neemt toe en dit gedrag wordt op die manier dus aangeleerd. Gedrag dat niet wordt bekrachtigd, neemt af en leert men niet aan³⁴. Bij modellering wordt gedrag geleerd aan de hand van het observeren van model- of voorbeeldgedrag.

Gedragsproblemen kunnen ontstaan wanneer een kind te weinig leerervaringen kan opdoen (bijvoorbeeld een kind krijgt onvoldoende sociaal gedrag te zien, sociaal gedrag bij het kind wordt niet bekrachtigd) of het kind verkeerde leerervaringen heeft (bijvoorbeeld als het kind reageert met een woedebui, krijgt het steeds zijn zin). Dit laatste is een centraal element in de theorie van Patterson

³² Zie Bijlage 10: Voorbeeld ICF-schema voor gedrags- en emotionele problemen

³³ Denk hierbij aan de experimenten met 'de hond van Pavlov'.

³⁴ Denk hierbij aan de experimenten met een duif of rat in de 'Skinner-box'.

over het ontstaan van agressie en een coërcief/dwingend gedragspatroon bij kinderen³⁵.

Dit strikt behavioristisch model wordt aangevuld met cognitief georiënteerde verklaringmodellen, waarin meer nadruk gelegd wordt op tussenliggende interne processen, op wat het kind denkt en voelt. Wanneer een kind van zichzelf denkt dat het slecht zal presteren op school, zal mislukken en boze reacties van de omgeving mag verwachten, zal dat zijn gedrag beïnvloeden en misschien leiden tot faalangst. Van agressieve kinderen is bekend dat hun gedrag door vertekende cognities wordt geleid. Ze zullen bijvoorbeeld snel aan andere kinderen vijandige intenties toekennen en vanuit deze gedachte agressief gedrag stellen.

Diagnostiek vanuit een cognitief-behavioristische benadering richt zich op het zo nauwkeurig mogelijk in kaart brengen van de gedragsproblemen en van de omgeving waarin deze zich voordoen. Er wordt groot belang gehecht aan de analyse van de antecedenten, gevolgen, functies en betekenissen van de gedragsproblemen. Daarom zal vaak gebruikgemaakt worden van observatielijsten en directe observatie in de natuurlijke omgeving van het kind. Overigens is bij deze diagnostische instrumenten de link met mogelijk handelen vaak vlot te maken, waardoor ze handvatten leveren voor het handelen binnen de onderwijscontext.

Binnen de hulpverlening aan kinderen met emotionele en/of gedragsproblemen is de cognitieve gedragstherapie momenteel toonaangevend, ook gesteund door wetenschappelijk aangetoonde effecten

Aanvankelijk werkten gedragstherapeuten sterk kindgericht in residentiële settings, later ontstond de mediatietherapie waarbij ouders of andere opvoeders de gedragstherapeutische procedures konden toepassen in de natuurlijke omgeving van het kind. Gedragstherapeutische oudertrainingsprogramma's leggen de nadruk op ouderlijke vaardigheden zoals belonen van gewenst gedrag, grenzen stellen, monitoring en problem-solving. Geleidelijk aan gingen systeem/gezins- en (cognitieve) gedragstherapie elkaar beïnvloeden wat leidde tot multimodale gedragstherapieën.

- **Systeemtheoretische benadering**

Systeemtheoretische benaderingen verklaren gedragsproblemen (mede) vanuit de context rond het kind. Zo kunnen disfuncties op het niveau van het gezinssysteem (partnerconflicten, gebrek aan grenzen, ...) tot uiting komen in het gedrag van kinderen in de vorm van bijvoorbeeld druk, agressief, angstig of teruggetrokken gedrag. Mogelijk speelt het kind dat het probleem vertoont binnen het gezin de rol van 'bliksemafleider' of 'zondebok'. Pathologische-disfunctionele gezinsrelaties worden soms getypeerd als 'los-zandgezinnen' of 'kluwengezinnen' waarbij de relaties tussen gezinsleden onderling gekenmerkt zijn door hetzij 'te veel' hetzij 'te weinig' samenhang.

³⁵ Zie ook Gedragsproblemen en gedragsstoornissen, Verschijningsvorm

De systeem- of gezinstherapie kent verschillende stromingen met pioniers als Boszormenyi-Nagy, Haley, Minuchin en Satir.

Volgende kenmerken zijn evenwel gemeenschappelijk:

- het gezin staat centraal;
- interventie is gericht op het wijzigen van interacties tussen de gezinsleden;
- elke gezinslid wordt als cliënt gezien;
- in de loop van therapie moet er iets met het hele gezin gebeuren;
- het hier-en-nu staat centraler dan het verleden.

Diagnostisch gaat de aandacht uit naar het gezin waarin een kind opgroeit. De diagnosticus houdt diepgaande gesprekken met het hele gezin en tracht zo zicht te krijgen op de gezinsstructuur, de gezinsinteracties, het probleemoplossend vermogen van het gezin en de wijze waarop de gezinsleden met elkaar communiceren. De informatie uit de gesprekken kan worden aangevuld met informatie uit vragenlijsten zoals de Gezinsklimaatschaal³⁶ die het gezinsfunctioneren vastlegt zoals het wordt waargenomen door de betrokkenen. Vanuit deze benadering verloopt de overgang van het diagnostische naar de interventie vloeiend. Reeds vanaf het eerste contact wordt verandering in het gezin beoogd.

Critici geven aan dat er binnen de (zuivere) gezinstherapie te weinig aandacht is voor het individuele kind. Bovendien lijken gezinstherapeuten ertoe geneigd om gedragsproblemen van het kind te herdefiniëren als partnerrelatieproblemen waardoor ze mogelijk andere belangrijke oorzaken van probleemgedrag uit het oog verliezen. Niettemin is de invloed van deze benadering erg groot en zijn vrijwel alle behandelingsmodellen de laatste decennia meer aandacht gaan besteden aan het gezin bij de behandeling van kinderen met gedragsproblemen.

- **Psychodynamische modellen**

Vanuit een psychodynamische perspectief ontleent gedrag zijn betekenis aan intrapsychische dynamieken die terug gaan op onbewuste intrapsychische conflicten uit de eerste levensjaren. Deze conflicten kunnen voortkomen uit spanningen in de relatie met vader, moeder of een andere belangrijke hechtingsfiguur tijdens de vroege kindertijd. De wortels van dit model gaan terug op het werk van Freud die de genese van de infantiele seksualiteit beschrijft als een gefaseerd proces met bijhorende conflicten. Het bekendste daarvan is ongetwijfeld het Oedipusconflict. Niet opgeloste conflicten kunnen aanleiding geven tot allerlei gedragsproblemen. Om de gedragsproblemen aan te pakken tracht de diagnosticus-therapeut inzicht te verkrijgen in het intrapsychisch functioneren van het kind. Dit kan bijvoorbeeld via gesprekken met de ouder(s) en het kind, diepgaande spelobservatie, projectieve technieken of kindtekeningen die worden geïnterpreteerd vanuit de psychodynamische theorie. De behandeling bestaat er dan in om het kind te helpen de intrapsychische conflicten uit het verleden op te lossen door middel van spel- en gespreksanalytische technieken.

³⁶ Zie Diagnostisch materiaal

Deze benadering van gedrags- en emotionele problemen heeft veel aan gezag ingeboet. De therapie is intensief en langdurig. Er wordt weinig rekening gehouden met het veranderen van omgevingsfactoren en de empirische ondersteuning van de effecten is beperkt. Anderzijds blijven termen zoals 'orale fase', 'verdringing' of 'regressie' in het taalgebruik van heel wat gedragswetenschappers doorleven.

- **Orthopedagogische benadering**

Binnen de orthopedagogiek worden gedragsproblemen beschouwd als betekenisvolle gedragingen die uitdrukken dat het pedagogisch aanbod niet geheel aansluit bij de behoeften en pedagogische vraagstelling van de betrokken kinderen. Wanneer opvoeders er niet in slagen te identificeren wat hun kind aan steun, structuur, affectie en sociale begeleiding nodig heeft en hierop geen antwoord kunnen geven dat passend is voor het kind en hun eigen context, kunnen gedragsproblemen ontstaan, escaleren of in stand worden gehouden. Binnen de schoolcontext betekent dit bijvoorbeeld dat kinderen gedragsproblemen kunnen ontwikkelen wanneer ze overvraagd worden door ouders of leerkrachten, de prestatiedruk voor hen te groot is of wanneer ze een opleiding moeten volgen die hen niet ligt.

Orthopedagogische diagnostiek beoogt het pedagogisch proces in kaart te brengen met de opvoedingsnoden van het kind en het pedagogisch handelen van de ouders. Door middel van gesprekken met de ouders gaat de diagnosticus de opvoedingsgeschiedenis van het kind na. Hij vraagt na in welke omstandigheden het kind optimaal functioneert en laat een filmisch verslag doen van situaties waarin het misloopt en goed gaat. Ook het opvoedingsverleden van de ouders, het gezinsklimaat en de woon- en leefomstandigheden van het gezin komen aan bod. Tijdens de gesprekken, die in principe met het hele gezin worden gevoerd, worden de pedagogische interacties zorgvuldig geobserveerd. De gesprekken met de ouders kunnen worden aangevuld met informatie uit vragenlijsten en met informatie van observaties in het gezin of in de school. De pedagogische spelobservatie richt zich anders dan vanuit een psychodynamische benadering niet op het intrapsychisch leven van het kind, maar op de wijze waarop het kind reageert op de verschillende vormen van het pedagogisch handelen die de spelleider uitprobeert.

In aansluiting bij de persoonlijkheid van de ouders en het gezinsfunctioneren wordt gezocht naar een pedagogische aanpak die optimaal aansluit bij de opvoedingsvraag van het kind. Centraal staat de pedagogische situatiehantering. Ouders wordt niet louter verbaal uitgelegd hoe ze de situatie kunnen leren hanteren, de hulpverlener demonstreert het ook en probeert het samen met hen uit. Verder wordt de ouders inzicht gegeven in de betekenis van het probleemgedrag van het kind dat wordt geherformuleerd in termen van een pedagogische vraagstelling.

1.5 Belang van beschermende factoren en veerkracht³⁷

Problemen en stoornissen bij kinderen en jongeren ontstaan vanuit een transactioneel samenspel tussen risico- en beschermende factoren. Bij het zoeken naar verklaringen worden de beschermende factoren in kind, gezin en omgeving nog vaak onderbelicht. Nochtans zijn ze binnen de handelingsgerichte diagnostiek cruciaal om het handelen op te laten aangrijpen.

Een beschermende factor, is een factor die in een risicovolle situatie de negatieve invloed van de risicofactoren op de ontwikkeling geheel of gedeeltelijk teniet doet. Wanneer bepaalde factoren een kind beschermen of weerbaarder maken, kunnen we stellen dat het kind veerkracht heeft. Dit betekent dat het kind op een constructieve manier kan omgaan met een problematische situatie of gebeurtenis.

Beschermende factoren zijn niet absoluut. Wat bij het ene kind een risicofactor is, kan bij het andere kind een beschermende factor zijn. Daarbij zijn beschermende factoren enkel te observeren in aanwezigheid van een risicofactor. Het gaat ook hier om een transactioneel proces waarbij de beschermende factoren een positieve invloed uitoefenen.

Mogelijke factoren die de veerkracht van een individu kunnen versterken zijn: adequaat ouderschap, contacten met andere sociaal competente volwassenen, intelligentie, talenten hebben en prestaties leveren die door anderen gewaardeerd worden, aantrekkelijk zijn, goede probleemplosser zijn, financiële zekerheid en een hogere SES, positieve schoolervaring, spiritualiteit en religie en zelfwaardering met besef van controle ('self-efficacy').

Met name effectief ouderschap, steun vanuit het sociaal netwerk en het gevoel van self-efficacy of competentie zijn diagnostisch gezien interessant omwille van hun beïnvloedbaarheid door eventuele interventies.

1.6 Gedrags- en emotionele problemen en (ontwikkelings)stoornissen binnen dit protocol

In het vervolg van dit protocol komen vijf onderscheiden problematieken aan bod:

- aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD;
- problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS;
- gedragsproblemen en gedragsstoornissen;
- stemmingsproblemen en depressieve stoornissen;
- angstproblemen en angststoornissen.

Vanuit een ontwikkelingsperspectief gaan we voor de gedrags- en/of emotionele problemen telkens in op het continuüm van normaal³⁸ tot mogelijk problematisch

³⁷ Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie in: Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 42-44

gedrag. Voor de ontwikkelingsstoornissen ADHD en ASS wordt tevens het ontwikkelingstraject van kinderen en jongeren met een gediagnosticeerde stoornis geschetst. Daarna komen de criteria van stoornisclassificatie aan bod, evenals prevalentie, elementen van comorbiditeit en differentiaaldiagnose, mogelijke verklaringsmodellen, beschermende factoren en prognose en verloop.

Stemmings- en angstproblemen worden benoemd als emotionele problemen die te onderscheiden zijn van de (externaliserende) gedragsproblemen. Daarnaast maken we onderscheid tussen gedrags- en emotionele stoornissen en de ontwikkelingsstoornissen ASS en ADHD³⁹. Bij een ontwikkelingsstoornis zijn gedurende de hele levensloop één of meerdere ontwikkelingsdomeinen verstoord. Gedragsproblemen zijn niet inherent aan ontwikkelingsstoornissen, maar vaak vertonen kinderen met een ontwikkelingsstoornis wel (lichte) gedragsproblemen of gedragsstoornissen.

Bij de keuze van ASS, ADHD, ODD, CD, depressie en angststoornis als stoorniscategorieën speelde naast de relevantie voor onderwijs- en CLB-praktijk de prevalentie een rol.

- **Prevalentie**⁴⁰

Voor ernstige gedragsproblemen bij kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar wordt de prevalentie meestal (conservatief) ingeschat rond 10%. Voor specifieke stoornissen lopen de cijfers meer uiteen.

Bij het interpreteren van prevalentiecijfers is het van belang rekening te houden met mogelijke schommelingen tussen verschillende prevalentiestudies afhankelijk van:

- de invulling van de term 'gedragsproblemen': enkel ernstige of ook lichtere;
- de wijze waarop problemen worden gemeten, bijvoorbeeld gedragsvragenlijsten of klinische interview;
- de wijze waarop problemen worden beoordeeld, bijvoorbeeld volgens de criteria opgenomen in DSM;
- de betrokken informanten: ouders, kinderen, leerkrachten of klinici.
- soort prevalentie: drie, zes of twaalf maanden prevalentie (in de voorbije x maanden hadden x % kinderen tot x leeftijd een stoornis), levensloopprevalentie

³⁸ Passend bij de ontwikkelingstaken

³⁹ Dit sluit aan bij de indeling in de DSM-5 waarbij ADHD en ASS samen met verstandelijke beperkingen, specifieke leerstoornis, communicatiestoornissen en motorische stoornissen benoemd worden als 'neuro-ontwikkelingsstoornissen'. Het zijn stoornissen waarbij de symptomen aanvangen in de loop van de (vroege) ontwikkeling.

⁴⁰ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005, blz. 32-35

Prevalentieonderzoek maakt duidelijk dat ernstige gedragsproblemen vaker voorkomen dan men zou verwachten (10%) op basis van de mensen die hulp zoeken (2%).

De prevalentie van ernstige gedragsproblemen is doorgaans hoger bij jongens dan bij meisjes. De verhouding wordt geschat op 2:1. Jongens vertonen over het algemeen meer externaliserend probleemgedrag dan meisjes. Bij meisjes wordt meer internaliserend probleemgedrag gerapporteerd. In sommige prevalentiestudies werden evenwel geen of slechts zeer kleine geslachtsverschillen gevonden. Zeker tot de leeftijd van 3 jaar zouden de verschillen verwaarloosbaar zijn. Bovendien wil dit niet zeggen dat bij jongens uitsluitend externaliserend gedrag voorkomt en bij meisjes enkel internaliserend gedrag.

Leeftijdverschillen hebben niet zozeer betrekking op de prevalentie, maar wel op de aard van de gedragsproblemen. Met het ouder worden neemt de prevalentie af van sommige externaliserende problemen, zoals woedebuien of ongehoorzaamheid. Dit geldt ook voor de prevalentie van sommige infantiele gedragingen die typisch zijn voor bepaalde ontwikkelingsfasen zoals bedplassen, koppigheid of openlijke masturbatie. Andere problemen nemen dan weer toe met het ouder worden, met name psychosomatische klachten zoals hoofdpijn of buikpijn worden vaker bij oudere dan bij jongere kinderen gerapporteerd.

Doorgaans is de prevalentie van probleemgedrag hoger bij kinderen uit zwakkere sociale milieus. Deze kinderen hebben een verhoogde kwetsbaarheid, vooral wanneer ze te kampen hebben met een veelheid van negatieve invloeden. Gedragsproblemen van kinderen zijn vrij stabiel. Ze blijven aanwezig en nemen vaak in frequentie en intensiteit toe wanneer niet tijdig wordt ingegrepen. Over het algemeen kan men stellen dat meer dan de helft van de kinderen met gedragsproblemen gedurende meerdere jaren problemen heeft. Kinderen die van jongs af aan probleemgedrag vertonen, hebben een minder gunstige prognose dan kinderen die pas op latere leeftijd probleemgedrag vertonen.

2. Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD

2.1 Verschijningsvorm^{41 42 43}

Onstuimig, energiek, rusteloos, impulsief of verstrooid gedrag komt vaak voor bij kinderen en jongeren. Dit wordt als 'normaal' gedrag beschouwd wanneer het aansluit bij het ontwikkelingsniveau van het kind.

Het zijn de frequentie en intensiteit van de overbeweeglijkheid, gebrekkige zelfcontrole en aandachtstekort die het gedrag problematisch maken. Het gedrag kan leiden tot disfunctioneren op allerlei domeinen, zeker indien het moeilijk te corrigeren is door bijsturing. Wanneer, zowel in de school- als thuissituatie, volwassenen steeds opnieuw vastlopen in de aansturing van het kind en het gedrag de gewone fluctuaties overstijgt, kan er sprake zijn van ADHD.

Samen met aspecten uit de normale sociaal-emotionele ontwikkeling beschrijven we hieronder hoe ADHD tot uiting kan komen bij kinderen en jongeren⁴⁴.

2.1.1 De peuter- en kleutertijd

Een peuter/kleuter groeit in zelfstandigheid en creëert afstand; fysiek en psychologisch. Hij leert omgaan met regels zoals leren speelgoed opruimen, afblijven van het speelgoed van andere kinderen, niet slaan ... Hij traint zijn onafhankelijkheid door soms ongehoorzaam te worden, te reageren met verzet of zich opstandig te gedragen, terwijl hij zich wel op zijn hechtingsfiguur blijft oriënteren als op een veilige haven. De kleuter staat voor de uitdaging om relaties buiten het gezin aan te gaan en zijn wereld te verruimen. Relaties met leeftijdsgenootjes worden belangrijk en voegen iets nieuws toe aan zijn ontwikkeling. De positieve interacties getuigen van wederzijdse aandacht en instemming, bereidheid tot samenwerking, het respect voor eigendom, een constructieve houding en aanpassingsvermogen.

Er bestaan verschillende meningen⁴⁵ over het feit of ADHD op kleuterleeftijd gediagnosticeerd kan worden. Er zijn geen leeftijdsspecifieke criteria voor een diagnose. We zien veel zogezegd 'typisch' ADHD-gedrag bij een groot aantal 'normale' kleuters gedurende hun ontwikkeling, zonder dat ze een blijvend patroon

⁴¹ Trimbos-instituut, Kenniscentrum; Van de Veire H. e.a., De Leidraad, 2002; Van Dyck L. & Walgraeve T., ADHD-monitor, 2009; Danckaerts M., Leerlingen met ADHD in het secundair onderwijs, in: Ghesquière P. & Grietens H., Jongeren met leer- of gedragsproblemen, 2006

⁴² Van der Ploeg J. & Scholte E., ADHD-kinderen in ontwikkeling, diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg, De Graaff Utrecht 2001; Van de Veire H. e.a., De Leidraad, 2002 en Barkley R.A., Diagnose ADHD, 2001

⁴³ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁴⁴ Van der Ploeg J. & Scholte E., ADHD-kinderen in ontwikkeling, diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg, De Graaff Utrecht 2001; Van de Veire H. e.a., De Leidraad, 2002 en Barkley R.A., Diagnose ADHD, 2001

⁴⁵ Tremmery B., ADHD en kleuters: zijn vroegdiagnostiek en behandeling op jonge leeftijd mogelijk?, Signaal, okt-nov-dec., 2009

vormen. De ouders van deze kleuters/peuters zeggen dat hun kind vaak rusteloos is, altijd in de weer, vaak ergens in- of opklimt, dat het roept en conversaties onderbreekt. Dat het blijft doorzeuren als het iets wil, het veel aandacht vraagt en dat zijn nieuwsgierigheid naar zijn omgeving niet te verzadigen is. Hun kind gedraagt zich dikwijls opdringerig en verstoort het spel van andere kinderen. Het volgt instructies niet op en lijkt regelon gevoelig. Deze kinderen vormen dikwijls een uitdaging voor de opvoedkundige vaardigheden van de ouders en kleuteronderwijzers.

Kinderen met ADHD onderscheiden zich van 'gewoon' drukke kinderen door de impact van hun gedrag op het eigen functioneren en het functioneren in hun gezin, met leeftijdsgenootjes en op school. Ook zonder dat er een diagnose gesteld wordt kan het belangrijk zijn om tijdig (opvoedings)ondersteuning aan ouders en leerkrachten te bieden.

2.1.2 De lagere schooltijd

In de lagere schooltijd⁴⁶ wordt contact met leeftijdsgenoten belangrijker. Delen, elkaar helpen en ander sociaal gedrag nemen toe. Omgang met leeftijdsgenoten gaat de gedrags- en emotionele ontwikkeling mee bepalen. Wie verworpen wordt, om welke reden dan ook, loopt een ernstig ontwikkelingsrisico. De kansen om sociaal competent gedrag te leren nemen af. Het impulsief gedrag zoals het zich niet houden aan afspraken, niet-passende opmerkingen maken, ... geeft zowel thuis als op school aanleiding tot conflicten. De vele negatieve ervaringen hebben uiteraard ook hun weerslag op de ontwikkeling van de sociale vaardigheden en het zelfbeeld. Sommige kinderen hebben juist een onrealistisch positief beeld van zichzelf. Bij een conflict geven ze, vanwege hun beperkt zelfbewustzijn, anderen de schuld en zien hun eigen aandeel onvoldoende in.

Op school worden hogere eisen gesteld aan de cognitieve vaardigheden, in het bijzonder deze die beroep doen op de executieve functies: stilzitten, luisteren, zich concentreren, instructies opvolgen, taken afmaken, schoolwerk organiseren, ... Het zijn precies die vaardigheden waarmee kinderen met ADHD het extra moeilijk hebben.

In deze leeftijdsfase kan het duidelijk worden wanneer informatie onvoldoende wordt opgenomen en verwerkt. De kans op het ontwikkelen van leerproblemen is bijgevolg groot.

2.1.3 De adolescentie

Doorheen de adolescentie groeit de jongere naar het niveau van een volwassene op vlak van communicatie, mobiliteit, sociale vaardigheden en zelfstandigheid. Hij leert lange termijndoelen stellen én maakt plannen om ze te bereiken, schakelt over naar

⁴⁶ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

kranten en tijdschriften voor volwassenen, zorgt voor zijn eigen gezondheid, verricht op eigen initiatief eenvoudige huishoudelijke herstellingen, beheert eigen geld, maakt afspraken, ...⁴⁷.

De jongere streeft ernaar om meer op zichzelf en minder op zijn ouders te steunen bij het nemen van beslissingen. De groep van leeftijdsgenoten neemt verder in belang toe. Tussen dertien en zeventien jaar wordt de jongere onafhankelijker van het gezin en gaat intieme relaties aan. In de late adolescentie volgen keuzes in verband met doel en zin van het leven en gaat hij langdurige affectieve relaties aan.

Ondanks de groter wordende autonomie blijven volwassenen overigens vitaal in de ontwikkeling van de jongere tot een autonoom, verantwoordelijk individu. Aangezien het voor jongeren nog heel lang moeilijk is om prioriteiten te stellen, risico's in te schatten en beslissingen te nemen, lijkt het aangewezen dat ouders en leerkrachten af en toe blijven grenzen stellen en deze handhaven. Ook consistente monitoring van de dagelijkse activiteiten van de jongere, in een coöperatieve relatie waarbinnen de jongere op spontane wijze informatie geeft aan ouders of leerkrachten, draagt bij tot een positieve ontwikkeling.

In deze periode wordt de jongere geconfronteerd met een minder gestructureerde en meer veeleisend omgeving. Ook van jongeren met ADHD wordt verwacht dat ze vanaf het secundair onderwijs progressief zelfstandig en zelfsturend zullen kunnen werken. Bij de overgang naar het secundair onderwijs groeit dus bij hen vaak opnieuw frustratie over het onvermogen en moet een tweede 'acceptatieproces' worden doorgemaakt.

Er zijn vaak conflicten met ouders en leraren over de schoolprestaties. Velen presteren onder hun mogelijkheden en maken hun secundaire school niet af. Middelengebruik komt veel voor bij jongeren met ADHD, deels om te experimenteren, maar ook om rustiger te worden of om andere symptomen onder controle te krijgen. Zo kan nicotine een gunstige invloed hebben op hun aandacht. Het impulsieve en soms agressieve gedrag brengt sommigen makkelijker in contact met politie en justitie. Vaak verliezen jongeren met ADHD het overzicht over de financiën, geven impulsief geld uit of gokken. Het druk, overbeweeglijk gedrag is ogenschijnlijk afgenomen, maar bij navraag voelt men zich inwendig nog net zo onrustig.

Een aantal jongeren met ADHD blijken in de adolescentie een scala aan gedrags- en psychosociale problemen ontwikkeld te hebben. Die omvatten niet alleen oppositioneel, agressief en antisociaal probleemgedrag, maar ook een gebrek aan eigenwaarde en sociale isolatie.

Jongeren met ADHD beschikken - naast een aantal eigenschappen, die als lastig kunnen worden ervaren - vaak over een verrassend aantal positieve kenmerken. Ze

⁴⁷ De Bildt A. & Kraijer D., Vineland-Z, Sociale Redzaamheidsschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Pits, 2003

zijn energiek, creatief, gezellig, spontaan, niet lang boos, gemakkelijke praters, leuk om mee om te gaan ... Ze zijn goed in het vinden van nieuwe oplossingen, in crisissituaties, in improviseren, in direct nemen van beslissingen ...

2.2 Definities en begrippen

ADHD

In de DSM-5⁴⁸ wordt de term ADHD gebruikt. ADHD is de afkorting van **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder – ‘Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit’. ADHD is een samenvattende naam die de gedragingen omschrijft maar niet verklaart.

ADD

Sommige auteurs spreken van ADD of **A**ttention **D**eficit **D**isorder ‘Aandachtstekortstoornis’ wanneer het aandachtsprobleem op de voorgrond staat.

Hyperkinetische stoornis

In de ICD-10 wordt voor ADHD de term ‘hyperkinetische stoornis’ gebruikt. De ICD-10 hanteert strengere criteria dan de DSM-5 voor ADHD.

Hyperactief gedrag⁴⁹

Kinderen en jongeren met hyperactief gedrag hebben moeilijkheden om stil te zitten, lopen voortdurend heen en weer en kunnen de impuls om op te staan met moeite onderdrukken. Ze bewegen ongericht, friemelen, tikken vaak met hun handen, voeten, vingers, ... Zowel in grove als in fijne bewegingen komt de overbeweeglijkheid tot uiting. Ze zijn rumoerig, praten druk en veel en springen hierbij van de hak op de tak. Verder kunnen deze kinderen zich moeilijk ontspannen. Ze kennen een innerlijke rusteloosheid. Zij zijn extreem gevoelig voor prikkels uit de omgeving.

Overigens blijken kinderen met ADHD meer moeite te hebben om hun activiteitsniveau aan te passen aan veranderende omstandigheden dan kinderen zonder ADHD. Zo kunnen dezelfde kinderen bij ‘overprikkeling’ druk gedrag vertonen, terwijl ze bij ‘onderprikkeling’ juist sloom en teruggetrokken overkomen.

Impulsief gedrag

Kinderen en jongeren met impulsief gedrag handelen of spreken zonder na te denken. Ze hebben moeite om hun gedrag af te remmen, om hun impulsen te beheersen. Ze worden rusteloos als ze op hun beurt moeten wachten tijdens een spel of in de rij moeten staan. Deze kinderen beginnen aan een taak of opdracht zonder eerst nauwkeurig de opdracht te lezen, antwoorden in de klas zonder hun vinger op te steken of voor de vraag is gesteld, geven commentaar zonder na te

⁴⁸ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁴⁹ Zie ook Etiologie, Psychologische factoren, Verstoorde toestandsregulatie.

denken, storen anderen in hun bezigheden. Ze kunnen moeilijk instructies opvolgen en zich aan de regels houden. Zij neigen naar onmiddellijke behoeftebevrediging, zonder de consequenties van hun daden te overzien. Het handelen gaat het denken als het ware vooraf.

Aandachtstekort⁵⁰

Kinderen en jongeren met aandachtstekort hebben moeite om hun aandacht te richten en/of hun aandacht voldoende lang vol te houden. Ze zijn vaak gemakkelijk afgeleid, verliezen snel hun interesse en kunnen moeilijk blijven luisteren. Ze zijn er 'niet helemaal bij' en schenken weinig aandacht aan wat om hen heen gebeurt, waardoor ze geregeld informatie missen.

In de klas zijn deze leerlingen eveneens vergeetachtig en gaan chaotisch en onvoldoende planmatig te werk. Hierdoor verloopt het organiseren van taken en activiteiten moeizaam. Ze zijn slordig en raken hun spullen gemakkelijk kwijt. Ze hebben een aversie tegen denkinspanningen waardoor ze snel het gevoel hebben dat het een onoverkomelijke opdracht is. Dit uit zich onder andere in uitstel- en vermijdingsgedrag ten opzichte van schoolwerk.

2.3 Criteria⁵¹

Hieronder volgen de criteria volgens de DSM-IV-TR van Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Aanvullend worden de wijzigingen in DSM-5 besproken.

- **Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit volgens DSM-IV-TR⁵²**

A: Ofwel (1), ofwel (2)

(1) Zes (of meer) van de volgende symptomen van aandachtstekort zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Aandachtstekort

(a) slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten

(b) heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden

(c) lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt

(d) volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het

⁵⁰ Zie ook Etiologie, Psychologische factoren.

⁵¹ Antrop I. & Roeyers H. Valkuilen in de diagnostiek bij kinderen met ADHD, in: Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. en Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen, of, kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003

⁵² American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001

gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)

(e) heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten

(f) vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige aandacht (langdurige geestelijke inspanning) vereisen (zoals school- of huiswerk)

(g) raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)

(h) wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels

(i) is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

(2) zes (of meer) van de volgende symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit

(a) beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel

(b) staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten

(c) rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt blijven tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)

(d) kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten

(e) is vaak "in de weer" of "draaft maar door"

(f) praat vaak aan een stuk door

Impulsiviteit

(g) gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn

(h) heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten

(i) verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)

B. Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig

C. Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school {of werk} en thuis).

D. Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.

E. De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis

Codering op basis van type:

- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, gecombineerde type: indien gedurende de afgelopen zes maanden voldaan wordt aan zowel criterium A1 als A2;
- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend onoplettendheid type: indien gedurende de afgelopen zes maanden aan criterium A1 voldaan wordt maar niet aan criterium A2;
- aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend hyperactief-impulsief type: indien gedurende de afgelopen zes maanden aan criterium A2 voldaan wordt maar niet aan criterium A1;

Bij personen (in het bijzonder adolescenten en volwassenen) die momenteel symptomen hebben die niet meer voldoen aan alle criteria moet 'Gedeeltelijk in remissie' worden aangegeven.

- **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder volgens DSM-5⁵³**

In de DSM-5 wordt ADHD niet meer ondergebracht in de groep 'Stoornissen die gewoonlijk eerst in de kindertijd of adolescentie gediagnosticeerd worden', maar onder de groep 'Neuro-ontwikkelingsstoornissen' (Neurodevelopmental Disorders).

In criterium A is de opsomming van de symptomen niet gewijzigd. Wel zijn voorbeelden toegevoegd om het gedrag dat kinderen/adolescenten/volwassenen per type kunnen vertonen te illustreren. De beschrijving zal klinici helpen om typische ADHD symptomen in elke fase van de ontwikkeling van de cliënt vast te stellen. De symptomen voor hyperactiviteit en impulsiviteit worden samengevoegd.

Ook bij oudere adolescenten en volwassenen (leeftijd 17 en ouder) kan de diagnose gesteld worden en zijn ten minste 5 symptomen van elk van de symptomengroep 1 en 2 vereist.

In criterium B wordt de voorwaarde van de aanwezigheid voor het zevende jaar van enkele symptomen van onoplettendheid of hyperactiviteit-impulsiviteit die beperkingen veroorzaken naar twaalf jaar opgeschoven. Dit zegt niets over de minimumleeftijd waarop de diagnose ADHD kan worden gesteld, maar geeft aan dat om een diagnose te kunnen stellen bij personen ouder dan 12 jaar, er reeds vroeger symptomen moesten aanwezig zijn.

Het criterium E bevat geen uitsluitingscriteria meer voor personen met een autismespectrumstoornis, aangezien symptomen van beide aandoeningen samen

⁵³ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

kunnen optreden. ADHD-symptomen komen niet louter voor in het verloop van schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals een stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis of 'intoxicatie van middelen of ontwenning'.

Er wordt gesproken over presentaties in plaats van over types. De indeling blijft gelijk.

Specificeer of het gaat om:

- gecombineerde presentatie
- overwegend onoplettende presentatie
- overwegend hyperactief-impulsieve presentatie

Specificeer indien: gedeeltelijk in remissie

Specificeer huidige ernst: licht, matig, ernstig

2.4 Prevalentie

ADHD is een ontwikkelingsstoornis waarvan de prevalentie wereldwijd ingeschat wordt op 5,29%⁵⁴ met een range van 0,9 tot 8,7 %^{55 56}. ADHD komt 3 keer meer voor bij jongens (2%) dan bij meisjes (0,5%)⁵⁷.

Opgedeeld volgens de typering in DSM-IV-TR⁵⁸ zou binnen de totale populatie het overwegend onoplettende type het meest voorkomen en het overwegend hyperactief-impulsieve type het minst. De prevalenties van de subtypes lijken evenwel te variëren naargelang de leeftijd. De prevalentie van het overwegend hyperactief-impulsieve type daalt met een stijgende leeftijd, terwijl die van het overwegend onoplettende type sterk toeneemt⁵⁹.

2.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnose

ADHD is vaak moeilijk te onderscheiden van en komt regelmatig voor in combinatie met andere psychiatrische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen en

⁵⁴ Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L., Biederman J. & Rohde L.A., The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis, in: The American journal of psychiatry, American Psychiatric Association, Arlington, 2007 (6)

⁵⁵ Taylor E., Döpfner M., Sergeant J., Asherson P., Banaschewski T., Buitelaar J., Coghill D., Danckaerts M., Rothenberger A., Sonuga-Barke E., Steinhausen H. & Zuddas A., European Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorder – First upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry, 13, 2004, blz. 17-130

⁵⁶ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

⁵⁷ Scheiris J. & Desoete A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal, 62, 2008

⁵⁸ Dit komt overeen met de verschillende presentaties in DSM-5.

⁵⁹ Willcutt E.G., The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review, in: Neurotherapeutics, Springer US, 2012 (3), blz. 490–499

leerstoornissen⁶⁰. Het samengaan van ADHD met een andere stoornis wordt geschat tussen 50 en 80 %. In de EINAQ-richtlijnen spreekt men van 85%⁶¹.

Wetenschappelijk onderzoek⁶² geeft volgende cijfers:

- **ADHD en gedragsstoornissen⁶³**

Kinderen met ADHD zijn omwille van hun impulsiviteit, hun beïnvloedbaarheid en/of een tekort aan emotieregulatie, zeer kwetsbaar in sociale situaties. Vandaar dat de comorbiditeit met gedragsstoornissen erg groot is en varieert van 35 tot 60 %.

Volgens Barkley⁶⁴ speelt ADHD bij oppositionele gedragsstoornissen mogelijk zelfs een oorzakelijke rol. Dit kan te maken hebben met een tekort in de executieve functies, met name de emotieregulatie.

Door mogelijk gelijkende gedragskenmerken is de differentiaaldiagnose oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en ADHD niet steeds evident. Het grote verschil is dat kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis omwille van een moeilijk temperament niet open staan voor gedragscorrecties en de bijsturing bewust negeren. Terwijl kinderen met ADHD omwille van hun impulsiviteit, hyperactiviteit en/of aandachtstekort zich vaak niet bewust zijn van hun omgeving, waardoor bepaalde informatie niet opgenomen wordt. Verder hebben kinderen met ADHD moeite om zich bepaalde routinehandelingen eigen te maken.

- **ADHD en angststoornissen**

25% van de kinderen met ADHD - vooral jongens - ontwikkelen een angststoornis. Dit is in 33 % van de gevallen zo wanneer er ook sprake is van een gedragsstoornis. Bij kinderen met een comorbide angststoornis zijn er vaak stressvolle gezinsomstandigheden.

Bij ADHD is er ook sprake van motorische onrust en gespannenheid zoals bij gegeneraliseerde angststoornis, maar wanneer het alleen ADHD is, is er geen bezorgdheid of piekeren.

⁶⁰ Schoemaker C., de Ruiter C., van den Berg M., Cuijpers P, de Graaf R, ten Have M. et al., Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen, Trimbos-instituut, Utrecht, 2003

⁶¹ Einaq, 2003, artikel SIG 62, European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance Course, Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, Target groups and evidence-based treatment in rehabilitation centres NOK/PSY, Studie PPF07- GCP-03, 2007

⁶² Scheiris J. & Desoete A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit. Signaal, 62. 2008

⁶³ In dit protocol wordt 'gedragsstoornis' gebruikt als overkoepelende term voor oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en antisociale gedragsstoornis.

⁶⁴ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

- **ADHD en stemmingsstoornissen**

15 tot 20% van de kinderen en adolescenten met ADHD ontwikkelt depressieve problemen.

In geval van ADHD hebben de aandachtsproblemen te maken met een zwakke gedragsinhibitie. In het geval van stemmingsstoornissen is er echter sprake van apathie en piekeren.

Een manie als onderdeel van een bipolaire stoornis blijkt zich bij kinderen en jonge adolescenten (tot 16 jaar) anders te manifesteren dan bij oudere adolescenten en volwassenen. Vrijwel alle kinderen met een bipolaire stoornis voldoen aan de criteria van ADHD. Door de grote overlap van kenmerken bij deze twee stoornissen, is het niet gemakkelijk om de juiste diagnose te stellen.

- **ADHD en autismspectrumstoornis**

Volgens de DSM-IV-TR konden ADHD en ASS niet samen gediagnosticeerd worden. DSM-5 laat dit wel toe. Het valt af te wachten wat de impact zal zijn op de diagnostische praktijk.

- **ADHD en leerstoornissen**

Met dyslexie ligt de comorbiditeit tussen de 15 en 50 %. Met dyscalculie varieert de comorbiditeit tussen de 24 en 60 %.

Als de leerstoornis aan de basis ligt van de aandachtsproblemen, dan verbeteren de klachten door behandeling van de leerstoornis.

Omgekeerd krijgen veel kinderen met ADHD leermoeilijkheden ten gevolge van hun impulsiviteit en concentratiemoeilijkheden.

- **ADHD en ticstoornissen**

Ongeveer de helft van de kinderen en jeugdigen met het syndroom Gilles de la Tourette (GTS) voldoet aan de criteria van ADHD. Omgekeerd is bij ongeveer 10 % van de kinderen met ADHD sprake van tics. Deze tics zijn over het algemeen licht en voldoen niet aan de criteria voor GTS. Vaak komen bij deze kinderen dwangsymptomen voor.

- **ADHD en middelengebruik⁶⁵**

Meerdere onderzoeken leggen een link tussen ADHD en verhoogd gebruik van cocaïne, cannabis, tabak en alcohol. Maar die relatie zou eerder te verklaren zijn door de aanwezigheid van comorbide stoornissen, in de eerste plaats gedragsstoornissen.

⁶⁵ VAD publiceerde in 2010 een Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen, www.vad.be

2.6 Etiologie⁶⁶

2.6.1 Genetische en biologische factoren

Volgens wetenschappelijk onderzoek zijn de ADHD-symptomen bij kinderen voor 80% te wijten aan genetische (erfelijke) factoren en daarnaast een 20% aan andere oorzaken. Dit vertaalt zich in afwijkingen in de hersenstructuren en de hersenfuncties die nodig zijn voor denkactiviteiten en de organisatie en sturing van gedrag.

Op dezelfde plaatsen waar de hersenaanleg anders is, blijkt ook de hersenfunctie anders te verlopen. Bij opdrachten in verband met denken, remming en zelfsturing blijken deze hersendelen onderactief, terwijl andere delen dan weer meer actie vertonen, doch met een minder efficiënt resultaat.

Gezien de hoge erfelijke bepaaldheid is het niet ongewoon dat kinderen met ADHD geboren worden in gezinnen waar ook andere leden moeilijk kunnen instaan voor organisatie, planning, rust en structuur, gespannen en impulsief zijn, ... Of juist omgekeerd; waar een overmatige controle heerst omdat (één van) de ouders geleerd hebben dat dit hen beschermt tegen de dreigende chaos.

Ook een aantal verworven biologische factoren kan zorgen voor een verhoogd risico op ADHD. Prenataal gaat het om roken, alcoholgebruik en stress tijdens de zwangerschap, perinataal om vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht, complicaties bij de bevalling (zuurstoftekort) en postnataal om hersenbeschadiging door een infectie of ongeval en voedselallergieën. Deze laatste oorzaak wordt soms overschat, maar geldt slechts bij een klein percentage van de kinderen met ADHD.

2.6.2 Psychologische factoren

Verschillende (neuro)psychologische theorieën helpen ons om ADHD beter te begrijpen en aangrijpingspunten te geven voor het handelen. Geen enkele ervan is echter voldoende specifiek, noch verklaren ze het volledige gedragsbeeld. De belangrijkste zijn de volgende:

- **Executieve disfuncties⁶⁷**

Volgens Barkley⁶⁸ is ADHD in essentie een stoornis in executieve functies⁶⁹. Bij kinderen met ADHD zijn de belangrijkste vaardigheden waarmee ze blijven worstelen: responsinhibitie, volgehouden aandacht, werkgeheugen,

⁶⁶ Ghesquière P. en Grietens H., Jongeren met leer- of gedragsproblemen: naar een school met zorg; Dankaerts M., Leerlingen met ADHD in het secundair onderwijs, Acco, Leuven, 2006; Danckaerts M., Leerlingen met ADHD in de basisschool, ADHD Toolkit, www.uzleuven.be/adhd-toolkit.

⁶⁷ Zie Bijlage 12: Executieve functies

⁶⁸ Barkley R., ADHD and the nature of self-control. Guilford Press, New York, 1997

⁶⁹ Zie Bijlage 12: Executieve functies

timemanagement, taakinitiatie en doelgericht gedrag. Andere functies zijn mogelijk ook onderontwikkeld, maar deze cluster komt het meest voor:

- responsinhibitie of het vermogen om na te denken voor je iets doet;
- volgehouden aandacht of de vaardigheid om aandacht te blijven schenken aan een taak of situatie, ondanks afleiding, vermoeidheid of verveling;
- werkgeheugen of de vaardigheid om informatie in het geheugen te houden bij het uitvoeren van complexe taken;
- timemanagement of de vaardigheid om tijd in te schatten, een tijdsindeling te maken en een deadline te halen;
- taakinitiatie of het vermogen om zonder dralen aan een taak te beginnen, op tijd en op efficiënte wijze;
- doelgericht gedrag of het vermogen om een doel te formuleren, te realiseren en daarbij niet afgeleid/afgeschrikt worden door tegengestelde belangen.

Aandachtsprocessen⁷⁰ behoren tot de executieve functies en zijn ingedeeld in selectieve, verdeelde aandacht, volgehouden aandacht en aandachtscontrole.

- Bij selectieve aandacht richt een leerling zijn aandacht zodanig op een taak, zodat het bewustzijn van andere stimuli en omgevingsgebeurtenissen wegvalt. Een functionele vorm hiervan is de gefocuste aandacht waarbij aandacht gericht wordt op één aspect van de taak en interfererende prikkels gecontroleerd en doelbewust worden uitgefilterd.
- Verdeelde aandacht is de aandacht die verdeeld wordt over meerdere taken of stimuli in de omgeving.
- Volgehouden aandacht of taakspanning is de aandacht die gedurende enige of langere tijd gericht wordt op een taak.
- Aandachtscontrole of switching, ook wel flexibiliteit van de aandacht of verwerkingscontrole genoemd, is het vermogen om aandacht gemakkelijk te verplaatsen van de ene taak naar de andere.

Het nagaan van aandachtsprocessen in een testsituatie kan nuttig zijn voor beeldvorming over de sterke en zwakke punten van de leerling, maar brengt weinig duidelijkheid over een mogelijke diagnose ADHD. Niet alleen maken de diagnostische criteria in de DSM-5 geen melding van de prestaties op cognitieve tests, zoals de TEA-Ch. Leerlingen met ADHD doen het in diverse studies ook verbazend goed op selectieve en volgehouden aandachtstaken. Mogelijk spelen de motivatie voor een specifieke taak in combinatie met de kenmerken van de testomgeving hierbij een rol.

Bij sommige kinderen met problemen in de executieve functies weerspiegelen deze verschillen zich in een vertraagde ontwikkeling. In dat geval zullen deze executieve functies na verloop van tijd tot volle ontwikkeling komen, maar dan wel twee tot drie jaar later dan leeftijdgenoten. Bij andere kinderen met ADHD vindt het

⁷⁰ Roeyers H. en Baeyens D., Aandachtsprocessen, in: Verschueren K. & Koomen H. (red.), Handboek: Diagnostiek in Leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen, 2007, blz. 125-134

rijpingsproces echter niet plaats en blijven zich ook gedurende de volwassenheid problemen voordoen⁷¹. Dit heeft gevolgen voor het sociaal emotioneel functioneren en het leerproces⁷². Er wordt in de begeleiding van kinderen en jongeren met ADHD ingezet op het stimuleren van de ontwikkeling van de executieve functies.

Hoewel problemen in de executieve functies bij veel personen met ADHD voorkomen, kunnen deze niet als diagnostisch criterium gehanteerd worden. De diagnose van ADHD blijft gebaseerd op het klinisch manifeste beeld⁷³. ADHD is een stoornis die gediagnosticeerd wordt op basis van het voorkomen van observeerbare, dagelijkse gedragingen op school, thuis en/of de vrije tijd.

- **Aversie van uitstel**⁷⁴

De theorie over aversie van uitstel ('delay aversion') stelt dat prestaties en gedrag van kinderen met ADHD hoofdzakelijk worden beïnvloed door een intolerantie voor wachten of uitstel. In wachtsituaties waar ze zelf geen vat op hebben, blijken kinderen met ADHD meer gefrustreerd te zijn en meer hyperactief gedrag te vertonen dan hun leeftijdsgenoten zonder ADHD. Op school gaat het bijvoorbeeld over het wachten op instructies of op hulp van de leerkracht. Hyperactief of storend gedrag kan dan een manier zijn om het onaangename gevoel dat met wachten of uitstel samengaat te verminderen.

- **Verstoorde toestandsregulatie**⁷⁵

Volgens de theorie van de verstoorte toestandsregulatie hebben kinderen met ADHD moeilijkheden met het aanpassen van hun energetische interne toestand aan de veranderende eisen van de omgeving. De energie waarover iemand beschikt om een taak te kunnen uitvoeren wordt 'arousal' genoemd. Dit slaat op de activatietoestand van het centrale en autonome zenuwstelsel.

In het algemeen verwacht men dat het snel aanbieden van prikkels leidt tot te hoge activatie (over-arousal) en het traag aanbieden tot te lage activatie (onder-arousal). Mensen zonder regulatieproblemen slagen er in om bij te lage activatie hun activatieniveau op te krikken en om omgekeerd hun activatieniveau te

⁷¹ Dawson R. & Guare R., Slim maar ..., Hogrefe, 2010, blz. 39

⁷² Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009

⁷³ Vanderplasschen W. en Naert J. (red.), Wetenschappelijke evaluatie bij het protocol gedrags- en/of emotionele problemen, april 2013

⁷⁴ Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaanbachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013, blz. 32-37 en Roeyers H., Alle dagen heel druk of onaanbachtig, maar niet elk uur in dezelfde mate: onze kijk op ADHD is in beweging, 23.05.2013 http://www.spectrumbrabant.nl/site/wp-content/uploads/2013/05/HR_veldhoven_23mei2013_ho.pdf

⁷⁵ Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaanbachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013, blz. 32-37 en Roeyers H., Alle dagen heel druk of onaanbachtig, maar niet elk uur in dezelfde mate: onze kijk op ADHD is in beweging, 23.05.2013 http://www.spectrumbrabant.nl/site/wp-content/uploads/2013/05/HR_veldhoven_23mei2013_ho.pdf

temperen als deze te hoog is. Kinderen met ADHD zouden omwille van een verstoorde toestandsregulatie er niet in slagen hun activatietoestand te reguleren. Hierdoor maken ze bij snel opeenvolgende prikkels bij een taak meer fouten op de taak terwijl ze bij traag opeenvolgende prikkels net langzamer gaan reageren dan kinderen zonder ADHD.

In verband met toestandsregulatie wijzen wetenschappers ook op het belang van een meer dynamische kijk op ADHD. De 'arousal' van mensen schommelt sowieso spontaan doorheen de dag. Onderzoek wijst in de richting van 'atypische' fluctuaties bij kinderen met ADHD. Hun activatieniveau zou op een andere manier schommelen dan bij kinderen zonder ADHD.

2.6.3 Transactionele factoren

De individuele factoren zijn de grootste risicofactor, hiernaast spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol. Omgevingsfactoren zoals opvoedingsvaardigheden, hechting- en relatieaanbod, ... kunnen de genetische kwetsbaarheid versterken of verzwakken en het verschil maken tussen een probleem dat ofwel onoverkomelijk wordt ofwel beperkt blijft in omvang. ADHD-gedrag kan fluctueren onder invloed van omgevings- en motivationele factoren. Zo blijken kinderen met ADHD vooral minder aandachtig dan hun leeftijdsgenoten bij taken die hoge eisen stellen aan zelfregulatie, informatieverwerking en motivatie. Het gaat dan bijvoorbeeld om klassikale en individuele werkvormen, met name in lessen zoals taal en wiskunde. Tijdens lesactiviteiten in kleine groepjes of tijdens lessen muziek of kunst werden geen verschillen in aandacht opgemerkt tussen kinderen met en zonder ADHD⁷⁶.

2.7 Beschermende factoren

Als belangrijkste beschermende factoren bij ADHD worden genoemd: psychisch gezonde ouders, een stabiel gezin, een evenwichtige opvoeding, een positief sturende aanpak op school en een goede vriendenkring.

- **Beschermende factoren in het kind**
 - goede gezondheid van de zuigeling
 - betere cognitieve en communicatieve vaardigheden
 - gemakkelijk temperament
 - positief zelfbeeld
 - goede coping vaardigheden

- **Beschermende factoren bij de ouders**
 - hoge opleiding van de moeder

⁷⁶ Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaanbachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013, blz. 32-37

- stabiliteit in het gezinsleven
 - betere sociale omstandigheden
 - goede opvoedingsvaardigheden bij de ouders
 - warmte en betrokkenheid naar het kind
 - realistische verwachtingen ten opzichte van het kind
- **Beschermende factoren in de onderwijsleeromgeving**
 - gestructureerd klassenmanagement
 - duidelijke gedragsregels
 - consequente feedback op het naleven van de regels
 - realistische verwachting ten opzichte van de leerling
 - leerkrachten die voor het gewenste gedrag model staan

2.8 Verloop en prognose⁷⁷

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD⁷⁸ blijft bij één derde van de behandelde adolescenten met ADHD de diagnose ook na het achttiende levensjaar van kracht; bij één derde worden de klachten minder, maar blijven nog wel steeds hinderlijk, en slechts bij één derde verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal. Dit pleit voor psychosociale begeleiding waarbij jongeren ondersteund worden om hun sterke kanten te ontwikkelen en een opleiding te vinden die bij hen past.

In combinatie met de ernst van de symptomen zullen risicofactoren de prognose in negatieve zin beïnvloeden. Kinderen en jeugdigen met ADHD hebben een verhoogd risico op een groot aantal problemen, onder andere middelenmisbruik, antisociaal gedrag, angst, depressie, problemen in de relationele sfeer, laag opleidingsniveau door falen op school of voortijdig schoolverlaten en een laag beroepsniveau. Deze risico's worden nog sterker als bovendien een antisociale gedragsstoornis aanwezig is. De risico's op later disfunctioneren zijn zowel aangetoond voor jongens als voor meisjes met ADHD⁷⁹.

Het niet onderkennen van de problematiek van ADHD kan leiden tot onderpresteren, omdat ze niet de ondersteuning krijgen die ze behoeven. Dit kan tot ernstige bijkomende emotionele problemen leiden, zoals een negatief zelfbeeld, angsten, depressie, met meer sociale problemen en zelfs zelfmoordgedachten.

⁷⁷ Verhulst F.C., Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2008

⁷⁸ Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen, Trimbo-instituut, Utrecht, 2007, www.ggzrichtlijnen.nl

⁷⁹ Barkley, e.a., 2004 en Young M. & Warrington M., Raising boy's achievement, DfES Research Report London: DfES (Department for Education and Skills) 2005

3. Problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS

3.1 Verschijningsvorm⁸⁰

De typering van de problemen in sociale communicatie en sociale interactie en ASS zoals hieronder beschreven, mag niet statisch worden bekeken. Door de opdeling per leeftijdsfase geven we aan dat ASS een ontwikkelingsstoornis is die een andere verschijningsvorm heeft bij baby's, jonge kinderen, adolescenten en volwassenen⁸¹. Daarnaast zijn er ook verschillen mogelijk afhankelijk van de ernst van de ASS, het verstandelijk niveau, de context waarin iemand zich bevindt, ... Zo lukt communicatie soms wel aan de individuele werktafel in de zorgklas of thuis, maar niet aan de lessenaar in de klas, op de speelplaats, in de refter, in de turnzaal, in de jeugdbeweging, op familiebezoek, ... Verder bepalen eventuele bijkomende problemen zoals aandachtsproblemen of motorische problemen mee de verschijningsvorm van ASS.

Onderzoek suggereert dat de kenmerken van ASS vastgesteld kunnen worden in de algemene bevolking. Er lijkt telkens een continuüm te zijn tussen personen die beantwoorden aan de diagnostische criteria en personen in de algemene populatie die hieraan niet voldoen. Bovendien zouden de kenmerken relatief onafhankelijk van elkaar voorkomen. Voor de classificerende diagnostiek betekent dit dat het nuttig is om de verschillende aspecten apart na te gaan en het minder aangewezen is om enkel te focussen op het sociaal functioneren⁸².

3.1.1 De babytijd

Een baby communiceert vrijwel vanaf de geboorte en stemt zijn gedrag af op zijn sociale omgeving. Hij is toegerust om te imiteren. Zijn vocalisaties hebben een communicatieve en sociale functie. Hij reageert vrij snel op de menselijke stem.

In interactie met de mensen rond hem wijst hij voorwerpen aan, puur om het plezier van de aandacht te delen. Zo leert hij met anderen een aandachtspunt te delen en leert hij uit iemands blik- of wijsrichting een aandachtsvoorwerp afleiden. Dit 'proto-declaratief wijzen' als vorm van 'gedeelde aandacht' (joint attention) is een cruciale stap in de sociaal-communicatieve ontwikkeling. Het feit dat woorden naar iets verwijzen en voor de anderen naar hetzelfde verwijzen, vindt hierin zijn grondslag. Gedragingen zoals kijken, oogcontact maken, aanraken, wederzijds glimlachen,

⁸⁰ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling en Roeyers H., *Autisme: alles op een rijtje*, Acco, Leuven, 2008

⁸¹ Roeyers H. & Warreyn P., *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*, in Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429

⁸² Roeyers H. & Warreyn P., *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*, in Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429

iemand volgen of benaderen, evolueren tijdens het eerste levensjaar tot eenvoudige spelinteracties en imitatie van acties met voorwerpen.

Tekorten in de sociale communicatie en interactie uiten zich op babyleeftijd in het tegenover de andere ontwikkelingsgebieden achterblijven van de gedeelde aandacht met onder meer het proto-declaratief wijzen, de spelinteracties en het imitatiegedrag. Baby's met problemen op dit vlak maken geen of slechts vluchtig oogcontact, kijken op het verkeerde moment of kijken met een strakke, starre blik. Ze hebben vaak geen plezier in kiekeboe spelletjes of vertonen geen anticipatie op opgepakt worden, bijvoorbeeld door de armpjes te strekken.

De diagnose ASS kan nog niet betrouwbaar vastgesteld worden voor de leeftijd van twee jaar⁸³. Imitatieproblemen en vaardigheden voor het delen van aandacht bleken belangrijke voorspellers van ASS op latere leeftijd. Dit is evenwel geen alles-of-niets-verhaal. Het is belangrijker om oog te hebben voor de gebrekkige kwaliteit van het gedeelde-aandacht-gedrag dan voor de aan- of afwezigheid van specifiek gedrag zoals het voor het plezier wijzen om samen met iemand de aandacht voor een voorwerp te delen, zoals 'kijk, mama, een ballon!'. Bij baby's kan een over- of onderreageren op zintuiglijke prikkels⁸⁴ zich uiten als het doof lijken of niet reageren op hun naam of op spraak terwijl ze soms wel reageren op andere, niet-menselijke geluiden en hier zelfs overgevoelig voor kunnen zijn.

3.1.2 De peuter- en kleutertijd

144

Een peuter leert rond zijn tweede verjaardag de werkelijkheid voorstellen met woorden. Zijn communicatie neemt een hoge vlucht en zijn taal verandert opmerkelijk⁸⁵. De taal stelt hem in staat om de werkelijkheid te ordenen en te begrijpen, al maakt hij leeftijdsgebonden denkfouten. Hij heeft moeite om een redenering in omgekeerde zin uit te voeren en om twee niveaus tegelijk te hanteren, zoals in de vraag: "wat zijn er meest: tulpen of bloemen?". Zijn cognitieve ontwikkeling wordt nog begrensd door zijn voorkeur voor aanschouwelijkheid en zijn geringe informatieverwerkingscapaciteit, met name het werkgeheugen, de planfunctie en de metacognitie⁸⁶.

Zijn verbeelding - een vorm van symbolische voorstelling - ontwikkelt sterk en helpt hem loskomen van de directe werkelijkheid. Veel cognitieve activiteit is nu gericht op het afgrenzen en invullen van wat werkelijkheid is en wat fantasie is⁸⁷.

⁸³ De diagnose ASS kan pas vanaf de leeftijd van twee jaar op betrouwbare wijze gesteld worden. Dat is in Vlaanderen evenwel eerder uitzondering dan regel. Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 438

⁸⁴ Zie verder Criteria ASS volgens DSM-5, B.4 Hyper- of hypo-reactiviteit op sensorische input of ongewone interesse in zintuiglijke aspecten in de omgeving

⁸⁵ Zie Protocol Diagnostiek bij problemen in de spraak- en taalontwikkeling, Theorie, Relevante ontwikkelingsaspecten

⁸⁶ Zie Bijlage 12: Executieve functies

⁸⁷ Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom Meppel, 1994

Ook zijn perspectiefneming en zijn besef dat elke mens een eigen inwendige leefwereld heeft, ontwikkelen nu sterk. Vanaf twee à drie jaar leert hij het onderscheid tussen 'ik' en de 'anderen' via zichtbare kenmerken, bijvoorbeeld "ik ben klein en hij is groot". Vanaf vier jaar bepalen ook activiteiten dat onderscheid, zoals "ik teken en hij speelt". Pas daarna groeit het besef dat de ander niet hetzelfde deel ziet van de werkelijkheid⁸⁸. Onder meer dankzij zijn taal en zijn mobiliteit kan hij steeds beter deelnemen aan verschillende vormen van sociale interactie. Zijn streven naar zelfstandigheid 'boomt' als het ware. Hij streeft naar autonomie, maar lukt er niet altijd in om dat te realiseren. Spelenderwijs leert hij de vaardigheden en de regels voor sociale interactie. Relaties met leeftijdsgenootjes worden belangrijk en voegen iets nieuws toe aan zijn ontwikkeling. Andere kinderen oefenen een grote aantrekkingskracht uit. De positieve interacties getuigen van wederzijdse aandacht en instemming, bereidheid tot samenwerking, het respect voor eigendom, een constructieve houding en aanpassingsvermogen⁸⁹.

Bij sommige peuters en kleuters ontwikkelen de sociale communicatie en interactie, het begrip van de realiteit, de verbeelding, de perspectiefneming en de zelfstandigheid niet volgens het gewone patroon, ook al ontwikkelen andere vaardigheden soms heel erg goed. Mogelijk hebben ze problemen met de wederkerigheid van (spel) interacties, vertonen ze vreemd kijkgedrag, kunnen ze moeilijk hun emoties tonen of die van anderen begrijpen, hebben ze weinig tot geen interesse in leeftijdsgenootjes, behandelen ze mensen soms als voorwerpen, verwisselen ze ik-jij of ik-mij in het spreken, herhalen ze letterlijk wat ze rond zich opvangen (onmiddellijke of uitgestelde echolalie), gebruiken ze zelfverzonnen woorden of uitdrukkingen (neologismen) en/of vertonen ze vreemd (niet-symbolisch) spelgedrag.

Belangrijk bij de interpretatie van deze problemen als mogelijke symptomen van ASS is dat sociale vaardigheden bij peuters en kleuters nog sterk in ontwikkeling zijn, veranderen tijdens het opgroeien of kunnen deel uitmaken van een algemene ontwikkelingsachterstand. Zo kan er bij jonge kinderen moeilijk onderscheid gemaakt worden tussen ongewoon sterk vasthouden aan routines als kenmerk van ASS en het vasthouden aan routines als deel van de normale ontwikkeling van een peuter⁹⁰. Anderzijds zijn de symptomen van ASS het best zichtbaar op de leeftijd van 4 à 5 jaar wanneer compensatie en camouflage nog niet tot ontwikkeling zijn gekomen. Daarbij blijken onder meer zwakke gedeelde aandacht, het ontbreken van

⁸⁸ Verhofstadt-Denève L., Handboek ontwikkelingspsychologie, Van Loghum, 1994

⁸⁹ Berk L., Development Through the Lifespan, Pearson, 2009; ook Wenar e.a., Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006

⁹⁰ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz.438

symbolisch spel, gebrek aan plezier tijdens sociaal spel en beperkte sociale interesse te discrimineren tussen jonge kinderen met en zonder ASS⁹¹.

Sommige kinderen met ASS komen nooit tot behoorlijk symbolisch of fantasiespel. Ze houden er beperkte voorkeurbezigheden op na, zoals steeds met hetzelfde materiaal bezig zijn, speelgoed naast elkaar plaatsen in plaats van er iets mee uit te beelden, materiaal telkens proberen te doen draaien, Als ze toch tot symbolisch spel komen, is het vaak zeer repetitief en weinig gesofisticeerd. Anderen verliezen zich in een starre fantasiewereld en maken het onderscheid niet meer met de realiteit.

3.1.3 De lagere schooltijd

Het kind gebruikt de taal nu bewuster en communiceert vlot. Het geniet van woordgrapjes, raadsels en moppen, het leert jongleren met woordbetekenissen. De abstract-symbolische voorstelling ontwikkelt sterk. Het denken wordt logisch, het begrip van de wereld wordt accuraat. Cognitieve functies die voordien de informatieverwerkingscapaciteit beperkten, zoals werkgeheugen, plannen en metacognitie, ontplooiën zich nu ten volle. De leerling leert de consequenties van zijn gedrag inschatten en hecht betekenis aan vriendschap, autoriteit, sekseverschillen en morele kwesties. Hij is bijvoorbeeld bereid zijn spaarpot leeg te maken om zeehondjes te helpen⁹².

De vaardigheid om sociale relaties aan te gaan, is nu de uitdaging. Contact met de leeftijdsgroep wordt belangrijker. Het kind raakt veel intenser betrokken bij sociale groepen die meer complexe interactiepatronen en roldifferentiatie vergen. In deze groepen verwerft hij sociale vaardigheden zoals samenwerking, leiderschap, navolging, loyaliteit met gemeenschappelijke doelen, ... Omgaan met spelregels en medespelers in sport en spel stimuleert zijn zelfcontrole en zijn sociale aanpassing. Lidmaatschap van een formele groep (jeugdbeweging, sportclub) kan tegemoet komen aan het verlangen om bij een groep te horen.

De relatievaardigheid van het kind wordt bepaald door toenemende sociale perspectiefneming, sociale problem-solving en empathie⁹³. Het kind wordt in staat om het perspectief van anderen te begrijpen zodat zijn sociale competentie sterk toeneemt. Vriendschappen dragen bij tot de ontwikkeling van vertrouwen en sensitiviteit. In de loop van de lagere schooltijd worden ze selectiever en stabiel. Binnen vriendschappen leren kinderen kritiek verdragen en twisten oplossen. De impact van deze vriendschappen hangt af van de aard van de vrienden. Kinderen die vriendelijkheid en medeleven meebrengen, versterken elkaars sociale neigingen en

⁹¹ Dereu, M., Early signs of autism spectrum disorders in infants and toddlers, Ghent University Faculty of Psychology and Educational Sciences, Gent, 2011

⁹² Breeuwsma G., De constructie van de levensloop. Boom Meppel, 1994

⁹³ Zie ook Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling. Berk L., Development Through the Lifespan, Pearson, 2009; ook Wenar e.a., Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006

vormen een meer langdurige band. De sociale problemen van agressieve kinderen daarentegen werken door in hun vriendschapsbanden.

Doorheen de lagere school wordt het kind ook verantwoordelijk en zelfredzaam. Hij voert zelfstandig huishoudelijke taken uit, leert nauwkeurig klokkezen en geeft geleend speelgoed of bezittingen terug⁹⁴.

ASS op deze leeftijd toont zich in uitgesproken problemen met de bovengenoemde vaardigheden. Doorheen de lagere school treedt soms verbetering op in de sociale vaardigheden, maar de communicatie en de interactie blijven beperkt en kwalitatief anders dan bij kinderen zonder ASS. Zo hebben kinderen met ASS het in een gesprek vaak moeilijk met de wederkerigheid of het aansluiten bij de interesses van de anderen. Sommige problemen worden nu pas zichtbaar doordat hogere eisen worden gesteld. Hoewel de globale intelligentie boven het gemiddelde kan liggen en de taal mogelijk goed ontwikkelt, blijft de sociaal-emotionele wederkerigheid zwak. Het abstract-symbolisch denken levert problemen op. Zwak samenhang-denken⁹⁵, zwak plangedrag⁹⁶ en moeilijkheden met het functioneren van het werkgeheugen beperken en/of vertragen de capaciteit van de informatieverwerking.

3.1.4 De adolescentie

Doorheen de adolescentie groeit de jongere naar het niveau van een volwassene op vlak van communicatie, mobiliteit, sociale vaardigheden en zelfstandigheid. Hij leert lange termijndoelen stellen én maakt plannen om ze te bereiken, schakelt over naar kranten en tijdschriften voor volwassenen, zorgt voor zijn eigen gezondheid, verricht op eigen initiatief eenvoudige huishoudelijke herstellingen, beheert eigen geld, maakt afspraken, ...⁹⁷.

De jongere streeft ernaar om meer op zichzelf en minder op zijn ouders te steunen bij het nemen van beslissingen. De groep van leeftijdsgenoten neemt verder in belang toe. Tussen dertien en zeventien jaar wordt de jongere onafhankelijker van het gezin en gaat intieme relaties aan. In de late adolescentie volgen keuzes in verband met doel en zin van het leven en gaat hij langdurige affectieve relaties aan.

Vermits tieners zich naar binnen richten om fasegebonden kwesties te verkennen, kunnen zij bij volwassenen overkomen als extreem op zichzelf gericht. Na enige tijd is van hen echter een meer wederkerige oriëntatie te verwachten. Ondanks de groter wordende autonomie blijven volwassenen overigens vitaal in de ontwikkeling van de jongere tot een autonoom, verantwoordelijk individu. Aangezien het voor jongeren nog heel lang moeilijk is om prioriteiten te stellen, risico's in te schatten en beslissingen te nemen, lijkt het aangewezen dat ouders en leerkrachten af en toe

⁹⁴ De Bildt A. & Kraijer D., Vineland-Z, Sociale Redzaamheidschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Uitgeverij Pits, 2003

⁹⁵ Zie Etiologie, Zwakke centrale coherentie

⁹⁶ Zie Etiologie, Executieve disfuncties

⁹⁷ De Bildt A. & Kraijer D., Vineland-Z, Sociale Redzaamheidsschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Pits, 2003

blijven grenzen stellen en deze handhaven. Ook consistente monitoring van de dagelijkse activiteiten van de jongere, in een coöperatieve relatie waarbinnen de jongere op spontane wijze informatie geeft aan ouders of leerkrachten, draagt bij tot een positieve ontwikkeling.

Wanneer ASS niet gepaard gaat met een verstandelijke beperking, is er bij ouder worden een positieve evolutie op vlak van receptieve en expressieve taal, zelfredzaamheid en huishoudelijke vaardigheden, ... Er is een betere zelfcontrole, vermindering van stereotiep gedrag en er wordt meer initiatief genomen⁹⁸.

Eigenaardigheden zoals echolalie of het gebruik van neologismen kunnen herkenbaar blijven, maar verminderen doorgaans, onder meer door taaltraining. Problemen met communicatie en interactie tonen zich bij adolescenten met ASS vooral in de sociale aspecten ervan. Sommigen hebben een vloeiend en technisch correct taalgebruik en een rijke woordenschat, maar zijn niet in staat om een wederkerig gesprek te voeren of onderhouden. Ze hebben grote moeite met het delen van interesses of gevoelens. De intonatie is vaak vlak. De kwaliteit van de gelaatsexpressie correspondeert niet altijd met de inhoud van de boodschap. Deze leerlingen blijven veel moeite hebben met het inzicht in en flexibel toepassen van (informele) sociale regels en conventies. Vanuit hun mindere weerbaarheid zijn ze kwetsbaarder voor pesterijen.

Zelfs al neemt de sociale interesse toe en verbetert de sociale competentie, de jongeren komen terecht in meer complexe sociale systemen waar de eisen die worden gesteld hoger zijn, zodat er relatief gezien weinig of geen progressie is⁹⁹. Sommige autismespecifieke moeilijkheden komen mogelijk pas nu tot uiting door deze hogere eisen van de sociale omgeving. Zo stelt de groeiende complexiteit van (vriendschaps)relaties doorheen de adolescentie jongeren met ASS voor nieuwe uitdagingen. Een intieme partnerrelatie vraagt wederzijdse emotionele ondersteuning en begrip, het kunnen lezen en interpreteren van subtiele signalen bij de partner, het kunnen delen van activiteiten, interesses en gevoelens en vooral het vinden van het wankel evenwicht tussen afstand en nabijheid. Dat zijn vaardigheden waar mensen met ASS het extra moeilijk mee blijven hebben¹⁰⁰. Ze ervaren een toegenomen sociale druk, trachten hieraan te voldoen, falen dikwijls en ervaren een laag zelfbeeld en gevoelens van neerslachtigheid. Angst en verwarring nemen toe en kunnen aanleiding vormen voor onder andere agressief gedrag.

Adolescenten met ASS gedragen zich vaak rigide en ritualistisch, een rigiditeit die zich bij een goede begaafdheid vooral in het denken situeert. Zo verzamelen ze niet langer voorwerpen, maar feiten, gebeurtenissen, data, ... Soms zijn de interesses ook sociaal waarbij ze allerlei gegevens van mensen verzamelen zoals telefoonnummers, plaatsen waar ze gestudeerd hebben,... Dit lijkt een manier om

⁹⁸ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429-430

⁹⁹ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429-430

¹⁰⁰ Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

het gebrek aan sociale intuïtie te compenseren en te camoufleren. Overigens zijn de interesses van normaal begaafde mensen met ASS doorgaans niet beperkt (ze kunnen zelfs zeer ruim zijn), maar wel beperkend. Ze belemmeren vaak het dagelijks leven van zowel henzelf als van hun omgeving¹⁰¹.

Qua lichamelijke rijping onderscheiden leerlingen met ASS zich nauwelijks van hun leeftijdsgenoten¹⁰². In deze fase zijn ze echter neurologisch kwetsbaar en ontwikkelen bijvoorbeeld epileptische verschijnselen.

3.2 Definities en begrippen

Binnen de internationale literatuur¹⁰³ wordt zowel de term 'autismespectrumstoornis' als de benaming 'pervasieve ontwikkelingsstoornis' gebruikt om te verwijzen naar een gelijkaardige problematiek.

Pervasieve ontwikkelingsstoornis

'Pervasieve ontwikkelingsstoornis' als verzamelterm voor verschillende autistische stoornissen stond in de DSM tot versie IV-TR en komt (voorlopig nog) voor in de ICD. 'Pervasief' of doordringend geeft aan dat de stoornis niet beperkt is tot een aantal gebieden of vaardigheden maar meerdere ontwikkelingsgebieden doordringt.

Autismespectrumstoornis, ASS

'Autismespectrum' als term kreeg bekendheid door Lorna Wing, in de afgelopen decennia een van de meest toonaangevende auteurs op dit terrein. 'Spectrum' verwijst naar de diverse verschijningsvormen en de verschillende graden van ernst van de problemen¹⁰⁴. Ondanks deze diversiteit in uitingvormen en functioneringsniveaus delen kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis de door Wing beschreven triade van kwalitatieve stoornissen in:

- sociale interactie, vooral inzake de wederkerigheid¹⁰⁵;
- de verbale en non-verbale communicatie;
- de verbeelding.

Autismespectrumstoornis, samen met de inhoud die Wing eraan gaf, werd de laatste jaren meer en meer gebruikt in plaats van de subtypes uit de DSM-IV-TR¹⁰⁶ of ICD-

¹⁰¹ Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

¹⁰² Sommigen maken gewag van een licht vertraagde pubertaire ontwikkeling. Zie Mulders, M. (red.), Autism: aanpassen en veranderen, Van Gorcum, Assen, 1996

¹⁰³ Hellemans H. e.a., Classificerend diagnostisch protocol Pervasieve ontwikkelingsstoornissen Minderjarigen, VAPH, 2009

¹⁰⁴ Roeyers, H., Autism: alles op een rijtje, Acco, Leuven, 2008

¹⁰⁵ Wing maakt een indeling in sociale subtypes: afzijdig, passief, actief-maar-bizar of hoogdravend. Deze indeling mag niet rigide gehanteerd worden en geeft vooral aan dat tekorten in de sociale interactie eerder kwalitatief van aard zijn dan kwantitief. Zie voor meer info Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt. EPO, Antwerpen, 1998

10¹⁰⁷. De populariteit van ASS als verzamelterm heeft allicht te maken met de onduidelijke differentiaaldiagnostiek en de beperkte meerwaarde die de indeling in subgroepen bleek te hebben voor onderwijs, opvoeding en begeleiding. De onderverdeling in de verschillende subtypes van ASS biedt immers geen correct beeld over de ernstgradatie van de stoornis noch over de nood aan ondersteuning¹⁰⁸.

3.3 Criteria¹⁰⁹

In mei 2013 verscheen een nieuwe versie van de DSM. In deze DSM-5 vallen de verschillende subtypes uit de DSM-IV-TR weg en wordt het begrip 'autismespectrumstoornis' nu ook officieel geïntroduceerd, zij het met een dyade¹¹⁰ in plaats van een triade. Wie eerder gediagnostiseerd werd met een autistische stoornis, stoornis van Asperger of PPD-NOS krijgt volgens de vernieuwde classificatie de diagnose ASS. Iemand met tekorten in de sociale communicatie waarvan de symptomen verder niet voldoen aan de criteria voor ASS, valt mogelijk wel binnen de criteria voor de nieuwe stoorniscategorie: Sociaal (Pragmatische) Communicatiestoornis.

ASS valt in de DSM-5 onder de neuro-ontwikkelingsstoornissen. Het blijft een ontwikkelingsstoornis, maar het criterium van de aanvangsleeftijd wordt versoepeld. Waar volgens de DSM-IV-TR bij een autistische stoornis voor het derde levensjaar sprake moest zijn van abnormaal functioneren, geeft men in de DSM-5 aan dat bepaalde symptomen mogelijk niet (volledig) tot uiting komen voordat er sociale verwachtingen zijn vanuit de omgeving of, later in het leven, gemaskeerd kunnen worden door aangeleerde strategieën. De differentiatie van criteria voor verschillende ontwikkelingsniveaus blijft verder eerder beperkt¹¹¹.

- **Criteria ASS volgens DSM-5¹¹²**

¹⁰⁶ Autistische stoornis, stoornis van Rett, Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd, stoornis van Asperger of pervasieve ontwikkelingsstoornis niet-anderszins omschreven (PPD-NOS). In DSM-5 vervallen deze subtypes. Autistische stoornis, stoornis van Asperger PPD-NOS vallen voortaan onder ASS, syndroom van Rett wordt een stoornis die kan geassocieerd zijn met ASS.

¹⁰⁷ De ICD-10 onderscheidt momenteel nog volgende acht subgroepen: vroegkinderlijk autisme, atypisch autisme, syndroom van Rett, andere desintegratiestoornis op kinderleeftijd, hyperactieve stoornis samengaan met zwakzinnigheid en stereotypieën, syndroom van Asperger, overige gespecificeerde pervasieve ontwikkelingsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen niet gespecificeerd. Verwachting is dat deze eveneens zullen verdwijnen in de geplande herwerking.

¹⁰⁸ Hellemans H., Peeters W. & Roeyers H., Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornissen bij minderjarigen, VAPH, 2009

¹⁰⁹ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

¹¹⁰ De criteria in verband met sociale interacties en communicatie worden ingekort en gebundeld tot 'tekorten in sociale communicatie en sociale interactie' met daarnaast 'beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten'.

¹¹¹ Grant R. & Nozyce M., Proposed changes to the American Psychiatric Association diagnostic criteria for autism spectrum disorder: implications for young children and their families, Matern Child Health, Springer, New York, 2013

¹¹² Zie ook Bijlage 25: Autisme Spectrum Stoornis in DSM-5.

Moet voldoen aan de criteria A, B, C en D

- A. Persistente tekorten in sociale communicatie en sociale interactie, zich manifesterend in alle volgende:
 1. tekorten in de sociaal-emotionele wederkerigheid;
 2. tekorten in non-verbale communicatie gebruikt voor sociale interactie;
 3. tekorten in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties.
- B. Beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten, zich manifesterend in ten minste twee van de volgende:
 1. Stereotiepe of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of spraak;
 2. Aandringen op gelijkheid, inflexibel vasthouden aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag;
 3. Zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal zijn in intensiteit of focus;
 4. Hyper- of hypo-reactiviteit op sensorische input of ongewone interesse in zintuiglijke aspecten in de omgeving¹¹³.
- C. De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege kindertijd (maar kunnen soms pas merkbaar worden wanneer sociale eisen de beperkte capaciteit overstijgen of gemaskeerd worden door aangeleerde strategieën in het latere leven)
- D. De symptomen leiden tot klinisch significante beperkingen in het sociaal, beroepsmatig functioneren of andere belangrijke terreinen van het huidig functioneren.
- E. De stoornissen worden niet beter verklaard door verstandelijke beperking of algemene ontwikkelingsvertraging. verstandelijke beperking en ASS komen frequent samen voor. Om comorbide diagnoses van ASS en verstandelijke handicap te stellen, moet de sociale communicatie lager zijn dan te verwachten voor het algemeen ontwikkelingsniveau.

Voor de criteria A en B moet de huidige ernst gespecificeerd worden. Deze dimensionale ernstinschatting is gebaseerd op beperkingen in sociale communicatie en beperkte, repetitieve patronen van gedrag.

3.4 Prevalentie

Een epidemiologische overzichtsstudie vatte de prevalentiecijfers van ASS samen en kwam aan 0,62 %¹¹⁴ van de bevolking¹¹⁵. Een literatuurstudie vermeldt een range

¹¹³ Dit is een opvallend nieuw toegevoegd (mogelijk) symptoom vanuit de vaststelling dat veel kinderen met ASS zintuiglijke prikkels anders aanvoelen dan kinderen zonder ASS. Zowel een verlaagde als een verhoogde gevoeligheid zijn mogelijk. Deze sensorische problemen kunnen zich op alle sensorische kanalen situeren

¹¹⁴ Steekproefonderzoek in het kader van een masterproef geeft aan dat het aantal diagnoses ASS op het einde van de basisschool in Vlaanderen en Brussel op 1,4% ligt. Geerts E. & Heynincx K., Prevalentie-onderzoek naar diagnoseverklaringen in het Nederlandstalig

van 0,25 tot 0,9 %¹¹⁶. ASS komt ongeveer vier keer meer voor bij jongens dan bij meisjes.

De cijfers over het vóórkomen van ASS vertonen de laatste decennia een stijgende trend. De hogere cijfers zijn vooral te verklaren door een betere diagnostiek en door een verbreding van de definities en criteria. Vooral bij personen met een normale of grensnormale begaafdheid wordt ASS nu veel beter onderkend¹¹⁷.

3.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek

DSM-IV-TR liet niet toe dat naast een diagnose van een pervasieve ontwikkelingsstoornis bijvoorbeeld ook ADHD, DCD of taalontwikkelingsstoornis werd gediagnosticeerd. De DSM-5 laat meer combinaties van diagnoses toe waarmee het classificatiesysteem aansluit bij de bestaande consensus onder deskundigen dat neuropsychiatrische comorbiditeit frequent voorkomt bij personen met ASS. Er is evenwel relatief weinig onderzoek verricht op dit vlak. De gevonden percentages zijn ook moeilijk te vergelijken, want soms gaat het over autistische stoornis, soms over het hele spectrum en ook de leeftijd van de groep en de setting waarin het onderzoek werd uitgevoerd variëren sterk van studie tot studie. In een Britse studie¹¹⁸ bij 10 tot 14-jarigen met ASS en een gemiddeld IQ van 72,7 werd duidelijk dat in 70 % van de gevallen één comorbide psychiatrische stoornis kon worden vastgesteld en bij 41 % zelfs twee of meer. De meest voorkomende stoornissen waren sociale angststoornis (29,2%), ADHD (28,2%) en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (28,1%)¹¹⁹.

- **Angst**

Angst komt veel voor bij kinderen en jongeren met ASS. Vaak houdt de angst verband met sociale situaties waarin impliciete regels voor kinderen en jongeren met ASS onbegrijpelijk en onvoorspelbaar overkomen. Sociale situaties met weinig structuur, zoals groepsactiviteiten, vrije tijd, pauze, ... zijn vaak het moeilijkste. Verder kan het onverwacht moeten afwijken van een routine hen angstig maken, net als zintuiglijke prikkels zoals geluid en aanraking. Angst kan bovendien voortvloeien uit de concrete manier van denken. Kinderen en jongeren met ASS nemen humoristisch bedoelde uitspraken of dubbele bodems vaak

basisonderwijs in Vlaanderen en Brussel, Masterproef VUB Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, 2012

<http://www.vub.ac.be/pers/persberichten/2012/09/03/groot-aantal-stoornissen-bij-basisschoolkinderen>

¹¹⁵ Elsabbagh M. et al., Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders, in: Autism research, John Wiley & Sons, New Jersey, 2012 (3), blz. 160-79

¹¹⁶ Renty J. & Roeyers H., Instrument voor Autisme Specifieke Kwaliteitsevaluatie, VVA & UGent, 2004 Roeyers, in VVA, 2007

¹¹⁷ Roeyers, Autisme: alles op een rijtje. Acco, Leuven, 2008

¹¹⁸ Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47, 921-929.

¹¹⁹ Hellemans H., Peeters W. & Roeyers H., Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornissen bij minderjarigen, VAPH, 2009

letterlijk op. Ze hebben moeite om beeldspraak en spreekwoorden te begrijpen, bijvoorbeeld 'de nacht gaat vallen'. Een aantal van hen heeft last met de grens tussen fantasie en realiteit. Ze hebben het moeilijk om 'het relatieve' van iets in te zien of bijvoorbeeld bij het zien van iets engs op de televisie tegen zichzelf te zeggen: "het is niet echt" of "het is maar een film" en zo hun angst dempen.

Vanuit een angst spreken sommige kinderen en jongeren niet in specifieke sociale situaties waar dat van hen verwacht wordt, terwijl ze dat wel doen in andere situaties. Volgens de DSM-5 kan dit slechts geclassificeerd worden als de angststoornis selectief mutisme wanneer niet voldaan is aan de criteria ASS. Anderzijds wordt de combinatie van ASS en een separatieangststoornis wel mogelijk in DSM-5, op voorwaarde dat de angststoornis niet beter kan verklaard worden door het weigeren om het huis te verlaten vanuit een overdreven weerstand tegen verandering. Elders in dit protocol wordt meer uitgebreid ingegaan op angstproblemen en mogelijke stoornissen.

- **Leerproblemen**

Leerlingen met ASS kunnen problemen krijgen met leren door hun specifieke informatieverwerkingsstijl¹²⁰. Ze hebben dikwijls moeite om instructies te begrijpen en om kennis of vaardigheden uit de ene situatie toe te passen in de andere (generalisatie of transfer). Hun leren verloopt vaak fragmentarisch of stroef via ongewone steunpunten en sprongen. Zo zal de oplossingsweg, die bij een nieuwe taak gehanteerd is, erg dominant aanwezig blijven bij latere toepassingen. Daarom is het belangrijk dat nieuwe opdrachten meteen tot de correcte oplossingsweg kunnen leiden, bijvoorbeeld bij het aanleren van een nieuwe rekentechniek.

Het denken van leerlingen met ASS is meestal erg concreet en ze hebben moeite met abstracte begrippen. Ook hun beperkte patroon van interesse en motivatie kan een impact hebben op het leren.

Velen onder hen hebben aandachtsproblemen of zijn hyperactief¹²¹, wat hun schoolse leren nog meer kan belemmeren. Ook faalangst en een laag zelfvertrouwen spelen vaak een rol bij zwakke prestaties. Ze kunnen tevens problemen hebben met planning en organisatie.

Voor meer informatie over de diagnostiek van leerproblemen verwijzen we naar de protocollen Diagnostiek bij lees- en spellingproblemen en vermoeden van dyslexie en Diagnostiek bij rekenproblemen en vermoeden van dyscalculie.

¹²⁰ Zie ook Etiologie, Psychologische theorieën.

¹²¹ In de DSM-5 behoort, anders dan voorheen in de DSM-IV, comorbiditeit ASS en ADHD tot de mogelijkheden. Op jonge leeftijd kan ASS van ADHD onderscheiden worden door het abnormale oogcontact, beperkt gebruik van gebaren, vreemd gebruik van voorwerpen en ongewone lichaamshoudingen en/of hypoactiviteit. Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

- **Verstandelijke problemen**

Zowat een kwart tot maximaal de helft van de ASS-groep heeft een verstandelijke beperking, de andere helft is zwak- tot goedbegaafd.

De DSM-5 volgend moet voor comorbiditeit ASS en verstandelijke beperking, de sociale communicatie lager zijn dan te verwachten op basis van het algemeen ontwikkelingsniveau van die persoon. Om het niveau van functioneren in te schatten bij leerlingen met een verstandelijke beperking wordt overgegaan naar het protocol Diagnostiek bij vermoeden van zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking. Onderzoek naar het adaptieve gedrag is hierbij van cruciaal belang. Een IQ alleen kan misleidend zijn. Leerlingen met ASS presteren in testsituaties vaak beter dan in de sociale en functionele context en net over dat functioneren binnen die context gaat het bij adaptief gedrag. Leerlingen met ASS hebben meestal een disharmonisch intelligentieprofiel, met pieken en uitvallers, uitgesproken sterktes en zwaktes die betekenisvol zijn voor de didactische en pedagogische benadering.

- **Taalproblemen**

In de DSM-5 is voor ASS het criterium van 'achterstand in of volledige afwezigheid van de ontwikkeling van de gesproken taal' weggelaten. Dit was in de DSM-IV-TR opgenomen bij Autistische stoornis en differentieerde zo (samen met de andere kwalitatieve beperkingen in de communicatie) met de Stoornis van Asperger en PPD-NOS. Het valt nog af te wachten wat de impact van deze wijzigingen zal zijn op de diagnostische praktijk en begeleiding voor kinderen en jongeren met communicatieve problemen.

Volgens de DSM-5 valt iemand met tekorten in de sociale communicatie waarvan de symptomen verder niet voldoen aan de criteria voor ASS, mogelijk wel binnen de criteria voor de nieuwe stoorniscategorie Sociaal (Pragmatische) Communicatiestoornis. Bovendien is comorbiditeit mogelijk van ASS met een taalstoornis.

Voor meer informatie over de diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen verwijzen we naar het Protocol Diagnostiek bij problemen in spraak- en/of taalontwikkeling'.

- **Motorische problemen**

Een groot aantal kinderen met ASS heeft problemen op het gebied van de motorische ontwikkeling en is onhandig, krampachtig of houterig. Hun motorische problemen zijn zeer heterogeen van aard. Problemen kunnen zich situeren op vlak van gangpatroon, evenwicht, coördinatie, motorische voorbereiding en planning, fijne en grof motorische vaardigheden, gebaren, ... Het is belangrijk dat de motorische problemen onderkend en benoemd worden.

Voor meer informatie verwijzen we naar het Protocol Diagnostiek bij vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling en/of vermoeden van een motorische ontwikkelingsstoornis'

- **ADHD**

Volgens de DSM-IV-TR konden ADHD en ASS niet samen gediagnosticeerd worden. DSM-5 laat dit wel toe. Het valt af te wachten wat de impact zal zijn op de diagnostische praktijk.

- **Externaliserend probleemgedrag**

Problemen met het doseren van gevoelens of affect gaan samen met ASS, bijvoorbeeld woede-uitbarstingen. Deze kinderen en jongeren kunnen agressief en heel explosief gedrag vertonen. Hierbij zijn ze echter zelden gericht agressief om anderen te kwetsen en kunnen ze de sociale gevolgen van hun daden niet goed inschatten¹²².

Probleemgedrag bij veel kinderen met ASS is een graadmeter voor de mate van sensitiviteit en afstemming van de omgeving op het autistisch denken. Het doet zich vooral voor wanneer kinderen of jongeren met ASS gestresseerd zijn door overprikkeling, onvoorspelbaarheid, onduidelijkheid, ... en geen andere manier hebben om dat te uiten¹²³.

Elders in dit protocol wordt meer uitgebreid ingegaan op (externaliserende) gedragsproblemen en –stoornissen.

- **Medische problemen**¹²⁴

Epilepsie komt vaak¹²⁵ voor bij ASS. Bij kinderen met epilepsievarianten, die op jonge leeftijd zijn begonnen, zijn de ouders en zo de school meestal op de hoogte van de epilepsie. Maar vrij vaak treedt het eerste insult pas in de preadolescentie of in de adolescentie op en dan is de leerkracht vaak de eerste die met de epilepsie wordt geconfronteerd.

Visuele of auditieve perceptuele stoornissen kunnen samengaan met ASS. Bij een vermoeden van visus- of gehoorsproblemen worden kinderen en jongeren met ASS best onderzocht door een arts die ervaring heeft met de eigenheid van de stoornis. Differentiaaldiagnostisch vertonen leerlingen met visus- en/of gehoorsproblemen maar zonder ASS binnen hun mogelijkheden een normale sociale communicatie en interactie en een gevarieerd repertorium van bezigheden en interesses.

¹²² Voor het onderscheid tussen reactieve en proactieve agressie, zie Gedragsproblemen en gedragsstoornissen, Definities en begrippen

¹²³ Vanderplasschen W. en Naert J. (red.), Wetenschappelijke evaluatie bij het protocol gedrags- en/of emotionele problemen, april 2013

¹²⁴ Gillberg C. & Peeters T., Autisme. Medisch en educatief. OCA & U. Göteborg, 1995

¹²⁵ Bij 20 tot 29% van de adolescenten met ASS werd epilepsie vastgesteld. Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429

3.6 Etiologie¹²⁶

3.6.1 Biologische factoren

Op basis van de huidige stand van zaken van het genetisch en neurologisch onderzoek mogen we aannemen dat de gedragsdiagnose ASS een neurobiologische onderbouw heeft met een complex overervingsmechanisme waarbij meerdere genen op meer dan één chromosoom een rol kunnen spelen¹²⁷. Op neurobiologisch niveau zijn er aanwijzingen voor een verstoring van de neuronale organisatie, de corticale connectiviteit en de neurotransmittertrajecten.

Bij 5 tot 10% van de personen met ASS past de ASS binnen een ruimer genetisch syndroom, bijvoorbeeld in het fragiele-X-syndroom, tubereuze sclerose, het Angelmansyndroom, syndroom van Rett, ... In de DSM-5 kan dit gespecificeerd worden als 'ASS geassocieerd met een gekende medische of genetische conditie of omgevingsfactor'.

3.6.2 Psychologische theorieën¹²⁸

Een aantal (neuro)psychologische theorieën helpen ons om ASS beter te begrijpen en aangrijpingspunten te geven voor het handelen. Geen enkele ervan is echter voldoende specifiek, noch verklaren ze het volledige gedragsbeeld.

- **Zwakke theory of mind**

De theory of mind-hypothese verwijst naar de normale ontwikkeling. Een jong kind verwerft spontaan het besef dat een ander, net als hijzelf, een eigen persoonlijke binnenkant heeft, een innerlijke wereld van ideeën en gevoelens. De vakterm voor die kennis is 'theory of mind'¹²⁹. Het is de bekwaamheid om mentale toestanden zoals bedoelingen, wensen, kennis, meningen, ... toe te kennen aan zichzelf en anderen. Deze bekwaamheid ontwikkelt vooral tijdens de kleutertijd en verbetert met de leeftijd.

Wetenschappers zochten in een theory of mind-tekort de verklaring voor de moeite die kinderen met ASS hebben om zich in te leven in wat andere mensen denken, voelen, weten, wensen. Deze betekenisvolle theorie leverde heel wat inzichten op en verklaart een aantal sociaal-communicatieve problemen, maar kon toch geen afdoende antwoord geven op de problemen die zij pretendeerde te verklaren. Zo bood zij geen verklaring voor de moeilijkheden van kinderen met ASS beneden de leeftijd van drie jaar.

¹²⁶ Zie Inleiding, Verschillende theoretische benaderingen en Roeyers H., *Autisme: alles op een rijtje*, Acco, Leuven, 2008

¹²⁷ Roeyers H. & Warreyn P., *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*, in: Prins P. & Braet C., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 431-432

¹²⁸ Roeyers H., *Autisme, Alles op een rijtje*, Acco, Leuven, 2008

¹²⁹ Vermeulen P., *Dit is de titel*, EPO, Antwerpen, 1996

- Mogelijke voorlopers van theory of mind
 Jonge kinderen met ASS hebben problemen met imiteren. Ze vertonen tekorten in de imitatie van aangezichtsbewegingen, van lichaamsbewegingen en van handelingen met voorwerpen. Die imitatieproblemen kunnen vaak al vastgesteld worden vóór achttien maanden.
 Ook zijn hun vaardigheden voor het delen van aandacht (joint attention) verstoord. Er werden soms al op de leeftijd van één jaar tekorten vastgesteld en dit op vlak van het volgen van iemands blik, het vragend wijzen en het voor het plezier wijzen om samen met iemand de aandacht voor een voorwerp te delen.
 Imitatieproblemen bleken belangrijke voorspellers van ASS op latere leeftijd. Ze vormen een belangrijk aandachtspunt bij de vroegdiagnostiek en bij vroegtijdige interventies. De joint attention-vaardigheden zijn duidelijk verstoord bij kinderen met ASS. Toch is het geen alles-of-niets-verhaal. Het is belangrijker om oog te hebben voor de gebrekkige kwaliteit van het joint-attentiongedrag dan voor de aan- of afwezigheid van specifiek gedrag zoals wijzen.

- **Executieve disfuncties**¹³⁰

Executieve functies zijn mentale processen voor het plannen en het controleren van het denken en doen. Ze omvatten onder meer:

- planning of het vermogen om vooruit te kijken vooraleer met de uitvoering van een taak te starten;
- werkgeheugen of de vaardigheid om informatie in het geheugen te houden bij het uitvoeren van complexe taken;
- metacognitie of het vermogen om een stap terug te doen en zichzelf en de situatie te overzien om te bekijken hoe men een probleem aanpakt;
- emotieregulatie of het vermogen om emoties te reguleren om doelen te realiseren, taken te voltooien of gedrag te controleren;
- taakinitiatie of het vermogen om zonder dralen aan een taak te beginnen, op tijd en op efficiënte wijze;
- flexibiliteit of het vermogen om tijdens een taak plannen te herzien en aan te passen aan veranderende omstandigheden.

Heel wat kinderen en jongeren met ASS hebben problemen met één of meerdere van deze functies, maar niet allemaal. Het executief disfunctioneren kan heel wat ASS-problemen verklaren, zoals beperkte interesses, stereotypieën en sociale tekorten, maar lang niet allemaal. Omdat de problemen met executieve functies voor deze leerlingen significant en aanhoudend lijken te zijn, bestaat er een grote

¹³⁰ Zie Bijlage 12: Executieve functies

behoefte aan langdurige en consistente interventies met betrekking tot executieve functies¹³¹.

- **Zwakke centrale coherentie**¹³²

Centrale coherentie betreft vooral een cognitieve informatieverwerkingsstijl. Personen zonder ASS hebben een neiging om informatie globaal te verwerken, rekening houdend met de context. Dit wil zeggen dat mensen normaal gesproken automatisch een geheel zien in plaats van verschillende delen en dat ze er ook rekening mee houden dat twee gelijkaardige voorwerpen een andere functie kunnen hebben naargelang de context. Bij mensen met ASS is dit niet het geval. Ze zijn sterk gericht op details en hebben moeite om die details te integreren tot een groter geheel en er betekenis aan te geven vanuit de samenhang met de context.

Een gebrekkige centrale coherentie verklaart heel wat kenmerken van ASS, zoals de gebrekkige transfer van iets wat geleerd is van de ene situatie naar de andere en de aandacht voor details. Ze verklaart ook een aantal sociaal-communicatieve problemen, zoals letterlijke interpretaties zonder rekening te houden met de context, en de vaak ongewone intelligentieprofielen met pieken en uitvallers.

3.6.3 Transactionele factoren¹³³

Hoewel ASS en sterk genetisch bepaalde, levenslange stoornis is, kunnen omgevingsinvloeden wel impact hebben op de ernst van de symptomatologie en de ontwikkeling van het kind met ASS. Vroegtijdige detectie maakt vroege interventie mogelijk, evenals het maken van de nodige aanpassingen aan de omgeving van het kind. Dit helpt secundaire gedragsproblemen voorkomen die voor veel stress kunnen zorgen en elkaar op transactionele wijze versterken. Zo kunnen concrete richtlijnen voor de omgang met een kind met ASS er voor zorgen dat ouders zich (weer) competent voelen in hun ouderschap.

Transactionele ontwikkelingsmodellen voor ASS staan nog in de kinderschoenen. Ze doen een poging om te verduidelijken hoe perceptueel-cognitieve vaardigheden zowel getriggerd als veranderd worden door sociale ervaring. Daarbij gaat men er van uit dat kinderen met ASS heel vroeg in de ontwikkeling een neurale stoornis vertonen waardoor de verwerking van complexe en/of sociale stimuli niet adequaat

¹³¹ Ozonoff S. & Griffith E., Neuropsychological function and the external validity of Asperger syndrome, in: Klin, A., Volkmar, R. & Sparrow, S., Asperger syndrome Guilford Press, New York, 2000, blz. 72-96; Akshoomoff N., The neuropsychology of autistic spectrum disorder. Developmental neuropsychology, 27(3), 2005, blz. 307-310; Attwood T., Hulp-gids Aspergersyndroom: de complete gids. Nieuwezijds, Amsterdam, 2007;

¹³² Vermeulen P., Dit is de titel, EPO, Antwerpen, 1996

¹³³ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 431-432 en 437

verloopt. Hierdoor missen ze kritische sociale leerervaringen die de basis vormen voor de latere sociale en communicatieve ontwikkeling.

3.7 Beschermende factoren en prognose

Gezien de grote heterogeniteit binnen het autismespectrum van onder andere taal, cognitief functioneren, sociale interacties en gedrag, is het voorspellen van het verloop zeer moeilijk¹³⁴. Op niveau van de leerling zijn voorspellers voor de evolutie op langere termijn: de kwaliteit van de vroege taal- en spraakontwikkeling, de specifieke competenties, het begaafdheidsprofiel en de leeftijd waarop de diagnose werd gesteld.

Zo is de aanwezigheid van communicatieve spraak op vijf jaar een gunstig aspect, evenals het hebben van een specifieke vaardigheid, bijvoorbeeld goed kunnen werken met computers. Ook vroege detectie en interventie verbeteren de prognose.

Leerlingen met ASS en een normale begaafdheid hebben wel een gunstiger onderwijsloopbaan, maar hun sociale handicap is ernstig en blijft levenslang aanwezig. Ze vertonen vaak denkstoornissen, bizarre ideeën, angst, dwang en socio-emotionele of gedragsproblemen. Als volwassene blijven ze specifieke moeilijkheden ervaren met de organisatie van hun leven, zoals huishouden, vrije tijd, budgettering, jobuitoefening, het maken van keuzes, overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels, het ontwikkelen en in stand houden van vriendschap- en partnerrelaties, zich staande houden in onze wereld¹³⁵. Vaak hebben ze levenslange supervisie en support nodig. Anderzijds kan hun alternatieve denkstijl ervoor zorgen dat mensen met ASS uitmunten in specifieke taken die precisie, gerichtheid op visuele detail, logica en striktheid vereisen. In die eigen manier van denken schuilt ook een aparte soort creativiteit die ons vanzelfsprekend coherentie-denken kan doorbreken¹³⁶.

Bij een ernstige verstandelijke beperking én ASS blijken de stoornissen in de sociale sfeer, zoals ruiken aan mensen, ernstiger te zijn. Verder vindt men meer automutilatie en stereotypieën en meer en ernstigere taal- en gedragsstoornissen¹³⁷.

Begaafde adolescenten met ASS zijn heel kwetsbaar voor bijkomende problemen. Op die leeftijd worden ze zich bewust van hun moeilijkheden en vaak krijgen ze te maken met meer stress, die een gevolg is van te hoge verwachtingen vanuit de omgeving. Te hoge verwachtingen kunnen resulteren in een bijkomende depressie

¹³⁴ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 430

¹³⁵ VVA. Autisme, een handicap met vele gezichten, Brochure van de Vlaamse Vereniging Autisme vzw, blz. 30, Zie www.pass-partout.be/velegezichten

¹³⁶ Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

¹³⁷ Mulders M. (red.), Autisme: aanpassen en veranderen, Handboek voor de ambulante praktijk, Van Gorcum, Assen, 1996

maar ook aanleiding geven tot angststoornissen en bijgevolg een meer negatieve prognose¹³⁸.

Op niveau van de omgeving blijken de algemene positieve kenmerken geldig, in samenhang met sensitiviteit en afstemming van de verwachtingen. Formele en informele steun uit de omgeving kunnen eveneens een rol spelen.

¹³⁸ Vermeulen, P., Beter vroeg dan laat, EPO & VVA, Antwerpen, 2002

4. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen¹³⁹

4.1 Verschijningsvorm¹⁴⁰

Ongewenst gedrag vertonen is een deel van een normale ontwikkeling. Vrijwel alle kinderen kennen periodes waarin ze opstandig zijn en/of agressief gedrag vertonen, niet luisteren, liegen, eigenwijs zijn, ingaan tegen opgelegde regels, vechten, meedoen aan pesterijen,

Ongehoorzaamheid, verzet, driftbuien en negativisme kunnen gezien worden als een sociale strategie. Minder sociaal vaardige en/of jongere kinderen hanteren vooral strategieën zoals directe uitdaging en passieve ongehoorzaamheid om zich te verzetten tegen de socialisatie door ouders. Meer sociaal vaardige en/of oudere kinderen maken eerder gebruik van de onderhandeling waardoor ze zich op een meer actieve en handige manier verzetten tegen de ouderlijke verzoeken. Zo kunnen de ouders worden overtuigd om hun verzoeken aan te passen. Deze strategie is relatief indirect en niet tegen de ouders gericht. In de normale ontwikkeling verminderen directe uitdaging en passieve ongehoorzaamheid naargelang de leeftijd, terwijl de onderhandeling toeneemt.

Om onderscheid te maken tussen problematisch gedrag en een gedragsstoornis, moet ook de opvoedingscontext in kaart worden gebracht. Indien opstandig en/of agressief gedrag zich bijvoorbeeld enkel voordoet tegenover de ouders en niet tegenover andere autoriteitsfiguren, kan het om een interactieprobleem binnen het gezin gaan. Ook in de normale ontwikkeling falen kinderen regelmatig bij het nakomen van ouderlijke verzoeken¹⁴¹. Bij een antisociale gedragsstoornis daarentegen gaat het om aanhoudend antisociaal gedrag met impact op het schoolse en sociale functioneren¹⁴².

Vooraleer het vermoeden van een gedragsstoornis te formuleren, is het eveneens aangewezen om de ruimere sociale en economische context waarin dit gedrag vertoond wordt, in overweging te nemen¹⁴³. Het wangedrag van sommige jongeren kan een aanpassing zijn (geweest) aan een deviante omgeving, eerder dan een symptoom van een gedragsstoornis. Zo kan agressief reageren voortvloeien uit de noodzaak om zichzelf te verdedigen in hoogcriminele buurten of een overlevingsstrategie geweest zijn van jongeren die opgroeiden in oorlogsgebied.

¹³⁹ Onder 'gedragsstoornis' begrijpen we in dit protocol de oppositioneel-opstandige en de antisociale gedragsstoornis.

¹⁴⁰ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

¹⁴¹ Webster-Stratton & Herbert, 1994 in: Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence*. Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 171

¹⁴² Van Lieshout T., *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 223

¹⁴³ Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence*, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 299

Verder is het belangrijk om jongeren die zich non-conformistisch opstellen, uitdagen, uitgesproken ideeën verkondigen, ... niet te pathologiseren. Deze kenmerken kunnen op lange termijn potentiële bronnen zijn van veerkracht, creativiteit of uiting van talent.

Kinderen en jongeren met een gedragsstoornis verschillen onderling sterk, maar het

- het situeert zich in de interactie tussen de jongere en bijvoorbeeld leeftijdsgenoten, ouders, leerkracht, ...;
- de jongere en/of de omgeving ondervinden er hinder van;
- het is hardnekkig.

Bij antisociaal gedrag is er bovendien sprake van een dader en slachtoffer(s).

Hieronder bespreken we de verschillende wijzen waarop gedragsmoeilijkheden tot uiting kunnen komen doorheen de ontwikkeling van kinderen en jongeren. We inspireren ons daarbij op het vierfasenmodel zoals beschreven door Patterson waarbij een coërcief/dwingend gedragspatroon tussen kind en ouders uit de kleutertijd in de lagere school kan worden uitgebreid naar de interactie met andere volwassenen en in de adolescentie kan evolueren naar antisociaal gedrag¹⁴⁴. De beschrijving van dit traject hoeft niet te betekenen dat kinderen of jongeren die de eerste stap zetten, ook alle daaropvolgende stappen nemen. Het model geeft aan wat mogelijke factoren zijn waarop kan ingegrepen worden om een ontwikkelingspad te verlaten of om te buigen. Patterson zet daarbij sterk in op het verbeteren van de ouderlijke vaardigheden¹⁴⁵.

4.1.1 De peuter- en kleutertijd

Een peuter/kleuter groeit in zelfstandigheid en creëert afstand, dit zowel fysiek als psychologisch. Hij wordt ongehoorzaam, reageert meer met verzet of gedraagt zich opstandig. Zo traint hij zijn onafhankelijkheid, terwijl hij zich wel op zijn hechtingsfiguur blijft oriënteren als op een veilige haven. De toenemende noodzaak van begrenzing leidt vaak tot botsingen en stelt de opvoedingsrelatie voor nieuwe uitdagingen. Kleine kinderen leren immers heel snel hoe ze met 'dwinggedrag'¹⁴⁶ als aandringen en zeuren, hun zin kunnen doordrijven.

Dwinggedrag komt in elk gezin voor en is op zich niet problematisch. Veel ouders gaan er creatief en soepel mee om. Wanneer ouders echter – om welke reden dan ook – pedagogische onmacht ervaren om consequent en consistent grenzen te stellen, dan verliezen ze controle over het kind. Ze merken het positieve gedrag van het kind niet meer op en geven enkel nog negatieve boodschappen. In het gezin ontstaat hierdoor een sfeer met weinig warmte en betrokkenheid.

¹⁴⁴ Peeters J., *Antisociale jongeren*, Garant, Antwerpen, 2003

¹⁴⁵ Zie ook *Etiologie, transactionele factoren*

¹⁴⁶ Zie ook *Definities en begrippen, coërcief gedrag of dwinggedrag*

Het kind op zijn beurt voelt zich afgewezen en is niet meer gemotiveerd om gewenst gedrag te stellen. De negatieve sfeer en het negatief interactiepatroon laten niet toe dat het kind zich voldoende veilig kan hechten¹⁴⁷.

Het negatief interactiepatroon met dwinggedrag installeert zich wanneer het kind 5 à 6 jaar is. Twee derde van de adolescenten met een gedragsstoornis heeft een voorgeschiedenis met een extreme vorm van dit coërcieve proces.

Anders dan de DSM-IV-TR geeft de DSM-5 aan dat voor een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) bij kinderen jonger dan 5 jaar een boze/geïrriteerde stemming of uitdagend gedrag zich moet voordoen op de meeste dagen in een periode van ten minste 6 maanden. Vanaf 5 jaar volstaat het dat dit zich één maal per week voordoet. Tegelijkertijd blijft het wel belangrijk om bij deze minimale frequentie na te gaan of de frequentie en intensiteit van het gedrag hoger is dan kenmerkend voor het ontwikkelingsniveau, het gender en de culturele context.

4.1.2 De lagere schooltijd

In de lagere schooltijd wint de leeftijdsgroep aan belang. Samen delen, elkaar helpen en ander sociaal gedrag nemen toe, terwijl fysieke agressie afneemt. De relatievaardigheid van een kind wordt vooral gekenmerkt door toenemende sociale perspectiefneming, toenemende sociale problem-solving en toenemende empathie¹⁴⁸. Het kind leert om situaties te bekijken vanuit uiteenlopende standpunten waarbij de rechten en gevoelens van anderen in rekening worden gebracht. Deze perspectiefneming is fundamenteel voor de morele ontwikkeling en empathie en kan de neiging om zich op een agressieve en antisociale manier te gedragen tegengaan. Aanvaarding door leeftijdgenoten gaat de gedrags- en emotionele ontwikkeling beïnvloeden. Wie verworpen wordt, om welke reden dan ook, loopt een ernstig ontwikkelingsrisico. Eens uitgesloten, is er een verhoogde kans dat het kind leeftijdgenoten gaat mijden en zo steeds meer geïsoleerd raakt. Zijn kansen om sociaal competent gedrag te leren nemen af.

Kinderen die in interactie met hun ouders geleerd hebben om begrenzing van hun gedrag via dwingend gedrag te ontwijken, gebruiken dit dwingend gedrag ook buitenshuis. De omgeving reageert hierop negatief en er ontstaat een nieuwe spiraal van negativiteit. Door ook op school¹⁴⁹ de regels naar zijn hand trachten te zetten en zijn zin door te drijven, wordt het kind afgewezen door de meer sociaal aangepaste leeftijdgenoten.

Wanneer de school enkel gebruik maakt van sancties om dit gedrag in goede banen te leiden, heeft dit vaak niet het gewenste effect. Het kind leert dat zijn gedrag niet gedoogd wordt, maar krijgt geen alternatief aangeboden. Veelvuldige straffen kunnen

¹⁴⁷ Zie Definities en begrippen, Gehechtheid

¹⁴⁸ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

¹⁴⁹ Er is een hoge correlatie (.73) tussen gedragsproblemen thuis en op school.

ervoor zorgen dat het kind in opstand komt, opnieuw gestraft wordt en zijn gedrag gelegitimeerd ziet door de reacties van de leerkrachten. De ouders hebben tegen deze tijd veelal het gezag over hun kind verloren.

Binnen een dwingend interactiepatroon oefent het kind onvoldoende in emotionele zelfcontrole. Het leert enkel met agressie reageren op moeilijkheden in relationele situaties. Het ontwikkelt een lage frustratietolerantie en weinig doorzettingsvermogen. Door zijn beperkte gedragsrepertorium heeft het problemen om positieve relaties aan te gaan. Vaker dan andere kinderen zal dit kind sociale situaties verkeerd interpreteren en er inadequaat op reageren¹⁵⁰.

Ook schoolse vaardigheden lijden onder de beperkte zelfregulatie: omdat het kind niet geleerd heeft zichzelf te reguleren, het niet kan stilzitten, weinig taakspanning heeft, zich niet kan concentreren op een taak en dreigt het te mislukken op school. Het krijgt vaak opmerkingen en komt opnieuw in een negatieve spiraal terecht. Op school faalt het kind dubbel: zowel in de ontwikkeling van sociale vaardigheden als voor de schoolse vaardigheden. Bijkomend aan de gedragsproblemen kan dit uitmonden in emotionele moeilijkheden, zoals een depressieve stemming of stoornis.

4.1.3 De adolescentie

In de adolescentie bereikt het autonomiestreven een hoogtepunt. Het behoort tot normaal gedrag om gedurende de adolescentie de regels en grenzen te testen. Het gedrag is doorgaans van voorbijgaande aard en situationeel bepaald. De jongere streeft ernaar om meer op zichzelf en minder op zijn ouders te steunen bij het nemen van beslissingen. Nochtans blijft de ouder-kind relatie vitaal in de ontwikkeling van de jongere tot een autonoom, verantwoordelijk individu. De groep van leeftijdsgenoten neemt verder in belang toe. Relaties met leeftijdsgenoten kunnen zowel negatief als positief zijn. In positieve zin fungeren ze als brug tussen het gezin en de volwassen sociale rollen.

Jongeren die in de voorgaande fasen geen sociale vaardigheden geleerd hebben, blijven het risico lopen geen aansluiting te vinden bij sociaal vaardige leeftijdsgenoten en zo minder kansen te krijgen sociaal gedrag te leren. Tegen het einde van de basisschool sluiten ze zich aan bij minder sociaal vaardige leeftijdsgenoten, die elkaar versterken in hun agressieve en antisociale gedrag. Tieners met antisociaal gedrag hebben dikwijls al vanaf 12- à 13-jarige leeftijd contact met de politie.

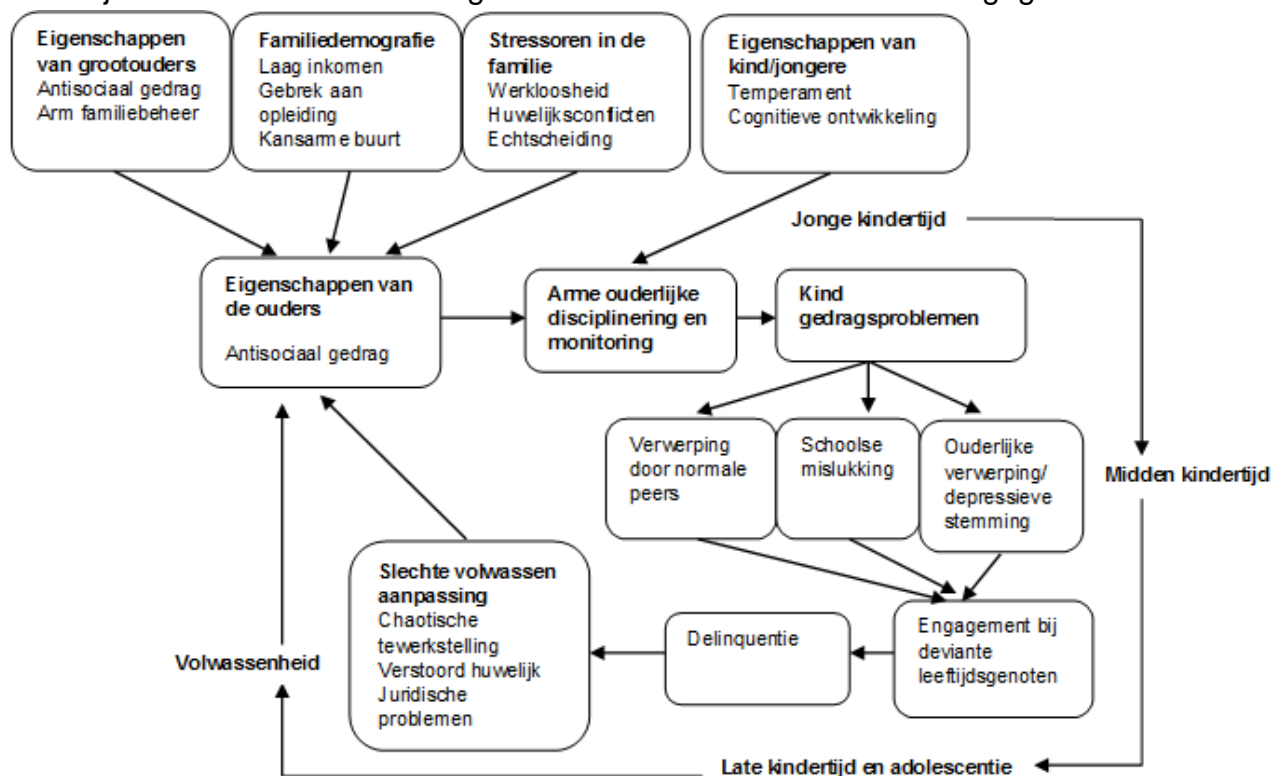
Zo wordt doorheen de adolescentie het verschil met sociaal aangepaste leeftijdsgenoten alsmaar groter. De jongere geraakt van hen geïsoleerd, waardoor hem opnieuw de kans ontnomen wordt om sociale vaardigheden te leren.

Doordat het antisociaal gedrag volwassenen vaak confronteert met hun handelingsonbekwaamheid, wordt de jongere ongemoeid gelaten, wat zijn gedrag

¹⁵⁰ Zie ook Etiologie, Psychologische factoren, Sociale informatieverwerking

alleen maar versterkt. Thuis is er niet zelden sprake van ouderlijke verwerping. Op school hoort hij vaak negatieve berichten over zijn gedrag. Zijn schoolloopbaan wordt gekenmerkt door mislukkingen. Hij wordt schoolmoe, beleeft weinig plezier op school en spijbelt liever. Zijn emotioneel welbevinden en zelfwaardegevoel zijn erg laag, mogelijk in combinatie met emotionele moeilijkheden en stemmingswisselingen. Doordat deze jongeren elkaar ondersteunen in hun antisociaal gedrag, komen zij bijna automatisch terecht in de volgende fase met een algemene beperkte sociale integratie en verhoogde kans op contact met gerecht en hulpverlening. Volwassen met een voorgeschiedenis van frequent coërcief en antisociaal gedrag hebben meer kans op werkloosheid, slechte huisvesting, laag inkomen, veelvuldig relatieproblemen, gezondheidsproblemen, betrokkenheid bij ongevallen en contacten met politie en justitie. In 30 tot 50 % van de gevallen zet een antisociale gedragsstoornis zich voort tot een antisociale persoonlijkheidsstoornis in de volwassenheid.

Model naar Patterson van de ontwikkeling van een antisociale gedragsstoornis waarbij tevens de circulaire intergenerationale invloeden worden aangegeven ¹⁵¹



¹⁵¹ Wenar C. & Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 326 zie ook http://www.vlor.be/sites/www.vlor.be/files/pdf_04.pdf

4.2 Definities en begrippen

Gedragsstoornis¹⁵²

In dit protocol wordt 'gedragsstoornis' gebruikt als overkoepelende term voor

- oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, in het Engels 'Oppositional Defiant Disorder' of ODD
- antisociale gedragsstoornis¹⁵³, in het Engels 'Conduct Disorder' of CD

In de internationale literatuur worden beide stoornissen vaak samen benoemd als 'Disruptive Behavior Disorders' of DBD.

Coërcief gedrag of dwinggedrag¹⁵⁴

Dwinggedrag is een irriterend, onaangenaam gedrag waarmee geprobeerd wordt een andere persoon (meestal een ander gezinslid) zodanig onder druk te zetten dat deze niet langer aandringt of doet wat geëist wordt.

Vormen van dwinggedrag zijn:

1. Weigergedrag: opdrachten, zoals huishoudelijke taken, huiswerk, ... systematisch naast zich neerleggen
2. Eisend gedrag: aandringen, zeuren, agressief gedrag, ... om persoonlijke voordelen af te dwingen.

Oppositieel-opstandig gedrag¹⁵⁵

Gedrag noemen we 'oppositieel' wanneer kinderen/jongeren zich verzetten tegen de leiding van volwassenen. Dit kan onder de vorm van passief of actief verzet. Bij mild, passief verzet gaan kinderen door met waarmee ze bezig zijn en doen alsof ze de opdracht niet gehoord hebben. Bij een meer actieve vorm van oppositieel gedrag reageren ze opstandig of weigeren ze ronduit een opdracht.

De term 'oppositieel-opstandig gedrag' verwijst naar het geheel van mogelijke gedragingen die in de DSM gelinkt worden aan een oppositieel-opstandige gedragsstoornis of ODD. In de DSM-IV-TR wordt dit beschreven als een patroon van negativistisch, vijandig of openlijk ongehoorzaam gedrag. De DSM-5 behoudt de symptomen maar maakt duidelijker het onderscheid tussen stemming en gedrag: 'a pattern of angry/irritable mood, argumentative/defiant behavior, or vindictiveness'¹⁵⁶.

¹⁵² ICD-10 (zie codes F.91.0 en volgende) en DSM-5 (zie codes 313.81 en 312.81, 312.82, 321.89)

¹⁵³ Een vertaling van Conduct Disorder als 'gedragsstoornis' scheidt verwarring tussen de overkoepelende categorie en de specifieke stoornis.

¹⁵⁴ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

¹⁵⁵ Matthys W., Gedragsstoornissen bij kinderen, Hogrefe, Amsterdam, 2011, 7-10

¹⁵⁶ Mogelijk te vertalen als 'een patroon van boze/prikkelbare stemming, dwars/uitdagend gedrag of wraakzuchtig gedrag'.

Prosociaal gedrag¹⁵⁷

Prosociaal gedrag wordt doorgaans gebruikt als tegenpool van antisociaal gedrag en verwijst naar regelhanterend en normvolgend gedrag. Prosociaal gedrag is niet alleen gericht op het eigen welzijn, maar ook op dat van anderen en komt overeen met 'sociaal gewenst gedrag'.

Antisociaal gedrag¹⁵⁸

Antisociaal gedrag verwijst naar ernstige regel- en normovertredingen. Het kan gaan om vechten of stelen (waarbij de fundamentele rechten van anderen geweld worden aangedaan) of liegen of spijbelen (waarbij belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden).

Delinquent gedrag¹⁵⁹

Delinquent gedrag is een juridisch-maatschappelijk begrip dat staat voor wetovertredend gedrag. Wanneer antisociaal gedrag delinquent genoemd wordt, hangt af van de wetgeving van een land en de leeftijd vanaf wanneer iets strafbaar wordt. In Vlaanderen valt dit samen met de meerderjarigheid. Voor minderjarigen wordt juridisch gezien niet gesproken over een delict of strafbaar feit, maar over een 'als misdrijf omschreven feit'.

Delinquentie valt niet samen met een antisociale gedragsstoornis. Zo kan een adolescent die zich schuldig maakt aan enkele tasjesroven delinquent genoemd worden, zonder dat er sprake is van een antisociale gedragsstoornis. Hij laat vooralsnog geen persisterend patroon van minstens drie verschillende antisociale gedragingen zien. Anderzijds kan voldaan zijn aan de criteria van een antisociale gedragsstoornis zonder dat er wettelijke regels werden overtreden.

Agressief gedrag

Agressief gedrag kan beschouwd worden als een vorm van antisociaal gedrag. Het is bedoeld om anderen schade te berokkenen¹⁶⁰ en is steeds opzettelijk en intentioneel. Het indelen van agressief gedrag volgens uitingsvorm of functie kan aanknopingspunten bieden voor het handelen¹⁶¹.

¹⁵⁷ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

¹⁵⁸ Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, 529-538

¹⁵⁹ Uit Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000, blz. 117

¹⁶⁰ Anderson & Bushman, 2002 in: Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationale agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties, in Kind en adolescent review, Jaarboek 7, Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, 2007-2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, blz. 99

¹⁶¹ Prins, 1994, in: Van Manen T., Zelfcontrole, Een sociaal-cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010, blz. 14

Uitingsvormen van agressie:

- Fysieke agressie: het beschadigen van een andere persoon of een voorwerp door lichamelijk geweld zoals slaan, stompen, schoppen of vernielen¹⁶²;
- Verbale agressie: anderen wordt schade toegebracht via woorden en taalgebruik door bijvoorbeeld iemand openlijk te beledigen, te schelden of te bedreigen¹⁶³;
- Relationele agressie: het beschadigen van andermans relaties, van het gevoel van erbij te horen, van aanvaarding of vriendschap door bijvoorbeeld roddels te verspreiden, iemand bewust te negeren of te dreigen de vriendschap te verbreken indien de ander niet doet wat men vraagt¹⁶⁴.

Functies van agressie¹⁶⁵:

- Reactieve agressie volgt op frustratie, (een gevoel van) bedreiging of (een gevoel van) uitdaging door de andere(n). Het is een impulsieve of onbeheerste reactie en gaat gepaard met heftige emoties zoals angst of woede. Voorbeelden van reactieve agressie zijn roddels verspreiden, omdat men zich benadeeld voelt; iemand slaan, omdat die een duw gaf, ...
- Proactieve agressie is een berekende en gecontroleerde vorm van agressie. Agressief gedrag wordt ingezet om een doel te bereiken. Voorbeelden van proactieve agressie zijn slaan om speelgoed te bemachtigen, iemand uitdagen tot een vechtpartij om je eigen dominante positie in een groep te handhaven, afpersing, ...

Spijbelen¹⁶⁶

Ongeoorloofd schoolverzuim kan onderverdeeld worden in:

- absoluut verzuim: de leerling is niet in een school of onderwijsinstelling ingeschreven en volgt ook geen huisonderwijs;
- relatief verzuim of spijbelen: de ingeschreven leerling verzuimt les- of praktijktijd zonder geldige reden. Binnen deze ongeoorloofde afwezigheid van school of spijbelen wordt onderscheid gemaakt tussen incidenteel, berekend, periodiek en permanent spijbelen.

¹⁶² Crick & Grotpeter, 1995 in: Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationele agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties in Kind en adolescent review, Jaarboek 7, Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, 2007-2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, blz. 99

¹⁶³ Xie e.a. in: Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationele agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties, in: Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 2007/2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2007, blz. 99

¹⁶⁴ Crick, 1996; Crick, Bigbee, & Howes, 1996; Crick & Grotpeter, 1995 in: Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 2007/2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2007, blz. 100

¹⁶⁵ Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, 529-538 en Dodge, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 234

¹⁶⁶ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen/wat_is_spijbelen.htm

In combinatie met andere symptomen is 'vaak spijbelen, beginnend voor het 13^{de} jaar' een mogelijk symptoom van een antisociale gedragsstoornis.

Externaliserend probleemgedrag

Externaliserend probleemgedrag omvat ongewenst gedrag dat in de eerste plaats storend is voor anderen, zoals ongehoorzaamheid, agressiviteit, vernielzucht, driftbuien, ... De ASEBA-vragenlijsten hebben een schaal 'externaliserend probleemgedrag' die gevormd wordt door de combinatie van 'normafwijkend gedrag (bijvoorbeeld liegen, vandalisme) en 'agressief gedrag' (bijvoorbeeld andere bedreigen, tegenspreken).

Internaliserend probleemgedrag

Internaliserend probleemgedrag is gedrag waarvan het kind in eerste instantie zelf last heeft, zoals angst, lichamelijke klachten zonder duidelijke medische oorzaak. De ASEBA-vragenlijsten hebben een schaal met 'internaliserend probleemgedrag'. Deze groepeert de syndroomschalen 'teruggetrokken/depressief' (bijvoorbeeld veel alleen, voelt zich eenzaam), 'lichamelijke klachten' (bijvoorbeeld maagpijn, buikpijn) en 'angstig/depressief' (bijvoorbeeld zich waardeloos voelen, ongelukkig).

Gehechtheid¹⁶⁷

Gehechtheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een relatief duurzame affectieve relatie met één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig contact heeft.

Op basis van vroege ervaringen met verzorger(s) ontwikkelt een kind een hechtingssysteem¹⁶⁸ als een intern werkmodel waarin alle eerste emotionele ervaringen worden opgeslagen en verwerkt. Dit werkmodel verschaft het kind een leidraad en een basis voor latere interacties met zijn omgeving. Dit betekent evenwel niet dat het gaat om een niet te beïnvloeden kenmerk van een individu. In de loop van het leven en in interactie met de omgeving wordt het hechtingssysteem regelmatig aangevuld en bijgesteld. Anderzijds fungeert het werkmodel ook als een filter waarbij nieuwe informatie die sterk afwijkt van het huidige model, kan worden vervormd of uitgesloten.

Bij het ontstaan van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, is de kwaliteit van de gehechtheid een factor die andere risicofactoren versterkt¹⁶⁹. Voor een verband tussen kwaliteit van de gehechtheid en het ontstaan van een antisociale gedragsstoornis is geen evidentie gevonden¹⁷⁰.

¹⁶⁷ Bowlby en Ainsworth worden beschouwd als pioniers op het terrein van gehechtheid. Vanderploeg J.D., *Behandeling van gedragsproblemen, initiatieven en inzichten*, Lemniscaat, Rotterdam, 2005, 156-158 en Prins P. & Braet C., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 9

¹⁶⁸ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

¹⁶⁹ Speltz et al., 1995, in: Wenar C. en Kerig P. *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition*. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz.171

¹⁷⁰ Greenberg, Speltz & Deklyen, 1993 in: Wenar C. en Kerig P. *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition*. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 318

4.3 Criteria¹⁷¹

In dit protocol wordt ingegaan op twee vormen van gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren:

- de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, in het Engels ‘Oppositional Defiant Disorder’ of ODD;
- de antisociale gedragsstoornis, in het Engels ‘Conduct Disorder’ of CD.

De DSM-5 hanteert een andere indeling dan de DSM-IV-TR. In de DSM-IV-TR werden ODD en CD vermeld bij ‘aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen’. In de DSM-5 vallen deze stoornissen onder de rubriek ‘disruptive, impulse-control, and conduct disorders’.

DSM-IV-TR	DSM-5
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen <ul style="list-style-type: none"> • ADHD • Gedragsstoornis (CD) • Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) 	Disruptive, impulse-control and conduct disorders <ul style="list-style-type: none"> • Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) • Periodieke explosieve stoornis • Gedragsstoornis (CD) • Antisociale persoonlijkheidsstoornis • Pyromanie • Kleptomanie

Anders dan in de DSM-IV-TR kan ODD nu wel samen met CD gediagnosticeerd worden. Ook de mogelijke comorbiditeit van ODD, CD, ADHD en ASS met de periodieke explosieve stoornis wordt meer expliciet vermeld. Verder is er differentiaaldiagnostisch een nieuwe stoornis bijgekomen: Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Wanneer naast de criteria voor ODD ook voldaan is aan deze voor DMDD, krijgt DMDD voorrang.

Het valt nog af te wachten wat de impact van deze veranderingen zal zijn op de classificerende diagnostiek in Vlaanderen.

De symptomen voor ODD en CD zijn in de DSM-5 grotendeels gelijk gebleven ten opzichte van de DSM-IV-TR. Voor ODD worden ze wel anders geordend om zo naast ‘wraakzuchtig gedrag’ het onderscheid te maken tussen boze/geïrriteerde *stemming* en dwars/uitdagend *gedrag*. Bovendien kan nu net als bij CD ook de ernst

¹⁷¹ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013, codes 313.81 en 312.81, 312.82, 321.89

(licht/matig/ernstig) gespecificeerd worden. Voor CD is nieuw dat kan worden aangegeven of het gedragspatroon samengaat met beperkte 'prosociale emoties'.

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**¹⁷²

Er is sprake van ODD wanneer een kind langer dan zes maanden een patroon vertoont van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag¹⁷³ dat zich kenmerkt door bijvoorbeeld veelvuldige driftbuien, vaak ruziën met volwassenen, vaak actief weigeren de verzoeken van gezagsfiguren in te willigen, vaak opzettelijk hinderen van anderen, ... Dit gedrag doet zich voor in de interactie met ten minste één persoon die geen broer of zus is.

Het zijn de persistentie en frequentie van deze gedragingen die het onderscheid maken tussen normaal gedrag en gedrag dat symptomatisch is voor ODD. Voor kinderen onder de 5 jaar moet een symptoom bijna dagelijks voorkomen. Vanaf 5 jaar volstaat het dat gedrag zich één maal per week voordoet. Bij de interpretatie van deze minimale frequentie blijft het belangrijk om na te gaan of de frequentie en intensiteit van het gedrag hoger is dan kenmerkend voor het ontwikkelingsniveau, het gender en de culturele context.

Storend gedrag zorgt voor stress in de omgeving van de persoon of veroorzaakt beperkingen in het sociale, schools- of beroepsmatig functioneren.

De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens een psychotische, aan middelen gebonden, depressieve of bipolaire stoornis. Ook aan de criteria voor 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder' is niet voldaan.

De huidige ernst kan gespecificeerd worden als licht, matig of ernstig.

- **Antisociale gedragsstoornis**¹⁷⁴

Een antisociale gedragsstoornis wordt gekenmerkt door een zich herhalend, aanhoudend patroon van schending van de rechten van anderen of van belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels. Dit blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van ten minste drie van de volgende criteria, met ten minste de laatste zes maanden één criterium aanwezig: agressie gericht op mensen en dieren, vernieling van eigendom, leugenachtigheid of diefstal en/of ernstige schending van regels

Het storend gedrag veroorzaakt een ernstige beperking in het sociale, schools- en beroepsmatig functioneren.

¹⁷² American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

¹⁷³ De Engelse versie van DSM-5 spreekt van 'a pattern of angry/irritable mood, argumentative/defiant behavior or vindictiveness', mogelijk te vertalen als 'een patroon van boze/prikkelbare stemming, dwars/uitdagend gedrag of wraakzuchtig gedrag'.

¹⁷⁴ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

Afhankelijk van de beginleeftijd voor of na tien jaar gaat het om het type beginnend in de kindertijd of beginnend in de adolescentie. De DSM-5 voorziet ook een 'unspecified onset' wanneer er onvoldoende informatie beschikbaar is om de beginleeftijd te bepalen.

Indien mogelijk kan er gespecificeerd worden dat de CD samengaat met beperkte prosociale emoties, met name gebrek aan spijt of schuld; hardvochtigheid - gebrek aan empathie; onverschilligheid over prestaties of vlak of gebrekkig affect. De huidige ernst kan gespecificeerd worden als licht, matig of ernstig.

4.4 Prevalentie

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**

De prevalentiecijfers van de oppositieel-opstandige gedragsstoornis bij kinderen en jongeren schommelen tussen 1,8 en 6%¹⁷⁵. Het verschil in prevalentie tussen jongens en meisjes is onduidelijk. Sommige studies wijzen in de richting van hoger voorkomen bij jongens dan bij meisjes, andere geven vergelijkbare prevalenties. Overigens zijn deze prevalentie-onderzoeken gebaseerd op de DSM-IV-TR criteria waarbij ODD niet werd gediagnosticeerd als voldaan was aan de criteria voor CD.

- **Antisociale gedragsstoornis**

De prevalentie van een antisociale gedragsstoornis bij kinderen en jongeren wordt geschat tussen 1,5 en 5,4%¹⁷⁶.

Deze stoornis komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. Men schat dat ongeveer 9 % van de jongens en 2 % van de meisjes onder de 18 jaar voldoen aan de criteria van een antisociale gedragsstoornis¹⁷⁷. Het sekseverschil neemt af in de adolescentie omwille van toenemend antisociaal gedrag onder meisjes en door de indirecte vormen van agressie mee in rekening te nemen. Jongens met een gedragsstoornis zouden vaak evolueren naar delinquentie, terwijl meisjes op latere leeftijd vaker een andere psychiatrische stoornis ontwikkelen¹⁷⁸

¹⁷⁵ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

¹⁷⁶ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

¹⁷⁷ Verhulst, F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2002, blz. 66.

¹⁷⁸ Comité Bijzondere Jeugdzorg Brugge (red.), Probleemgedrag op school, Garant Leuven, 2000, blz. 69

4.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis en antisociale gedragsstoornis**

Lange tijd werd ODD als 'milde' vorm en mogelijke voorloper van CD beschouwd. Recent onderzoek suggereert evenwel dat het gaat om twee te onderscheiden stoornissen¹⁷⁹. De symptomen van CD zijn allemaal externaliserend van aard, terwijl de symptomen van ODD heterogener zijn.

Vier symptomen van ODD verwijzen naar dwars en uitdagend (externaliserend) gedrag, drie verwijzen naar een boze en prikkelbare stemming en daarnaast is er de categorie 'wraakzuchtig zijn'. In de DSM-5 worden de symptomen van ODD voortaan ook zo gegroepeerd en is, anders dan de DSM-IV-TR, comorbiditeit van ODD en CD mogelijk. De impact van deze verandering op de diagnostische praktijk valt nog af te wachten.

- **Gedragsstoornissen en ADHD**

Door mogelijk gelijkende gedragskenmerken is de differentiaaldiagnose tussen oppositieel-opstandige gedragsstoornis en ADHD niet steeds evident. Het grootste onderscheid is dat kinderen met een oppositieel-opstandige gedragsstoornis omwille van een moeilijk temperament niet openstaan voor gedragscorrecties en de bijsturing bewust negeren, terwijl kinderen met ADHD omwille van hun impulsiviteit, hyperactiviteit en/of onaanmatigheid zich vaak niet bewust zijn van hun omgeving en bepaalde informatie niet opnemen.

ODD en/of CD komen vaak¹⁸⁰ samen voor met ADHD. Sommige wetenschappers¹⁸¹ wijzen op een mogelijk oorzakelijk verband tussen ADHD en de ontwikkeling van een gedragsstoornis. De kwetsbaarheid van kinderen met ADHD voor ODD en/of CD kan te maken hebben met hun impulsiviteit, beïnvloedbaarheid en/of een tekort aan emotieregulatie.

De kinderen met een antisociale gedragsstoornis die voor het 10^{de} levensjaar begint, zijn vaak agressiever en vertonen meer comorbiditeit met ADHD dan kinderen met een antisociale gedragsstoornis die begint in de adolescentiefase.

- **Gedragsstoornissen en depressie**

Volgens de DSM-5 is de diagnose ODD niet mogelijk bij een depressieve stoornis¹⁸².

¹⁷⁹ Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 204

¹⁸⁰ De comorbiditeit wordt geschat op 40 tot 60%. Lahey B.B. et al., Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In: Quay H.C. & Hogan A.E. (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders, Kluwer, New York, 1999, 23-48

¹⁸¹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

¹⁸² Het gaat daarbij zowel om 'Major Depressive Disorder' en 'Persistent Depressive Disorder' als de nieuw opgenomen classificatie 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder'.

Comorbiditeit van antisociale gedragsstoornis (CD) en depressie kan wel en zou vrij vaak voorkomen, zij het meer bij jongens dan bij meisjes. Kinderen en jongeren met deze comorbide stoornissen gedragen zich ongeveer op dezelfde wijze als kinderen met een gedragsstoornis waardoor de depressie door de gedragsstoornis gemaskeerd kan worden¹⁸³. Maar ook het omgekeerde kan voorkomen wanneer de omgeving vooral de depressieve kenmerken problematiseert en hulpverleners de emotionele moeilijkheden als oorzaak van de gedragsmoeilijkheden beschouwen. Patterson gaat hier in zijn vierfasenmodel¹⁸⁴ tegenin en stelt dat de negatieve spiraal waarin een kind met dwinggedrag zowel thuis als op school terechtkomt, kan uitmonden in emotionele moeilijkheden en uiteindelijk een depressieve stoornis. Behandeling van de stemmingsproblemen zal dan weinig opleveren wanneer het antisociale gedrag niet rechtstreeks wordt aangepakt¹⁸⁵.

- **Gedragsstoornissen en angststoornis**

Een angststoornis gaat vaak samen met een gedragsstoornis. Kinderen met een antisociale gedragsstoornis hebben in 20 tot 30 % van de gevallen een comorbide angststoornis. Bij kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis bedraagt de comorbiditeit 60 %¹⁸⁶.

4.6 Etiologie

4.6.1 Biologische factoren¹⁸⁷

Hoewel nog steeds wordt aangenomen dat gezinsfactoren een groter aandeel hebben dan erfelijkheid in de ontwikkeling van een gedragsstoornis¹⁸⁸, is er de laatste jaren meer aandacht voor de genetische en biologische kenmerken die een kind meer of minder kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van antisociaal en agressief gedrag. Deze genetische invloed is sterker naarmate de omgeving inadequaat op deze kwetsbaarheid inspeelt. Zo hebben kinderen met een risico op

¹⁸³ Kimonis & Frick, 2006; Wolff & Ollendick, 2007 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

¹⁸⁴ Zie ook Verschijningsvorm

¹⁸⁵ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003, blz. 36

¹⁸⁶ Greene, 2006 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

¹⁸⁷ Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 193-207; Matthys W., Nieuwe inzichten in gedragsstoornissen bij kinderen, Afscheidsrede, Universiteit Utrecht, 13 december 2011 en Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, 529-538

¹⁸⁸ Baard e.a., 2007 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 225

een gedragsstoornis meer nood aan een consequente, consistente en competente omgeving om hun gedrag te reguleren.

Vanuit de neurowetenschappen gebeurt er onderzoek naar de werking van verschillende neurobiologische systemen bij kinderen en jongeren met ODD of CD. Daarbij wordt ingezoomd op de werking van het autonome zenuwstelsel, de hypothalamus-hypofyse-bijnier as, de neurotransmissie en de hersencircuits met extra aandacht voor het functioneren van de cerebrale cortex en de amygdala. Deze systemen hangen overigens nauw samen. De amygdala bijvoorbeeld is betrokken bij de verwerking van zowel positieve als negatieve signalen en vervult een rol in het op gang brengen van een fysiologische reactie op stress door de activering van de hypothalamus-hypofyse-bijnier as en zo de verhoging van de cortisolspiegel.

Neurobiologisch onderzoek bij kinderen en adolescenten met gedragsstoornissen laat zien dat verschillende gebieden van de hersenen niet optimaal functioneren¹⁸⁹. Stoornissen in executieve functies als aandacht, responsinhibitie, flexibiliteit zorgen ervoor dat de probleemoplossing niet optimaal verloopt waardoor het leren gebruik maken van de cognitieve aan- en bijsturing van het gedrag wordt belemmerd. Daarnaast wordt de koppeling tussen gedrag en de positieve of negatieve gevolgen ervan minder goed gemaakt. Dit belemmert zowel het aanleren van adequaat sociaal gedrag als het afleren van inadequaat sociaal gedrag. Problemen in de werking van belonende signalen kan er ook voor zorgen dat jongeren alledaagse sociale interacties onvoldoende bevredigend ervaren en spanning gaan opzoeken door middel van regelovertrekend gedrag en middelengebruik.

4.6.2 Psychologische factoren¹⁹⁰

Een aantal psychologische concepten helpen ons om het gedrag van kinderen met een gedragsstoornis beter te begrijpen. Net als hun neurobiologisch onderbouw zijn deze concepten, hoewel onderscheiden, onderling nauw met elkaar verbonden.

- **Executieve disfuncties¹⁹¹**

Executieve functies zijn mentale processen voor het plannen en het controleren van het denken en doen. Ze omvatten onder meer:

- planning of het vermogen om vooruit te kijken vooraleer met de uitvoering van een taak te starten;
- metacognitie of het vermogen om een stap terug te doen en zichzelf en de situatie te overzien om te bekijken hoe een probleem kan worden aangepakt;

¹⁸⁹ De meeste neurobiologische onderzoek worden uitgevoerd bij kinderen vanaf acht jaar. Aangezien het functioneren en zelfs de structuur van neurobiologische systemen beïnvloed wordt door ervaringen, moet er mee rekening gehouden worden dat de verschijnselen voor een deel het gevolg kunnen zijn van negatieve ervaringen van deze kinderen in hun omgeving.

¹⁹⁰ Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence*, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006.

¹⁹¹ Zie Bijlage 12: Executieve functies

- emotieregulatie of het vermogen om emoties te reguleren om doelen te realiseren, taken te voltooien of gedrag te controleren;
- flexibiliteit of het vermogen om tijdens een taak plannen te herzien en aan te passen aan veranderende omstandigheden
- responsinhibitie of het vermogen om na te denken voor iets te doen

Beperkingen in één of meerdere van deze functies lijken mee te spelen in de ontwikkeling van een oppositioneel-opstandige en/of antisociale gedragsstoornis. Gezien de hoge comorbiditeit (en moeilijke differentiaaldiagnostiek) van gedragsstoornissen en ADHD is het niet steeds uit te maken of de beperkingen in executieve functies kunnen gelinkt worden aan ODD of CD dan wel aan ADHD. Ook zonder een diagnose ADHD blijken kinderen met een gedragsstoornis evenwel beperkingen te hebben in hun responsinhibitie, met name wanneer er motivatie (beloning en straf) in het spel is. Zo houden ze aangeleerd gedrag langer vol wanneer dit niet langer beloond wordt, maar wel bestraft¹⁹².

Verder lijken ook tekorten in emotieregulatie samen te hangen met een gedragsstoornis. Het kan daarbij zowel om onder- als overregulatie gaan. Jongens met een risico op een antisociale gedragsstoornis hebben meer moeite om hun woede te beheersen. Voor meisjes voorspelt overmatige controle van negatieve emoties symptomen van een antisociale gedragsstoornis. Het sterk onderdrukken van hun woede, kan leiden tot het doorwerken van deze negatieve emotie op een later tijdstip.

Kinderen met beperkingen in executieve functies zijn kwetsbaar voor het incompleet, inaccuraat of vervormd verwerken van informatie. Dit kan bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat het kind de grenzen, die de ouders stellen, als vijandig interpreteert en hier ook zo op reageert.

- **Sociale informatieverwerking**¹⁹³

Informatieverwerking gebeurt vanuit cognitieve schema's. Deze scripts zijn afgeleid uit eerdere ervaringen en worden gebruikt voor het interpreteren van en reageren op nieuwe informatie.

Bij kinderen en jongeren met een gedragsstoornis zijn er tekorten en vervormingen in de sociale informatieverwerking. Hun 'theory-of-mind'¹⁹⁴ is zwak

¹⁹² Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 193-207

¹⁹³ Wenar C. & Kerig P., Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 316

¹⁹⁴ Theory of mind, of ToM, is het menselijk vermogen om zich een beeld te vormen van het perspectief van een ander en indirect ook van zichzelf. Men maakt gebruik van ToM wanneer men beschrijft wat een ander ziet, voelt of denkt vanuit zijn perspectief. ToM wordt vaak aangehaald om problemen van mensen met ASS te duiden maar kan ook inzicht geven in beperkingen bij andere problematieken.

waardoor andermans gedrag enkel vanuit de eigen beleving wordt beschouwd en ze tot foutieve inzichten komen¹⁹⁵. Kinderen en jongeren met een gedragsstoornis interpreteren een situatie vaker als bedreigend, kennen vaker vijandige bedoelingen toe aan anderen en zijn minder gevoelig voor signalen die deze interpretatie zouden kunnen ontkrachten. Op basis van hun foute veronderstellingen misinterpreteren zij wat ze meemaken en overreageren zij erop. Bovendien hebben zij positieve verwachtingen ontwikkeld over de gevolgen van het gebruik van agressie waardoor dit hun voorkeur krijgt als oplossingsstrategie van interpersoonlijke problemen.

Deze sociale informatieverwerkingspatronen spelen ook een rol in de relatie tussen vroege ervaringen van mishandeling en later gebruik van agressie. Door mishandeling nemen deze kinderen de veralgemeende overtuiging aan dat anderen vijandig en naar hen toe kwaadwillig zijn. Telkens zij in negatieve interactie treden met hun ouders, met leeftijdsgenoten en anderen wordt deze veronderstelling gevoed. Zij internaliseren hun ervaringen van mishandeling zodat dit diep ingebakken zit in hun persoonlijkheid en gedragsrepertorium, waardoor er consistentie is in hun agressieve gedrag.

- **Middelengebruik**

De relatie tussen een gedragsstoornis en middelengebruik is te complex en transactioneel om eenduidige oorzakelijke verbanden te kunnen leggen. Aan de ene kant kunnen jongeren, die qua gedrag en emotioneel ontregeld zijn, meer aangetrokken worden tot de sensatie en gewaarwordingen die samengaan met middelengebruik. Anderzijds, eenmaal betrokken bij deze illegale stoffen, gaan zij steeds waarschijnlijker deelnemen aan illegale activiteiten om de drugs te verkrijgen. Zij nemen op die manier ook meer deel aan de antisociale subcultuur die rond hun gebruik hangt. Eveneens hebben alcohol en drugs een desinhiberend effect, wat de kans op betrokkenheid bij antisociaal gedrag verhoogt.

4.6.3 Transactionele factoren¹⁹⁶

- **Ouderlijke vaardigheden**

Bij verschijningsvorm wordt beschreven hoe coërcief/dwingend gedrag in de ouder-kind-interactie zich kan uitbreiden naar de interactie met leeftijdsgenoten en met volwassenen buiten het gezin om zo te evolueren naar een antisociaal gedragspatroon. Hier gaan we in op de ouderlijke vaardigheden die in verband (kunnen) staan met de ontwikkeling van dit antisociaal gedragspatroon. In het

¹⁹⁵ Baron-Cohen, 1995, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 135

¹⁹⁶ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

werk van Patterson neemt het ouderlijk opvoedkundig gedrag een centrale plaats in.

Patterson onderscheidt vijf cruciale ouderlijke vaardigheden:

- ouderlijke betrokkenheid: begaan zijn met het kind/de jongere, interesse tonen voor zijn leefwereld, samen aangename activiteiten doen, bereid zijn om verantwoordelijkheid op te nemen in de opvoeding;
- positieve bekrachtiging: consequent aanmoedigen en belonen van sociaal gewenst gedrag;
- problemen oplossen: samen met het kind/de jongere problemen aflijnen, overleggen rond mogelijke oplossingen en (liefst) gezamenlijk beslissen wat te doen;
- discipline: duidelijke regels afspreken, natrekken en benoemen van wat er fout gaat, negeren van minder belangrijke regelovertradingen, gebruiken van sancties of negatieve gevolgen na ongewenst gedrag;
- monitoring: opvolgen van wat het kind/de jongere doet ook wanneer deze niet onmiddellijk in de buurt is.

Vooraf een gebrek aan discipline en aan monitoring, vaardigheden die te maken hebben met het beperken van sociaal ongewenst gedrag, blijken een sterk verband te vertonen met antisociaal gedrag. Voor jonge kinderen is vooral discipline belangrijk. Naarmate jongeren ouder worden, neemt monitoring de belangrijkste plaats in. Onderzoek naar de impact van betrokkenheid, bekrachtiging en probleemoplossing is minder succesvol. Niettemin krijgen deze 'positieve ouderlijke vaardigheden' bij de behandeling steeds veel aandacht. Ze zorgen ervoor dat ouders met het gebruik van discipline en monitoring niet in een negatieve spiraal vastzinken.

Ouders die het ongewenste gedrag van hun kinderen bestempelen als intentioneel en kwaadwillig of zichzelf zien als hulpeloos en incompetent om hiermee om te gaan, reageren harder op hun kinderen en zullen dus meer ongewenst gedrag uitlokken¹⁹⁷. Het ongehoorzaam gedrag dus wordt mogelijk versterkt door de aandacht van de ouders die er aan gegeven wordt, ook al is het negatieve aandacht in de vorm van boosheid en bestraffing.

In gezinnen met een kind met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis blijken de ouders negatiever en kritischer te staan tegenover hun kinderen dan andere ouders. Ze maken meer gebruik van dreigementen en boosheid, vitten meer op hun kinderen en geven hun kinderen duidelijk meer opdrachten en instructies terwijl ze het kind niet genoeg tijd geven om te kunnen voldoen aan hun verzoeken¹⁹⁸.

¹⁹⁷ Geller & Johnston, 1995, in: Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition*, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz.172

¹⁹⁸ Webster-Stratton & Hancock, 1998, in: Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition*, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz.171

- **Andere contextsfactoren**

Behalve ouderlijke vaardigheden zijn er nog heel wat factoren in de context die van invloed kunnen zijn op het antisociaal gedrag van jongeren. Zo onderzocht Patterson¹⁹⁹ stress, gezinsovergangsfasen, kwaliteit van de echtelijke relatie, lage sociaal-economische status, negatieve grootouderlijke invloed, invloed van criminogene buurten en kenmerken van ouders zelf zoals antisociaal gedrag, depressiviteit, middelengebruik en een algemeen vermijgend gedrag.

Meest beïnvloedend voor antisociaal gedrag bleken een lage socio-economische status van het gezin en ouderlijk antisociaal gedrag. De impact van de sociaal-emotionele status wordt wel 'gemedieerd' door de ouderlijke vaardigheden. Betere ouderlijke vaardigheden schermen kinderen af van de negatieve invloed van de omgeving, waardoor ze relatief minder gedragsstoornissen vertonen. Stress in het gezin heeft dan weer een rechtstreeks en sterk effect op antisociaal gedrag. Andere omgevingsfactoren hebben minder impact dan soms wordt aangenomen. Zo is de invloed van een slechte echtelijke relatie of echtscheiding tamelijk beperkt.

4.7 Beschermende factoren

De beschermende factoren in kind en omgeving worden zijn te vinden in een gemeenschappelijke bijlage²⁰⁰ met een overzicht van beschermende factoren bij gedrags-, stemmings- en angstproblemen/stoornissen.

4.8 Verloop en prognose

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**

Bij ongeveer een kwart van de kinderen met een oppositieel-opstandige gedragsstoornis is dit de voorloper van een antisociale gedragsstoornis. Op basis van die vaststelling werd ODD lange tijd vooral beschouwd als een 'mildere' vorm van CD. Dit is evenwel maar een deel van het verhaal.

De symptomen van ODD situeren zich zowel op vlak van gedrag als van emotie en zijn daarmee heterogener dan die van CD. Kinderen met ODD lopen niet enkel een verhoogd risico op een antisociale gedragsstoornis maar ook op de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis.

Onderzoek geeft aan dat de ontwikkeling van CD samenhangt met de cluster gedragssymptomen, terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis gelinkt is aan het voorkomen van symptomen uit de emotionele cluster. De kans op het ontwikkelen van een andere stoornis zou kleiner worden als de

¹⁹⁹ Zie eerder, Verschijningsvorm, Pattersons Model van de ontwikkeling van een antisociale gedragsstoornis

²⁰⁰ Zie Bijlage 27: Beschermende factoren bij gedrags-, depressieve en angstproblemen/stoornissen

symptomen van ODD dusdanig afnemen dat de diagnose niet meer kan worden gesteld. Dit onderstreept het belang van vroege diagnostiek en behandeling²⁰¹.

Een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis is moeilijk te behandelen, omdat²⁰²:

- het kind of de jongere over het algemeen weinig probleembesef heeft;
- het kind of de jongere de schuld van problemen dikwijls bij anderen legt;
- het oppositionele gedrag in eerste instantie winst oplevert;
- de invloed van het gedrag op andere jongeren erg groot is.

Jongeren met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis waarbij de eventuele agressie meer van reactief-impulsieve aard is, zijn beter te behandelen dan jongeren waarbij de agressie instrumenteel berekenend is, omdat zij nog wel gevoelig zijn voor emoties bij zichzelf en anderen. Hierdoor zijn zij gemakkelijker te trainen om anders met sociale situaties om te gaan²⁰³.

- **Antisociale gedragsstoornis**

De prognose van een antisociale gedragsstoornis wordt vaak gekoppeld aan de aanvangsleeftijd. We schetsen twee typische ontwikkelingstrajecten, maar beklemtonen daarbij dat deze trajecten niet deterministisch mogen gehanteerd worden. Kinderen of jongeren die de eerste stap zetten, zullen niet noodzakelijk ook alle daaropvolgende stappen nemen. Beschermende factoren kunnen helpen om een ontwikkelingspad te verlaten of om te buigen waardoor het individueel traject van een kind of jongere er binnen zijn context steeds anders zal uitzien.

- Vroege starters

‘Vroege starters’ zijn jongeren waarbij een gedragsstoornis wordt vastgesteld voor het tiende levensjaar. Hoe vroeger probleemgedrag begint, hoe meer dit gedrag resistent is tegen goede ouderlijke zorg, behandeling of corrigerende maatregelen. Hun antisociale, agressieve gedrag is niet alleen hardnekkig, ze stellen het ook vaker. Hun gedrag escaleert in de adolescentie en blijft bestaan in de volwassenheid. Het gedrag is problematischer naarmate er minder beschermende factoren aanwezig zijn.

- Late starters

‘Late starters’ zijn jongeren met een antisociale gedragsstoornis, die voor hun tiende levensjaar geen kenmerken van een gedragsstoornis vertoonden. Deze jongeren hebben meer vaardigheden op sociaal- en leergebied ontwikkeld, waardoor de kans bij hen groter is dat het probleemgedrag beperkt blijft tot de

²⁰¹ Matthys W., *Gedragsstoornissen bij kinderen*, Hogrefe, Amsterdam, 2011

²⁰² Van Lieshout T., *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.

227

²⁰³ Verkes, 2008 in: Van Lieshout T., *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 228

adolescentie, bijvoorbeeld omdat contact met antisociale leeftijdsgenoten afneemt²⁰⁴. Anderzijds kunnen ook late starters hun gedrag voortzetten en een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen. Dit risico is groter wanneer een jongere individueel antisociaal gedrag vertoont.

Tijdens de adolescentiefase is het moeilijk te bepalen tot welke groep een jongere behoort²⁰⁵. In de DSM-5 werd dan ook een type met een 'niet gespecificeerd begin' toegevoegd.

²⁰⁴ Berd e.a., 2007, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 222

²⁰⁵ Vermeiren, R., in: Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. & Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen, of, kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003, blz. 193

5. Stemmingsproblemen en depressieve stoornissen

5.1 Verschijningsvorm²⁰⁶

Een depressieve stemming is het onvermogen om plezier te beleven en gaat samen met een vermindering aan interesse en motivatie. Wanneer schommelingen in stemming of depressieve gevoelens abnormaal lang duren of ongewoon intens zijn, kan aan een depressieve problematiek²⁰⁷ worden gedacht. Hoewel kinderen en jongeren met een depressie soortgelijke kernsymptomen (verlies aan interesse, plezier en motivatie) hebben, kunnen er zich toch leeftijdsgebonden manifestaties ontwikkelen, afhankelijk van het ontwikkelingsniveau²⁰⁸ en de fase gebonden ontwikkelingstaken²⁰⁹ van het kind of de jongere²¹⁰. Daarom geven we het beeld weer van hoe depressie zich toont per leeftijdsfase. De verschijningsvorm zal daarnaast afhankelijk zijn van de ernst van de stoornis en de context waarin het kind of de jongere zich bevindt.

Ongeacht de leeftijd laten bepaalde signalen vermoeden dat er een verandering is ten opzichte van eerder functioneren. Ingrijpende levenservaringen kunnen hierbij een rol spelen zoals blijvende scheiding van een hechtingsfiguur, ernstige ziekte van het kind zelf, Na een verlieservaring²¹¹ zijn plotse gedragsveranderingen vaak heel typerend signaalgedrag dat aangeeft dat het kind moeite ervaart bij de verwerking van het verlies. Mogelijke reacties en gevolgen zijn: overmatige angst, verdrietige uitstraling, norsheid, hulpeloos gedrag, overactiviteit, veel huilen, opnieuw bedplassen of duimzuigen, plots stotteren, agressief gedrag, vernielzuchtig gedrag, concentratiestoornissen, lagere schoolresultaten, eetproblemen, slaapproblemen, angstdromen, lichamelijke klachten, automutilatie en wegvlugten in fantasie- en droomwereld. Dit gedrag kan jaren na een ernstige verlieservaring optreden.

Om te kunnen spreken van depressie moeten meerdere kenmerken aanwezig zijn. Het gedrag wordt gekenmerkt door de typische symptomen²¹² die gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag voorkomen²¹³. Vaak treden bij een depressieve stemming ook gedrags- en angstproblemen op^{214 215}.

²⁰⁶ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²⁰⁷ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 133

²⁰⁸ Zie in dit hoofdstuk bij de bespreking van de leeftijdsperiodes

²⁰⁹ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²¹⁰ Wetenschappelijke feedback van Caroline Braet, Ellen Moens, Leentje Vervoort, Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie, UGent

²¹¹ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

²¹² Bijlage 29: Kenmerken van een depressie

²¹³ Verhulst FC., Verheij F & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007, blz. 349

²¹⁴ Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 379

Hoewel er geen wezenlijk verschil is tussen depressie bij kinderen, adolescenten en volwassenen manifesteren de gemeenschappelijke kernsymptomen zich afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van het kind.

5.1.1 De babytijd

Al in de babytijd zijn temperamentverschillen op te merken zoals een rustige of meer actieve ingesteldheid. Daarnaast is een cruciale ontwikkelingstaak van de babytijd het tot stand brengen van veilige hechtingsrelaties. De kwaliteit van de hechting speelt een rol in de verdere ontwikkeling. Hechting, die gepaard gaat met een gevoel van veiligheid, levert een stevige basis voor een gezonde emotionele, persoonlijke en sociale ontwikkeling. Hechting die gepaard gaat met onveiligheid, maakt de baby tot een kwetsbare peuter en kleuter. Het vermindert zijn bekwaamheid om toekomstige ontwikkelingstaken, op het vlak van initiatief nemen en sociale relaties, de baas te worden²¹⁶.

In de babytijd kan een vroegkinderlijke deprivatiedepressie optreden indien een baby gedurende lange tijd verstoken blijft van positief affectieve stimuli. De symptomen zijn vooral psychosomatisch, zoals groei-, eet- en slaapproblemen of een algemene ontwikkelingsvertraging. De depressieve stemming valt vaak af te leiden uit het feit dat het kind erg veel huilt, zelden lacht, voortdurend ontevreden lijkt, pogingen van contact afweert en/of protestgedrag vertoont.

5.1.2 De peuter- en kleutertijd

Groeiende autonomie in de peuterfase en de toenemende noodzaak van begrenzing stelt de opvoedingsrelatie voor nieuwe uitdagingen. De peuter creëert afstand, dit zowel fysiek als psychologisch. Hij traint zijn onafhankelijkheid, terwijl hij zich op zijn hechtingsfiguur oriënteert als op een veilige haven. Zijn zelfbesef groeit en uit de begrenzing groeit ook zijn besef van de ander. Die begrenzing leidt tot confrontaties. Als de confrontaties tussen de expansieve peuter en de begrenzende opvoeder goed aflopen, groeit hij uit tot een gesocialiseerde kleuter die beschikt over voldoende zelfcontrole en zelfvertrouwen. Zo is hij minder vatbaar voor een gering gevoel van eigenwaarde en identiteit, een geringe of overmatige zelfregulatie, problemen bij het omgaan met grenzen.

Door sensitief te zijn wanneer de peuter verdrietig of overstuur is en door te reageren op manieren die zijn emoties laten afnemen tot op een draaglijk niveau, dragen zijn opvoeders in belangrijke mate bij tot de sociaal-emotionele ontwikkeling.

De kleuter staat voor de uitdaging zijn gedrag en gevoelens effectiever te reguleren. Zijn emotionele competentie maakt sprongen en wordt ondersteund door zijn taal,

²¹⁵ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz.133

²¹⁶ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

zelfbeeld en voorstellingsvermogen. Vanuit een groter zelfbesef ontwikkelt hij nieuwe emoties zoals schaamte, schuld, verlegenheid en fierheid. Zijn begrip van emoties verbetert, waardoor hij ze beter kan verwoorden en gepaster kan reageren op emotionele signalen van anderen. Geleidelijk ontwikkelt zijn sociale perspectiefneming, de vaardigheid om zich de innerlijke wereld van anderen voor te stellen. Empathie ontluikt en dient als een motivator voor sociaal, altruïstisch gedrag²¹⁷.

Het is steeds belangrijk na te gaan of stemmingsklachten bij de leeftijd passen of niet. Zo zijn stemmingswisselingen tijdens de peuter- en kleuterfase kenmerkend voor het niveau van emotionele ontwikkeling van het kind. Separatieangsten zijn in deze fase normaal indien ze niet te intens en overheersend zijn.

Tijdens deze fase komen psychische verschijnselen van de depressie op de voorgrond zoals een trieste gelaatsuitdrukking, veel huilen, prikkelbaarheid, driftbuien, lage frustratietolerantie, verlies van interesse in activiteiten, zich afgewezen voelen, concentratieproblemen, overmatig angstig, hevige separatieangst, uitblijven van verwachte gewichtstoename, schuldgevoelens, neiging tot zelfbestrafing, ... Of men ziet net het tegenovergestelde beeld: overaangepast, braaf gedrag, somatische klachten en niet leeftijdsadequaat spelniveau. Depressieve kinderen onder de zes jaar vertonen minder symbolisch en coherent spel.

In de separatie-individuele fase²¹⁸ uiten de depressieve peuters hun symptomen vooral in de vorm van separatieangsten²¹⁹.

Bij jongere kinderen wordt een depressie meestal uitgelokt door externe gebeurtenissen, zoals het verlies van een geliefd persoon. Voor de leeftijd van vier à vijf jaar worden nog maar weinig cognitieve depressiesymptomen waargenomen.

5.1.3 De lagere schooltijd

In deze periode verwerft een normaal ontwikkelend kind vele (hand)vaardigheden waarmee het een gevoel van competentie kan opbouwen²²⁰. Hij geeft zijn activiteiten en eigen bestaan zin door ze in een ruimer sociaal geheel (uitgebreid tot school, buurt) te plaatsen. Indien het kind in deze ontwikkeling niet slaagt, kunnen gevoelens van minderwaardigheid ontstaan²²¹.

²¹⁷ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²¹⁸ De separatie-individuele fase vindt plaats bij benadering tussen de 5^e en de 36^e maand waarbij het kind psychisch meer loskomt uit de symbiotische relatie met de moeder en meer een eigen identiteit ontwikkelt met het besef een eigen wezen te zijn, in: Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.165

²¹⁹ Braet C. & Timbremont B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 379

²²⁰ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.212

²²¹ Verhofstadt-Denève L., Vyt A. & Van Geert P., Handboek voor Ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003, blz. 314

Op socio-emotioneel vlak is er de uitdaging om sociale relaties aan te gaan. Contact met leeftijdsgenoten wordt belangrijker. Delen, elkaar helpen en ander sociaal gedrag nemen toe, terwijl fysieke agressie afneemt. Verbale en relationele agressie blijven in de groep van leeftijdsgenoten aanwezig. Het verlangen om bij een groep te horen wordt sterker. Spontaan vormen zich groepen van gelijkgestemden met eigen waarden en normen en met leiders en volgers. In deze groepen verwerft het kind sociale vaardigheden zoals samenwerking, leiderschap, navolging, loyaliteit met gemeenschappelijke doelen, ... Lidmaatschap van een formele groep (jeugdbeweging, sportclub) kan tegemoet komen aan het verlangen om bij een groep te horen²²².

Terwijl in de peuter- en kleuterfase bij depressie vooral emotionele en lichamelijke symptomen optreden, komen in deze fase cognitieve symptomen meer op de voorgrond. Dit hangt samen met de toenemende cognitieve vaardigheden. Depressie in deze fase toont zich met symptomen zoals minderwaardigheidsgevoelens, ontbreken van toekomstperspectief, schuldgevoelens, besluiteloosheid, onzekerheid en angsten, zelfverwaarlozing, hoofdpijn, buikpijn Depressieve stemming wordt afgewisseld met momenten van angst, woede of prikkelbaarheid.

Kinderen van de leeftijd van 7 – 10 jaar zijn meer persistent in depressiesymptomen dan jongere kinderen. Zij uiten de depressieve gevoelens meer. Er is meer suïcidale gedachtevorming en er zijn minder angsten. Suïcidale gedachten kunnen al voorkomen vanaf zes tot zeven jaar. Suïcideplannen kunnen voorkomen vanaf de leeftijd van negen jaar²²³.

Hoe ouder het kind, hoe meer de cognitieve symptomen, zoals vertraagd denken en zwakkere concentratie, doorwegen en de schoolprestaties beïnvloeden. Negatieve reacties op verminderde schoolprestaties kunnen het functioneren van de leerling nog extra belasten. Er kan leerachterstand optreden en/of schoolverzuim.

Een depressie gaat ten koste van de ontwikkeling van sociaal-cognitieve en intermenselijke vaardigheden. Door hun teruggetrokkenheid en concentratieproblemen hebben deze kinderen het moeilijk om relaties aan te gaan. Ook ervaren zij de kwaliteit van vriendschapsrelaties overwegend als problematisch en minder ondersteunend²²⁴. Omdat depressieve kinderen en jongeren de anderen als kritisch en afkeurend ervaren, nemen zij vaak als reactie hierop een kritische en vijandige houding aan. Deze houding heeft tot gevolg dat anderen hen gaan mijden, waardoor zij minder in de gelegenheid zijn om leeftijdsadequaat gedrag te oefenen²²⁵.

²²² Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²²³ Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.P.G., Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004, blz. 522

²²⁴ Rudolph Hammen & Burge, 1997 in: Verhulst F.C., Verheij F & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007, blz. 357

²²⁵ Verhulst F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002, blz. 117

De verschijningsvorm van depressie wordt beïnvloed door psychosociale factoren, sociaal-culturele verwachtingen en hormonale invloeden in de (pre)puberteit²²⁶.

Een depressieve jongen zal zich niet snel sociaal afzonderen omdat het niet past bij het beeld dat onze maatschappij heeft van jongens. Veelal trachten ze hun gevoelens te onderdrukken, overschreeuwen ze zichzelf en reageren met agressief gedrag²²⁷. Hun geagiteerde gedrag kan zo op de voorgrond treden dat men niet onmiddellijk aan een depressie denkt, maar eerder aan een gedragsstoornis. Meisjes met een depressie neigen meestal naar teruggetrokken en angstig gedrag. Ze hebben vaak lichamelijke klachten. Omdat dit gedrag meer als 'meisjeseigen' wordt beschouwd, kan de depressie bij hen ook lang over het hoofd gezien worden. Anderzijds geven meisjes gemakkelijker uiting aan hun (sombere) gevoelens.

5.1.4 De adolescentie

De adolescentie is de onstuimige overgangsfase van kindertijd naar volwassenheid. De ontwikkelingstaak van de jongere is hier een eigen identiteit te ontwikkelen door zich los te maken van zijn ouders. Omdat deze losmaking uit het gezin gevoelens van verlies, eenzaamheid en isolement met zich mee kunnen brengen, kunnen depressieve gevoelens in deze periode als normaal beschouwd worden. Eveneens gaat de jongere sociale en intieme relaties opbouwen met gevoelens van twijfel over de eigen aantrekkelijkheid en seksualiteit. Mislukkingen en teleurstellingen komen in deze fase hard aan.

Jongeren worden geconfronteerd met lichamelijke veranderingen, waardoor zij zich minder goed in hun vel gaan voelen²²⁸. Vooral indien deze veranderingen te vroeg of te laat komen met daarop onaangepaste reacties uit de omgeving²²⁹.

Tijdens deze levensfase is de leerling vaker dan daarvoor en daarna lichtgeraakt en labiel, handelt hij onnadenkend en stelt risicovol gedrag. Dit heeft te maken met de identiteitsverwarring waarmee ze worstelen in deze fase, de hormonale invloeden en de ontwikkeling van de hersenen²³⁰.

Adolescenten met een depressieve stoornis vertonen meer overeenkomst met de symptomen van een depressie op volwassen leeftijd, zoals piekeren, suïcidaal gedrag, gevoelens van minderwaardigheid, bedrukte stemming, stemmingschommelingen, zich buitenstaander voelen, hypochondrie, dwangsymptomen, angst en onzekerheid. De depressieve adolescent kan afwijzend reageren, geïrriteerd en/of

²²⁶ De Wit, 2001 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.136

²²⁷ Isle of Wight-studies (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996) in: Braet, C. & Timbremont, B., Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz.379

²²⁸ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Drukkerij Cartim, Destelbergen, blz. 24

²²⁹ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²³⁰ Zie Bijlage 11: Breinontwikkeling bij adolescenten en Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

niet aanhankelijk zijn. Hierdoor onthoudt hij zijn ouders voldoening in de relatie tot hun kind, waarbij de ouder-kindrelatie extra belast wordt²³¹.

Sommige adolescenten hebben de neiging depressieve gevoelens te ontkennen en te camoufleren door het vertonen van stoer, agressief gedrag, spijbelen, schoolweigering, middelenmisbruik en seksueel promiscue gedrag. Ook faalangst, wanhoop en besluiteloosheid komen veel voor. Een depressie uit zich verder in lichamelijke klachten²³², zoals vermoeidheid, gebrek aan energie, te veel of te weinig eetlust, hoofdpijn en vage buikklasten. Dit kan samengaan met een gewichtsafname of -toename.

5.2 Definities en begrippen²³³

Stemming en emotie

Emotie is een intens gevoel van kortere duur dat te maken heeft met een specifieke ervaring.

Een stemming is een gemoedstoestand die zekere tijd blijft duren. Er wordt gesproken over zich ongelukkig, verdrietig, vrolijk, melancholisch, gelukkig, ... voelen.

Zowel stemmingen als emoties uiten zich in lichamelijke verschijnselen, gedrag en beleving.

Depressie

In de literatuur kan de term 'depressie' verwijzen naar een symptoom, een syndroom en een stoornis.

- Een depressieve stemming omvat het onvermogen om plezier te beleven en gaat gepaard met een vermindering van interesse en motivatie.
- Neerslachtige, bedroefde gevoelens, prikkelbaarheid of gevoelens van lusteloosheid en waardeloosheid zijn depressieve symptomen²³⁴.
- Een depressief syndroom is een geheel van symptomen waarbij depressieve stemming voorkomt in combinatie met andere kenmerken zoals emotionele vlakheid, schuldgevoelens, slapeloosheid
- Een depressieve stoornis verwijst naar de classificatie binnen DSM of ICD.

²³¹ Coyne e.a. 1987 in: Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000, blz. 22

²³² www.psychischegezondheid.nl/page/211/wat-is-depressie-bij-jongeren.html

²³³ Zie DSM-IV-TR en DSM-5 voor een uitgebreide lijst van categoriale criteria voor depressieve en bipolaire stoornissen, American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

²³⁴ Braet C. en Timbremont B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 377

Depressieve stoornis

Om te kunnen spreken van een depressieve stoornis moet iemand voldoen aan de criteria van een classificatiesysteem zoals de DSM of ICD. Afhankelijk van de frequentie en de intensiteit van depressieve episodes wordt de stoornis anders benoemd. Zo kan een depressieve stoornis eenmalig of recidiverend zijn.

In dit protocol wordt een depressieve stoornis ook door de term 'depressie' aangegeven.

Depressieve episode

Periode van minstens 2 weken waarin zich depressieve symptomen voordoen die een duidelijke verandering vormen t.a.v. het voorgaand functioneren. Vijf of meer depressieve symptomen (DSM-5) moeten aanwezig zijn waarvan zeker een depressieve gemoedsgesteltnis of een verlies aan interesse of plezierbeleving.

Bipolaire stoornissen

Bij stemmingsstoornissen wordt een onderscheid gemaakt tussen unipolaire en bipolaire stoornissen. Bij unipolaire stoornissen is eenmalig of herhaald sprake van depressieve episodes. Bij bipolaire stoornissen worden de depressieve episodien afgewisseld met manische en met normale stemmingsepisodes.

Bij de bipolaire stoornis bij kinderen en jongeren verschillen de manische symptomen per leeftijd. Kinderen onder de negen jaar vertonen bijvoorbeeld eerder agressie, emotionele labiliteit en geïrriteerdheid, terwijl oudere kinderen vaker euforie, groothedsideeën, paranoïde ideeën en gedachtevlucht vertonen. Drukke spraak, overactiviteit en verhoogde afleidbaarheid worden bij zowel jongere als oudere kinderen waargenomen. Een aantal symptomen kan, vooral bij kinderen in de schoolleeftijd en jonge adolescenten, een andere 'kleur' hebben. De depressieve en manische episodien zouden bij hen korter zijn en elkaar sneller opvolgen. De bipolaire stoornis vertoont een niet-episodisch, chronisch verloop en een continu 'rapid cycling' patroon. In tegenstelling tot volwassenen vertonen jongeren met een bipolaire stoornis vaak gemengde episodien. In het verleden werd de bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten ondergediagnosticeerd²³⁵.

Bipolaire stoornis in de kindertijd is een moeilijke diagnose die dikwijls gemist wordt omdat er in vele gevallen comorbiditeit is en de symptomen van een bipolaire stoornis overlappen met andere kinderpsychiatrische stoornissen zoals ADHD, oppositionele en opstandige gedragsstoornis, gedragsstoornis, depressie en de schizofrenie/schizo-affectieve stoornis²³⁶. Er lijkt 50 % kans op terugval binnen de vijf

²³⁵ Van West D., Deboutte D. & Van Strien A. (2003), De bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten: miskend of overgediagnosticeerd? in Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie, jaargang 28 (3), blz.126-130, 132

²³⁶ Faust D. Walker, D. & Sands M., Diagnosis and Management of Childhood Bipolar Disorder in the Primary Care Setting, Clinical Pediatrics (2006) 45: 801-808

jaar en een aanzienlijk verhoogde kans op zelfmoordpogingen, zelfs na behandeling²³⁷.

Twintig procent van de volwassenen met een bipolaire stoornis, had hun eerste meestal depressieve episode (= aanvang) in de periode tussen hun 15^e en 19^e levensjaar²³⁸. Een episode duurt tussen het 15^e en 25^e levensjaar gemiddeld drie tot zes maanden²³⁹.

De prevalentie tijdens de ganse levensloop van een bipolaire stoornis valt tussen 0% en 2,1% voor jongeren (onder de 18 jaar). De meeste bevolkingsstudies vinden een bijna gelijke verhouding tussen jongens en meisjes²⁴⁰. Een iets ouder onderzoek (2007) van de zelfde onderzoekersgroep geeft een levensloop-prevalentie van 2,2% aan²⁴¹.

Manische episode

Een duidelijk herkenbare periode van minstens 1 week met een abnormale, aanhoudend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming. De DSM-5 vult aan dat het tevens gaat om een abnormaal en aanhoudend toegenomen doelgericht gedrag of energie, bijna elke dag en gedurende het grootste deel van de dag.

Daarnaast zijn er minstens drie of meer (vier of meer bij een alleen geïrriteerde stemming) symptomen als een overtrokken zelfgevoel of grootheidswaan, verminderde slaapbehoefte, gedachtevlucht, verhoogde afleidbaarheid, spraakzamer dan gebruikelijk of woordenvloed, toename in doelgerichte activiteiten of psychomotorische agitatie en zich overmatig bezighouden met activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (ongeremde koopwoede, seksuele indiscreties, of zakelijk onverstandige investeringen).

Omdat tijdens de stemmingswisselingen de concentratie daalt en men moeite heeft met het organiseren, analyseren, onthouden en reproduceren van leerstof zijn er vaak ook leerproblemen.

Externaliserend probleemgedrag

Externaliserend probleemgedrag omvat ongewenst gedrag dat in de eerste plaats storend is voor anderen, zoals ongehoorzaamheid, agressiviteit, vernielzucht, driftbuien, ... De ASEBA-vragenlijsten hebben een schaal 'externaliserend probleemgedrag' die gevormd wordt door de combinatie van 'normafwijkend gedrag

²³⁷ Harrington, 2006; Verhulst, 2006 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, p 147

²³⁸ McClellan J., Werry J., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Bipolar Disorder, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:1, January 1997

²³⁹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.134

²⁴⁰ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

²⁴¹ Goodwin G.M. et al., ECNP consensus meeting. Bipolar depression. Nice, March 2007, European Neuropsychopharmacology (2008) 18, 535–549

(bijvoorbeeld liegen, vandalisme) en 'agressief gedrag' (bijvoorbeeld andere bedreigen, tegenspreken).

Internaliserend probleemgedrag

Internaliserend probleemgedrag is gedrag waarvan het kind in eerste instantie zelf last heeft, zoals angst, lichamelijke klachten zonder duidelijke medische oorzaak. De ASEBA-vragenlijsten hebben een schaal met 'internaliserend probleemgedrag'. Deze groepeert de syndroomschalen 'teruggetrokken/depressief' (bijvoorbeeld veel alleen, voelt zich eenzaam), 'lichamelijke klachten' (bijvoorbeeld maagpijn, buikpijn) en 'angstig/depressief' (bijvoorbeeld zich waardeloos voelen, ongelukkig).

Gehechtheid²⁴²

Gehechtheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een relatief duurzame affectieve relatie met één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig contact heeft.

Op basis van vroege ervaringen met verzorger(s) ontwikkelt een kind een hechtingssysteem²⁴³ als een intern werkmodel waarin alle eerste emotionele ervaringen worden opgeslagen en verwerkt. Dit werkmodel verschaft het kind een leidraad en een basis voor latere interacties met zijn omgeving. Dit betekent evenwel niet dat het gaat om een niet te beïnvloeden kenmerk van een individu. In de loop van het leven en in interactie met de omgeving wordt het hechtingssysteem regelmatig aangevuld en bijgesteld. Anderzijds fungeert het werkmodel ook als een filter waarbij nieuwe informatie die sterk afwijkt van het huidige model, kan worden vervormd of uitgesloten.

Rouw²⁴⁴

Rouw is het verwerken van groot verdriet. Het is werken, vandaar dat wordt gesproken over rouwarbeid. Het is het doorleven en het doorwerken van moeilijke emoties. Er is een heel scala van emoties van verdriet, onmacht en agressie.

Spijbelen²⁴⁵

Ongeoorloofd schoolverzuim kan onderverdeeld worden in:

- absoluut verzuim: de leerling is niet in een school of onderwijsinstelling ingeschreven en volgt ook geen huisonderwijs;
- relatief verzuim of spijbelen: de ingeschreven leerling verzuimt les- of praktijktijd zonder geldige reden. Binnen deze ongeoorloofde afwezigheid van school of

²⁴² Bowlby en Ainsworth worden beschouwd als pioniers op het terrein van gehechtheid. Vanderploeg J.D., Behandeling van gedragsproblemen, initiatieven en inzichten, Lemniscaat, Rotterdam, 2005, 156-158 en Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 9

²⁴³ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

²⁴⁴ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

²⁴⁵ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen/wat_is_spijbelen.htm

spijbelen wordt onderscheid gemaakt tussen incidenteel, berekend, periodiek en permanent spijbelen.

5.3 Criteria²⁴⁶

Onderstaande criteria zijn overgenomen uit de DSM-IV-TR. In de Engelstalige DSM-5 is er gekozen voor een andere structuur waarbij bipolaire stoornissen volledig onafhankelijk besproken worden van depressieve stoornissen. Bij de depressieve stoornissen maakt men onderscheid tussen onder andere Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Major Depressive Disorder en Persistent Depressive Disorder (Dysthymia).

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>Stemmingsstoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stemmingsepisodes <ul style="list-style-type: none"> ○ Depressieve episode ○ Manische episode ○ Gemengde episode ○ Hypomane episode • Depressieve stoornissen <ul style="list-style-type: none"> ○ Depressieve stoornissen ○ Dysthyme stoornis ○ Depressieve stoornis NAO • Bipolaire stoornissen <ul style="list-style-type: none"> ○ Bipolaire Stoornissen ○ Cyclothyme stoornis ○ Bipolaire stoornis NAO • Stemmingsstoornis door een somatische aandoening • Stemmingsstoornis door een middel • Stemmingsstoornis NAO 	<p>Bipolar and related disorders</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bipolar Disorders <ul style="list-style-type: none"> ○ Manic Episode ○ Hypomanic Episode ○ Major Depressive Episode ○ Bipolar Disorders • Cyclothymic Disorder • Bipolar and Related Disorder due to another medical condition • Other specified Bipolar and Related Disorder • Unspecified Bipolar and Related Disorder <p>Depressive Disorders</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disruptive Mood Dysregulation Disorder • Major Depressive Disorder • Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) • Premenstrual Dysphoric Disorder • Substance/Medication/Induce Depressive Disorder • Depressive Disorder Due to

²⁴⁶ Zie DSM-IV-TR en DSM-5 voor een uitgebreide lijst van categoriale criteria voor depressieve en bipolaire stoornissen, American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

	<p>Another Medical Condition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Other specified Depressive Disorder • Unspecified Depressive Disorder
--	---

De 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder' is in de DSM-5 een nieuwe depressieve stoornis. De diagnose moet voor de 1^{ste} keer gesteld worden tussen de leeftijd van 6 en 18 jaar bij kinderen die een blijvende geïrriteerde ingesteldheid en frequente periodes van extreem controleverlies over hun gedrag vertonen²⁴⁷.

• **Criteria 'Major Depressive Disorder' volgens DSM-5**

Over een depressieve episode wordt gesproken indien meerdere resultaten wijzen op de aanwezigheid bij de leerling van een (pervasieve) verandering ten opzichte van eerder functioneren gemanifesteerd door

- ofwel een depressieve of een geïrriteerde stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- ofwel een verlies van interesse en plezier in (bijna) alle activiteiten zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen;

en dit gedurende minstens 2 weken.

In het totaal moet de leerling minstens vijf symptomen hebben, inclusief minstens één van de al genoemde symptomen én aangevuld met de symptomen uit de volgende reeks:

- bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust of duidelijk gewichtsverlies, gewichtstoename of het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename,
- slapeloosheid of hypersomnia (bijna elke dag);
- psychomotorische agitatie of remming;
- klachten over moeheid of verlies van energie;
- gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
- een verminderd denk- of concentratievermogen of besluiteloosheid;
- terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder of met specifiek plan om suïcide te plegen en/of suïcidepoging.

Het belangrijkste verschil met volwassenen met een depressie is dat bij kinderen en jongeren een depressie tot uiting kan komen in een prikkelbare en agressieve stemming of gedrag. De boosheid of agressiviteit wordt vaak afgewisseld met sombere stemmingen en onverschilligheid.

²⁴⁷ American Psychiatric Association, Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5:
<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

Omdat de DSM-IV-criteria weinig betrekking hebben op de ervaringswereld van jonge kinderen, kunnen deze niet gehandhaafd blijven bij het vaststellen van een depressie onder de leeftijd van zes jaar. Sterke stemmingswisselingen behoren in deze leeftijdscategorie tot de normale ontwikkeling.

De symptomen moeten in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of schoolse functioneren of het functioneren op andere terreinen tot gevolg hebben.²⁴⁸

De symptomen zijn niet het gevolg van de fysiologische effecten van een middel of een andere somatische aandoening en zijn niet eerder toe te schrijven aan een anderen psychische stoornis.

In de DSM-5 wordt rouw, zich uitend in depressieve symptomen, niet langer uitgesloten van de categorie depressieve stoornissen. Dit is een verschil met DSM-IV-TR. Er worden richtlijnen gegeven om verdriet en depressie van elkaar te onderscheiden.

De ernst/verloop wordt gespecificeerd als

- licht
- matig
- ernstig
- met psychotische kenmerken
- in gedeeltelijke remissie
- in volledige remissie
- niet gespecificeerd

5.4 Prevalentie

In de totale bevolking heeft 10 % van de mannen en 20 % van de vrouwen minstens eenmaal in het leven een depressie²⁴⁹. Beneden de vijf jaar zou depressie²⁵⁰ voorkomen bij bijna 1 % van de kinderen. Bij lagere schoolkinderen stijgt de prevalentie van ongeveer 1 % tot 5,2 à 6,3 %. Bij deze kinderen is dit vaak in combinatie met angst. Tijdens de adolescentie stijgt de prevalentie nog verder tot 8,3 %.

²⁴⁸ Field e.a., 1987; Mol Lous e.a. 2002 in: Verhulst F.C., Verheij F. & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007, blz. 22

²⁴⁹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 133

²⁵⁰ Poznanski & Mokros in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 380

Er is geen sekseverschil in de prevalentie van depressie tijdens de kindertijd, maar in de adolescentie is dit verschil er duidelijk wel. De verhouding jongens/meisjes is bij kinderen 1:1, bij jongeren 1:2.

Bij kinderen die langdurig en ernstig ziek zijn, is de prevalentie 15 à 20 %. Ook kinderen met een handicap hebben meer kans tot het ontwikkelen van een depressie. Dit heeft vaak eveneens te maken met het verwerkingsproces van de ouders.

Jongeren die op de één of andere manier anders zijn, hebben het moeilijker. Holebi's²⁵¹ doen meer pogingen tot zelfdoding dan andere jongeren. Vijfentwintig procent van de lesbische of biseksuele meisjes en 12,4% van de homo- of biseksuele jongens geven aan minstens 1 poging tot zelfdoding achter de rug te hebben. Ook de gedachte aan zelfdoding komt vaker voor. Meisjes nemen vaker hun toevlucht tot zelfbeschadiging en zelfmoordpoging. Jongens slagen eerder in een poging omdat zij impulsiever zijn en gewelddadiger methoden gebruiken. Dit is ernstig omdat suïcidaal gedrag dikwijls een poging is om de buitenwereld aan te geven dat er iets schort (signaalfunctie). De jongeren moeten leren om in die situatie met iemand te spreken. Onrustwekkend is dat maar de helft van de jongeren die zichzelf beschadigt of een suïcidepoging achter de rug heeft er vooraf met leeftijdsgenoten over gesproken heeft. Slechts 5% had het verteld aan een ouder, leerkracht of hulpverlener²⁵². Het is niet bekend hoe hoog het percentage poging tot zelfdoding is. Tachtig procent van de jongeren die een poging doen, heeft een psychiatrische diagnose, zoals depressie, angststoornissen, gedragsstoornissen en middelenmisbruik. Hoe groter de comorbiditeit, hoe meer risico.

5.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnose

Tussen 40 en 90 %²⁵³ van de jongeren met een depressie vertoont minstens één andere psychiatrische stoornis²⁵⁴. De meest voorkomende zijn een gedragsstoornis, een angststoornis en ADHD²⁵⁵.

- **Depressie en angststoornissen**

Tekenen van angst en depressieve stemming komen samen voor. Bepaalde symptomen zijn zowel bij angststoornissen als bij een depressie aanwezig zoals

²⁵¹ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Drukkerij Cartim, Destelbergen, blz. 25 verwijzing naar Bart DeMyttenaere, De last van het leven, blz. 71

²⁵² De Wilde, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 146

²⁵³ 89 % van de prepuberale kinderen en 86 % van de adolescenten met een depressie krijgt een additionele diagnose.

²⁵⁴ AACP, 1998 uit Preventieprogramma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren, Basisdocument, 2004 Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, Gerda Verkerk, Angelique Nijssen, Maarten Vos, Rob Gerrits

²⁵⁵ De Fever F., Kinderen met een depressie, Handboek voor opvoeding en onderwijs, Acco, Leuven, 2001, blz. 59

o.a. een geïrriteerde stemming, piekeren en concentratieproblemen. Kinderen en adolescenten met een angststoornis hebben acht keer zoveel kans op een depressie dan jongeren zonder een angststoornis²⁵⁶. Deze comorbiditeit komt meer voor bij meisjes.

Angststoornissen gaan een depressieve stoornis vaak vooraf. Angstige kinderen neigen ertoe minder te spelen met andere kinderen en doen vaak niet mee aan georganiseerde activiteiten. De angst resulteert in sociale inhibitie met als gevolg dat deze kinderen niet de essentiële sociale vaardigheden ontwikkelen. Angstige kinderen zijn hierdoor vaak ongelukkig en verdrietig, voelen zich alleen en verlegen en laten hierdoor vaak tekenen van een depressie zien. Indien zij depressief zijn, verstoort dit de sociale en interpersoonlijke relaties en heeft dit gevolgen voor het schools functioneren.

Depressieve gevoelens zijn vaak een gevolg van een separatieangststoornis. Indien de gevoelens zo ernstig zijn en blijven aanhouden, kan naast separatieangststoornis ook een diagnose depressie aanwezig zijn. Vooral een inadequate aanpak van het kind met een separatieangststoornis kan ertoe leiden dat hij additioneel een depressie ontwikkelt.

- **Depressie en gedragsstoornissen**

Volgens de DSM-5 is de diagnose ODD niet mogelijk bij een depressieve stoornis²⁵⁷. Comorbiditeit van antisociale gedragsstoornis (CD) en depressie kan wel en zou vrij vaak voorkomen, zij het meer bij jongens dan bij meisjes. Kinderen en jongeren met deze comorbide stoornissen gedragen zich ongeveer op dezelfde wijze als kinderen met een gedragsstoornis waardoor de depressie door de gedragsstoornis gemaskeerd kan worden²⁵⁸.

- **Depressie en ADHD**

15 tot 20% van de kinderen en adolescenten met ADHD ontwikkelt depressieve problemen. ADHD en depressie hebben deels gelijklopende symptomen. Zo kunnen kinderen met ADHD zich moeilijk concentreren op schoolse taken. Ze zijn onrustig, geagiteerd en impulsief. Ze verstoren bezigheden van anderen of dringen zich op en zijn hierdoor weinig populair.

- **Depressie en posttraumatische stress-stoornis**

Traumatische ervaringen kunnen bij kinderen leiden tot een posttraumatische stress-stoornis, maar ook tot andere of additionele stoornissen, zoals o.a. een

²⁵⁶ Muris, P., Angst en angststoornissen in: Prins, P. en Braet, C. (red.) , Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 353

²⁵⁷ Het gaat daarbij zowel om 'Major Depressive Disorder' en 'Persistent Depressive Disorder' als de nieuw opgenomen classificatie 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder'.

²⁵⁸ Kimonis & Frick, 2006; Wolff & Ollendick, 2007 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

depressie²⁵⁹. De reden voor comorbiditeit kan zijn dat een posttraumatische stress-stoornis het slachtoffer gevoelig maakt, zowel psychologisch als op neurobiologisch gebied.

5.6 Etiologie

Depressies worden veroorzaakt door een samenspel van biologische, psychologische, cognitieve en sociale factoren²⁶⁰. Een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen verhogen het risico op tal van stoornissen, waaronder een depressie.

Geen van onderstaande risicofactoren is op zich echter een voldoende voorwaarde voor het ontstaan van een depressie.

5.6.1 Biologische factoren

Het grootste aandeel in het ontstaan van een depressie komt van psychosociale processen tussen kind en omgeving²⁶¹. Dit betekent niet dat erfelijke factoren niet aan de basis liggen van het ontstaan van depressie, maar wel dat omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen bij het tot uiting komen van de genetische dispositie voor depressieve symptomen. In dit opzicht zijn studies naar stress uitlokkende omgevingsfactoren belangrijk²⁶².

Bovendien lijkt een depressieve episode bij te dragen tot veranderingen in het centrale zenuwstelsel²⁶³.

196

5.6.2 Psychologische factoren

Volgende psychologische factoren in het kind zelf blijken een risico te zijn voor depressie: temperamentkenmerken, stoornissen in de affectdifferentiatie en emotieregulatie^{264 265}, negatieve cognitieve stijl en eerdere episode van depressie.

²⁵⁹ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 914

²⁶⁰ Reichart, 2000; Harrington, 2006 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.137

²⁶¹ De Wit, 2000 in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

²⁶² Rutter, Moffitt & Caspi, 2006 en Rice, 2002 in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 396 en 382-383

²⁶³ Braet, C. en Timbremont, B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 382-383 en 396

²⁶⁴ Timbremont, B., Bosmans G. & Braet C. Cognitieve gedragstherapie bij depressie in: Braet, C. en Bögels, S. (red.) Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten, Boom, Amsterdam, 2008 blz.306

²⁶⁵ Zie Bijlage 12: Executieve functies. Dawson P. & Guare R., Slim maar ..., Hogrefe Amsterdam, 2010 en Executieve functies bij kinderen en adolescenten, Dawson P. & Guare R., Hogrefe, Amsterdam, 2010

Bepaalde factoren zoals een hechtingsproblematiek en een tekort aan sociale vaardigheden kunnen gezien worden als het gevolg van een interactioneel proces maar zijn na verloop van tijd een kindkenmerk geworden. Temperamentkenmerken, zoals de mate van gedragsinhibitie²⁶⁶, kunnen meespelen in de ontwikkeling van internaliserende stoornissen. Kinderen, die op jonge leeftijd verlegen en geremd reageren en die angst hebben voor nieuwe situaties, hebben een groter risico om later een depressie te ontwikkelen.

- **Aangeleerde hulpeloosheid**

Mensen geven verklaringen aan hun tegenslagen en wijten de oorzaak (attributies) van dit falen aan bepaalde factoren. Sommigen leggen de oorzaak van tegenslagen bij zichzelf. Ze hebben een depressie-bevorderende attributiestijl en komen in een vicieuze cirkel van hulpeloosheid terecht. Falen en negatieve gebeurtenissen koppelen ze aan eigen interne, stabiele en globale, dus niet veranderbare kenmerken. Positieve gebeurtenissen koppelen ze aan externe, onstabiele en specifieke oorzaken, dus veranderbare factoren of toeval. Een gevoel van hulpeloosheid houdt deze attributiestijl in stand.

- **Informatieverwerkingsmodel**

Cognitieve processen, zoals verstoorde aandachts-, geheugen- en interpretatieprocessen, spelen een rol bij het ontstaan en in stand houden van emotionele problemen zoals een depressie²⁶⁷. Kinderen met een depressie zijn geneigd de binnenkomende informatie negatief te vervormen. Bij een depressie is er sprake van een 'cognitieve triade', de cognitieve schema's handelen over: eigen waardeloosheid en schuld, de onrechtvaardigheid en liefdeloosheid van de wereld en hopeloosheid over de toekomst. Deze schema's kunnen ook geactiveerd worden door een negatieve stemming. Niet-depressieve kinderen beschikken over positieve zelfschema's, die veel sterker zijn dan hun negatieve schema's. Ze zien de wereld spontaan 'rooskleuriger'.

Aan de hand van cognitieve schema's die zich ontwikkelen in de (vroeg) kindertijd, selecteert, onthoudt en interpreteert een kind (al dan niet bewust) zijn ervaringen. Informatie die overeenkomt met bestaande schema's krijgt voorrang op informatie die niet in die schema's past. Vanuit een vertekende verwerking van de realiteit, gaat het kind zijn ervaringen negatief kleuren, waardoor hij negatief gaat reageren.

De disfunctionele schema's die na een depressie latent kunnen zijn, vormen reactieve vrij stabiele structuren. Eenmaal terug geactiveerd kunnen ze terug het begin betekenen van een patroon van negatieve zelf beschrijvende

²⁶⁶ Zie Bijlage 12: Executieve functies

²⁶⁷ Beck in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 388

informatieverwerking en zo een nieuwe depressieve episode uitlokken. Dit verklaart waarom terugval in een depressieve episode zo vaak voorkomt.

5.6.3 Transactionele factoren

- **Gehechtheid**

Onveilige gehechtheid wordt vaak over de generaties heen overgedragen. Combinaties van erfelijke belasting met situaties van verwaarlozing of mishandeling maken kinderen extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van een depressie. Bij jonge kinderen met een depressie lijkt mishandeling of verwaarlozing bijna altijd aanwezig te zijn.

- **Verlieservaringen**

Indien een kind een ernstig verlies²⁶⁸ of trauma meemaakt en de omgeving slaagt er niet in om adequaat te reageren, bestaat het risico op het ontstaan van een depressie²⁶⁹.

- **Depressie als een zichzelf in stand houdend gedragspatroon**

Een depressie is een zichzelf in stand houdend gedragspatroon. Door hun teruggetrokkenheid en concentratieproblemen hebben deze kinderen en jongeren het moeilijk om relaties aan te gaan. Ze ervaren de anderen als kritisch en afkeurend en nemen vaak als reactie hierop een kritische en vijandige houding aan. Deze houding heeft tot gevolg dat anderen hen gaan mijden waardoor het kind of de jongere met een depressie minder in de gelegenheid zijn om leeftijdsadequaat gedrag te oefenen²⁷⁰. De sociale isolatie zorgt ervoor dat negatieve gevoelens toenemen en positief gedrag niet meer bekrachtigd wordt. In deze context wordt depressie dan ook gezien als een mogelijk gevolg van een tekort aan sociale vaardigheden.

De omgeving, die bezorgd is, geeft aandacht aan de negatieve gevoelens (op korte termijn), wat deze gevoelens in stand houdt of versterkt. Negatieve feedback vanuit de omgeving speelt eveneens een rol. Een kind dat vaak negatieve feedback krijgt, ontwikkelt een negatief zelfbeeld, wat hem kwetsbaar maakt voor de ontwikkeling van een depressie.

- **Invloed van depressie op de omgeving**

De aanwezigheid van een depressief kind in het gezin kan de partnerrelatie onder druk zetten, maar ook de broers en zussen lijden onder deze situatie. Eveneens komt de ouder-kindrelatie onder druk te staan omdat de depressieve

²⁶⁸ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Cartim, Destelbergen, blz. 7

²⁶⁹ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

²⁷⁰ Verhulst F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002, blz. 117

adolescent die geïrriteerd is, niet reageert en niet afhankelijk is, niet zorgt voor positieve bekrachtiging van zijn ouders en hen de voldoening onthoudt waar ze toch naar streven²⁷¹.

- **Transactioneel model**

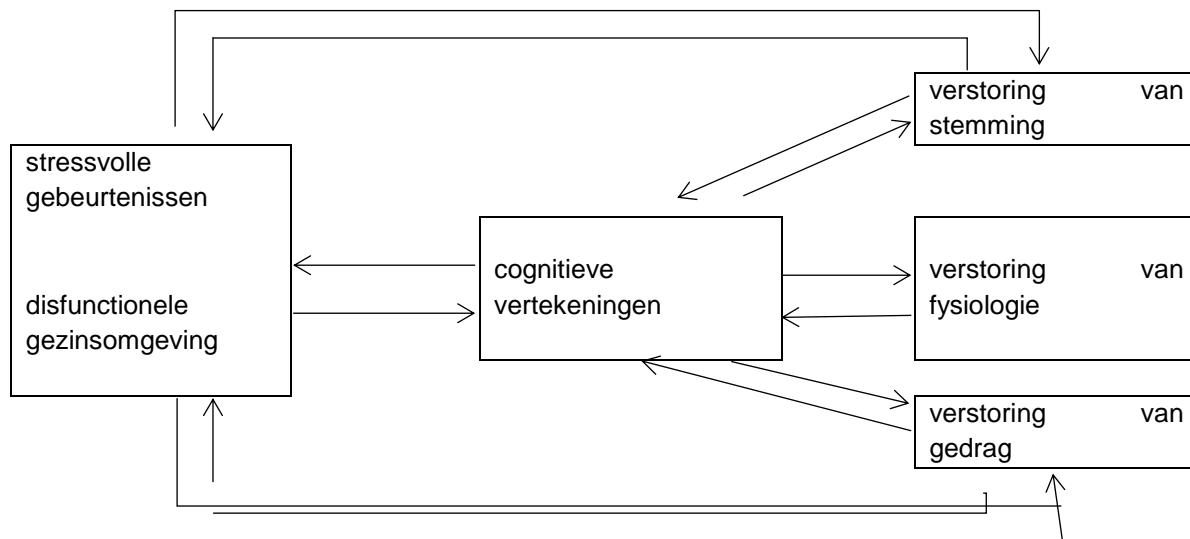
De meest onderzochte psychologische verklaringsmodellen tonen aan dat depressie het resultaat is van een interactie tussen een cognitieve kwetsbaarheid en ervaren stress²⁷². Deze transactionele modellen gaan ervan uit dat stressoren één of meerdere vormen kunnen aannemen en van chronische of acute aard zijn (bijvoorbeeld functioneren van het gezin, verlieservaring, prestatiedruk). Kwetsbaarheidsfactoren (zoals genetische aanleg of cognitieve factoren) kunnen getriggerd worden door stressvolle levensgebeurtenissen. Men gaat uit van een wederzijdse invloed van de omgeving en het kind en dit op een dynamische manier. Depressie is niet alleen het gevolg van een aantal factoren die in interactie treden met elkaar en bijdragen tot het ontstaan van een depressieve toestand, maar ook van nadien optredende processen die een eenmaal ontwikkelende depressie in stand houden of verergeren²⁷³.

²⁷¹ Coyne e.a. 1987, in: Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), *Adolescentenpsychiatrie*, Van Gorcum, Assen, 2000, blz. 22

²⁷² Timbremont B., Bosmans G. & Braet C. Cognitieve gedragstherapie bij depressie in: Braet, C. en Bögels, S. (red.) *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*, Boom, Amsterdam, 2008, blz.305

²⁷³ Braet C. en Timbremont B. *Stemmingsproblemen en depressie* in: Prins, P. en Braet, C. (red.) *Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 390

Transactioneel model van depressie (Stark & Smith, 1995)²⁷⁴



5.7 Beschermende factoren

Ouderlijke opvoedingsvaardigheden zoals sensitiviteit en responsiviteit blijken in belangrijke mate van invloed te zijn voor een goede emotieregulatie van het kind en voor het voorkomen van een depressie (op latere leeftijd)²⁷⁵.

In wetenschappelijk onderzoek²⁷⁶ werden volgende beschermende factoren aangeduid: een hechte gezinsband, goed contact met vader en een familielid dat suïcide had gepleegd. Men vermoedt dat een zelfmoord in de familie tot gevolg heeft dat er meer aandacht komt voor stemmingsproblemen en dat er voor depressieve jongeren in een dergelijke situatie sneller hulp wordt gezocht. Andere factoren zoals het zelfbeeld, de school, vrienden, psychotherapie, sociaaleconomische achtergrond, bleken in deze studie niet voorspellend te zijn voor depressieve symptoomreductie.

Andere beschermende in kind en omgeving worden zijn te vinden in een gemeenschappelijke bijlage voor gedrags-, depressieve en angstproblemen/stoornissen²⁷⁷.

²⁷⁴ Stark K.D. & Smith A. (1995) Cognitive and Behavioral treatment of childhood depression in van Bilsen H.P.J.G., Kendall P. & Slavenburg J.H. (Eds.), Behavioral approaches for children en adolescents (pp. 113-143), Plenum Press, New York

²⁷⁵ Propper en Moore (2006) in Braet C. en Timbremont B. Stemningsproblemen en depressie in: Prins P. en Braet C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 383

²⁷⁶ Nationaal depressieonderzoek van Ruston e.a. (2002) in Braet, C. en Timbremont, B. Stemningsproblemen en depressie in: Prins P. en Braet C. (red.), Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 384

²⁷⁷ Zie Bijlage 27: Beschermende en risicofactoren bij gedrags-, depressieve en angstproblemen/stoornissen

Het is belangrijk om preventief²⁷⁸ op te treden indien kinderen een ernstig verlies of trauma meemaken of wanneer ouders in een vechtscheiding verwickeld zijn. Dit kan door te luisteren, een gesprek met hen aan te gaan, maar ook door op een leeftijdsadequate manier antwoorden te geven op hun vragen. De dagelijkse routine snel herstellen, werkt geruststellend en geeft kans om het rouwproces te starten. Het is bijzonder belangrijk dat de omgeving aangeeft dat er uiting en uitdrukking kan gegeven worden aan de pijnlijke emoties. Het verlies wordt best als een normaal onderdeel van het leven gezien²⁷⁹.

5.8 Verloop en prognose

De prognose hangt samen met een aantal factoren:

- de etiologie: hangt de depressie samen met een opeenstapeling van stressvolle levensgebeurtenissen in de ontwikkeling of is het een gevolg van een enkelvoudige stressfactor?;
- de kwaliteit van de gezinsomgeving: bij een ongunstig gezinsmilieu is een minder gunstig verloop te verwachten;
- genetische, biologische factoren;
- de aanwezigheid van een comorbide stoornis

Gemiddeld duurt een depressieve stoornis, eenmalige episode negen maanden, terwijl een dysthyme stoornis²⁸⁰ ongeveer tweeënehalf tot vier jaar kan duren²⁸¹. Vanaf twee depressieve episodes spreekt men van een 'recidiverende depressieve stoornis' en is de kans op terugval 70%.

Een depressie persisteert vooral bij meisjes²⁸², terwijl jongens gemakkelijker spontaan herstellen. De kans op terugval is 40% na twee jaar en 70% na vijf jaar. De kans dat jongeren, die een depressie hadden, binnen de vijf jaar een bipolaire stoornis ontwikkelen, ligt tussen de 20 en 40%. Bij een dysthyme stoornis bedraagt dit 13%.

Het risico op zelfdoding, middelenmisbruik en lichamelijke klachten is aanzienlijk. Dit heeft een ongunstige uitwerking op de psychosociale ontwikkeling en het voltooien van ontwikkelingstaken. Depressieve stoornissen, die ontstaan op jonge leeftijd, kennen een chronisch verloop en lijken ernstiger dan een depressie op latere leeftijd. Mogelijk heeft een eerste depressie een aantal (biologische) veranderingen bewerkstelligd, die als het ware blijven 'smeulen' waardoor een volgende depressie

²⁷⁸ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Cartim, Destelbergen, blz. 28

²⁷⁹ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

²⁸⁰ In de DSM-5 wordt de dysthyme stoornis benoemd als 'persistent depressieve stoornis'.

²⁸¹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 146

²⁸² Nationaal depressie-onderzoek, Rushton e.a., 2002, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 384

sneller optreedt²⁸³. Een depressie op jonge leeftijd is een betrouwbare predictor voor depressies tijdens de adolescentie en volwassenheid, problematisch drankgebruik en suïcidaal gedrag. Jongeren met een depressie hervallen later gemakkelijker in nieuwe depressieve episodes²⁸⁴.

²⁸³ Verhulst, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 146

²⁸⁴ Birmaher, B. et al., Practice Parameters for the Assessment en Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(10 Supplement): 63S-83S.

6. Angstproblemen en angststoornissen

6.1 Verschijningsvorm²⁸⁵

Angst²⁸⁶ wordt meestal gezien als een normale reactie op een gevoel van bedreiging in de omgeving en is nuttig, beschermt en helpt anticiperen op mogelijk gevaar. Angsten die soms zelfs vrij intens kunnen zijn, zijn gewoon tijdens de kindertijd. In de peuterfase komen veel angsten voor (71 %), angsten pieken in de leeftijd van 7 tot 9 jaar (87 %) en dalen dan vanaf 10 à 12 jaar (68 %)²⁸⁷. In het proces van normale ontwikkeling zijn kinderen en jongeren in toenemende mate in staat om hun angsten te overwinnen door het gebruik van aangepaste defensiemechanismen en verfijnde copingstrategieën.

Bijvoorbeeld: kinderen zijn in staat om via redeneren hun angsten te verminderen en rustig te worden. Ze kunnen op het moment gebruikmaken van de copingstrategie van positieve cognitieve herstructurering, zoals zichzelf eraan te herinneren: “het is maar een droom en dus niet echt”.

Op dezelfde wijze zijn kinderen in staat om bij blootstelling aan de beangstigende stimulus, hun cognities erover bij te stellen tot zij voelen dat ze klaar zijn voor een confrontatie ermee.

Bij sommige kinderen en jongeren blijven deze angsten echter langer aanwezig en hypothekeren ze het dagelijkse functioneren. Indien de angst disfunctioneel en irreal is, wordt over pathologische angst of een angststoornis gesproken.

203

Angststoornissen zijn te onderscheiden van normale angsten op basis van

- de intensiteit: de angst is buiten proportie tegenover de situatie;
- de persistentie: verlengde angst op iets angstaanjagend. Bijvoorbeeld: staan trillen nadat men op het fietspad bijna werd aangereden door een auto is normaal. Het kan problematisch worden wanneer iemand enkele dagen later nog bang is om op de fiets te stappen.

de leeftijdsadequaatheid: de angst is niet aangepast aan de leeftijd of het ontwikkelingsniveau. Zo is voor een driejarige angst om een tijdje gescheiden te zijn van zijn ouders normaal, maar niet wanneer dit op 9-jarige leeftijd nog steeds zo is.

Om te bepalen of er sprake is van een angststoornis zijn bijkomend volgende criteria belangrijk:

²⁸⁵ Zie ook Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²⁸⁶ Zie Definities en begrippen

²⁸⁷ Muris, Merckelbach, Gadet & Moulart, 2000, in: Wenar C. en Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 216

- de angst leidt tot vermijding waardoor belangrijke normale activiteiten onmogelijk worden, zoals naar school gaan of contact met leeftijdsgenoten. Hierdoor worden ontwikkelingstaken verstoord;
- het kind lijdt er zelf zichtbaar onder.

Bij pathologische angst is het kind of jongere (deels) niet meer in staat om zijn eigen gedrag (grotendeels) rationeel te sturen maar wordt hij gedreven door zijn angst(en). Hierbij falen als het ware bovenvermelde aanpassingsmechanismen.

In de vroege kindertijd komen specifieke fobieën en separatieangststoornis meer voor terwijl de gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en paniekstoornis zich pas later manifesteren²⁸⁸. Het soort angststoornis dat een kind ontwikkelt, bepaalt ook de impact op de ontwikkeling en de levenskwaliteit van het kind. Zo piekeren kinderen en jongeren met een gegeneraliseerde angst over vrijwel alles, terwijl kinderen met een dierfobie situaties kunnen vermijden. Zij ondervinden enkel leed indien zij geconfronteerd worden met de angstprikkel.

Angststoornissen kunnen over verschillende thema's²⁸⁹ gaan. Net zoals de normale angsten leeftijdsgebonden zijn, geldt voor de angststoornis dat het type angststoornis dat een kind ontwikkelt deels afhankelijk is van zijn ontwikkelingsniveau. Zo zal een sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis maar kunnen ontstaan indien het kind een zeker niveau van sociale en denkontwikkeling heeft doorgemaakt. Hieronder worden per leeftijdsfase normale kinderangsten beschreven.

6.1.1 De babytijd

Angst is een gevoel dat iemand heeft die zich bewust is van zijn eigen bestaan. Maar voorafgaand aan dit bewustzijn hebben baby's reeds instinctieve angstreacties zonder dat ze beseffen wat er aan de hand is. Deze angstreacties staan meestal in relatie met een bedreiging van hun lichamelijke toestand. Al van bij de geboorte (door licht, kou en lawaai) en nadien bij plotselinge harde geluiden, onverwachte bewegingen, lichtflitsen, verlies van steun, bij vallen en pijn, vertonen baby's lichamelijke angstreacties. Op ongeveer dertig weken, verschijnt de angst voor vreemden: op dat ogenblik is hij in staat om onderscheid te maken tussen voor hem vertrouwde en onbekende personen²⁹⁰. Angststoornissen worden niet voor de leeftijd van vier jaar gediagnosticeerd²⁹¹.

²⁸⁸ Muris, P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 356-357

²⁸⁹ Zie verder in Definities en begrippen

²⁹⁰ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz. 274-275

²⁹¹ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, in: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

6.1.2 De peuter- en kleutertijd

Tijdens het tweede levensjaar ontluikt het zelfbewustzijn. Natuurverschijnselen zoals duisternis, onweer en storm, water- en open vlakten waarop het kind geen vat heeft, kunnen erg beangstigend zijn. Aansluitend is er ook de angst voor vreemde dieren.

Op twee jaar is een kind meestal in staat om een korte periode zonder ouderfiguur door te brengen maar wanneer het kind bij de ouder wil zijn en deze is er niet, vertoont het scheidingsangst. Deze angst houdt verband met de grotere zelfstandigheid van het kind, het 'neen zeggen' tegen de ouders, de angst dat ze hem niet meer lief vinden, het 's nachts wakker worden en alleen zijn. Andere oorzaken voor angsten komen voort uit het onvoldoende begrijpen door het kind van de situaties.

Op vier jaar heeft het kind meestal het besef van een duidelijk eigen 'Ik', los van andere personen waardoor het ook bewust wordt van de eigen kwetsbaarheid. De kleuter kan bang zijn om dood te gaan, hoewel hij nog niet de onherroepelijkheid ervan beseft²⁹².

Kinderen kunnen vanaf de kleutertijd bang worden van hun eigen fantasieën en bijgevolg van enge mensen, geesten en monsters. Tegen het einde van de kleutertijd en vanuit het groeiende realiteitsbesef worden deze ingebeelde angsten geleidelijk aan vervangen door meer realistische angsten zoals de angst voor lichamelijk letsel en fysiek gevaar.

6.1.3 De lagere schooltijd

Tijdens de lagere schoolleeftijd, kunnen kinderen zich steeds beter reële gevaren voorstellen zoals brand, de mogelijke dood van oudere mensen (bijvoorbeeld grootouders). Daarnaast dagen sociaal-evaluatieve angsten op: de angst om negatief beoordeeld te worden en om buiten de groep te vallen. Aansluitend daarmee, kan vanaf deze periode waarbij het verwerven van allerlei vaardigheden centraal staat, faalangst ontwikkelen. Rond elf jaar verschijnen nieuwe angsten ('beginnersangst') die te maken hebben met het zich begeven in nieuwe situaties en te moeten beantwoorden aan nieuwe eisen²⁹³.

Lagere schoolkinderen blijven ook irrationele angsten vertonen, zoals angst voor slangen of muizen, alsook nachtmerries. Dit zijn normale angsten, die ouders goed kunnen aanpakken met bepaalde opvoedingsvaardigheden, zoals praten met het kind, rustig reageren op het angstige gedrag en het kind helpen om te gaan met de

²⁹² Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.275-278

²⁹³ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.278-279

angst. Deze normale angsten kunnen vanzelf overgaan. Lagere schoolkinderen hebben vaak nog niet de verbale capaciteiten om de meer genuanceerde gevoelens van angst en zich zorgen maken te uiten, daarom kunnen zij soms hun angsten uiten via vage lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, zich ziek voelen, ...

6.1.4 De adolescentie

Tijdens de adolescentie fase maken jongeren een identiteitscrisis door. Hun onzekerheid over de volwassen rollen die hun te wachten staan, hun ernstig verlies aan continuïteitsbesef (zich niet meer herkennen door hun lichamelijke en psychische veranderingen) en de tegenstellingen tussen hun verschillende zelfbeelden, kunnen heel wat angsten met zich meebrengen en leiden tot identiteitsverwarring. Via de integratie van zelfbeelden, moet deze identiteitscrisis opgelost worden door de vorming van een psycho-sociale identiteit²⁹⁴.

Daarnaast heeft de adolescent sociale angsten door een verhoogd sociaal bewustzijn met het groeiende sociaal zelf en het toenemende belang van leeftijdsgenoten (o.m. als klankbord voor de identiteitsvorming) met de daarbij horende de schrik om buiten de groep te vallen. Verder zijn er de zorgen over geld en werk, angst voor oorlog of vernietiging van het milieu. De kans op faalangst neemt toe ook mede het gevolg van hun verhoogd sociaal bewustzijn en de vorming van het zelfbeeld. Irrationele angsten zijn minder frequent maar verdwijnen niet helemaal. Tieners kunnen bang zijn van donker, stormen, spinnen, begraafplaatsen, ... Meestal horen dit soort problemen bij de puberteit, bij de overgang van kindertijd naar volwassenheid. Zij gaan vaak na deze periode ook vanzelf weer over²⁹⁵.

6.2 Definities en begrippen²⁹⁶

Angst

In het dagelijkse taalgebruik is angst een gevoel, maar de psychologie onderscheidt meerdere aspecten.

- Het subjectieve gevoel: de subjectieve gevoelsmatige ervaring met de drang om te vechten, te vluchten of bewegingsloos (om niet op te vallen) te blijven.
- De gedachteverandering: in gedachten nog enkel bezig zijn met het dreigende gevaar en het zoeken naar mogelijkheden om het te ontwijken.
- De lichamelijke reactie: een toegenomen transpiratie, versnelde hartslag, verhoogde bloeddruk, versnelde ademhaling en verwijding van pupillen.

²⁹⁴ Verhofstadt-Denève L., Vyt A. & Van Geert P., Handboek voor Ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003

²⁹⁵ van Rooijen K. & Ince D., Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen, Nederlands Jeugd Instituut, mei 2011, blz. 2:

[http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Angst_en_Stemmingsproblemen.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_Angst_en_Stemmingsproblemen.pdf)

²⁹⁶ O.a. Braet C. & Timbremont B., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 355 en Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 9-11

- De motorische activiteit: verhoogde activiteit vanuit de drang om weg te lopen, hulp in te roepen, zich schuil te houden of te vluchten.

Angststoornis

In dit protocol wordt de indeling van angststoornissen volgens de DSM-5 gevolgd. In de DSM-5 is 'angststoornis' een koepelbegrip voor onder meer separatieangststoornis, selectief mutisme, specifieke fobie, sociale angststoornis, paniekstoornis, agorafobie en generaliseerde angststoornis.

In de ICD-10 vallen deze stoornissen onder 'Neurotic, stress-related and somatoform disorders' met naast deze angststoornissen ook de obsessief-compulsieve stoornis en de posttraumatische stress-stoornis. Dit zijn twee stoornissen die binnen de DSM-IV-TR ook bij de 'angststoornissen' werden gerekend.

Obsessief-compulsieve stoornis of dwangstoornis

Bij een obsessief-compulsieve stoornis gaat het om duidelijk aanwezige dwanggedachten en dwanghandelingen. Dwanggedachten zijn terugkerende en aanhoudende gedachten die als opgedrongen en misplaatst beleefd worden en die angst en lijden veroorzaken. Een dwanghandeling is een zich herhalend gedrag zoals handenwassen, opruimen, controleren, ... of psychische activiteiten zoals bidden, tellen, gericht op het voorkomen of verminderen van de door de obsessies veroorzaakte angst en lijden.

Anders dan in de DSM-IV-TR²⁹⁷ waar de obsessief-compulsieve stoornis wordt ondergebracht bij de hoofdcategorie 'angststoornissen', krijgt de dwangstoornis in de DSM-5²⁹⁸ een eigen (aparte) hoofdcategorie.

Posttraumatische en acute stress-stoornis

Bij een stress-stoornis treedt na blootstelling aan een traumatische gebeurtenis die intense angst, hulpeloosheid en afschuw heeft opgeroepen, een karakteristiek symptomenpatroon van herbeleving op van de traumatische gebeurtenis, aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma horen en verhoogde prikkelbaarheid. In de DSM-5²⁹⁹ werd de posttraumatische stress-stoornis en acute stress-stoornis uit de categorie angststoornissen genomen en vormen ze een nieuwe categorie. De posttraumatische stress-stoornis wordt in een bijlage³⁰⁰ verder toegelicht.

Externaliserend probleemgedrag

²⁹⁷ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001

²⁹⁸ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

²⁹⁹ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5:

<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

³⁰⁰ Zie Bijlage 30: Posttraumatische stress-stoornis

Externaliserend probleemgedrag omvat ongewenst gedrag dat in de eerste plaats storend is voor anderen, zoals ongehoorzaamheid, agressiviteit, vernielzucht, driftbuien, ... De ASEBA-vragenlijsten hebben een schaal 'externaliserend probleemgedrag' die gevormd wordt door de combinatie van 'normafwijkend gedrag' (bijvoorbeeld liegen, vandalisme) en 'agressief gedrag' (bijvoorbeeld andere bedreigen, tegenspreken).

Internaliserend probleemgedrag

Internaliserend probleemgedrag is gedrag waarvan het kind in eerste instantie zelf last heeft, zoals angst, lichamelijke klachten zonder duidelijke medische oorzaak. De ASEBA-vragenlijsten hebben een schaal met 'internaliserend probleemgedrag'. Deze groepeert de syndroomschalen 'teruggetrokken/depressief' (bijvoorbeeld veel alleen, voelt zich eenzaam), 'lichamelijke klachten' (bijvoorbeeld maagpijn, buikpijn) en 'angstig/depressief' (bijvoorbeeld zich waardeloos voelen, ongelukkig).

Faalangst³⁰¹

Faalangst is een vorm van angst die optreedt binnen beoordelingssituaties in verband met studies, examens, toetsen, prestaties, ...³⁰². Een belangrijk criterium is dat de negatieve stress in verband met presteren, het functioneren van de leerling in prestatiesituaties dermate hypothekeert, dat zijn capaciteiten niet tot uiting kunnen komen, naast het psychisch lijden. Faalangst is volgens de DSM-IV-TR en DSM-5 geen afzonderlijke stoornis maar kan een uitingsvorm van sociale angst of van een gegeneraliseerde angst zijn.

Sommigen spreken van 'positieve faalangst' of een gezonde spanning of stress, plankenkoorts of gerichte spanning waarbij men zichzelf oplaadt voor een bijzondere prestatie. Er mag sprake zijn van een zekere spanning, doch niet van stress lang voor de uitvoering van de taak. Dit komt niet overeen met onze definitie van faalangst. Faalangst is altijd negatief omdat het de levenskwaliteit dermate beïnvloed, ook al is het resultaat van een taak positief. De spanning leidt tot een irrationele angst voor mislukking en eerder blokkeert dan motiveert. De blokkering kan zich uiten in chaotisch en gehaast worden, hyperventileren en/of verminderde concentratie.

Er zijn 3 soorten faalangst:

- Cognitieve faalangst: faalangst voor schoolse taken;
- Sociale faalangst: faalangst voor sociale taken, zoals iets vertellen in gezelschap. Hier is een parallel met sociale angst;
- Motorische faalangst: faalangst voor motorisch competitieve taken.

³⁰¹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziene druk, Houten 2009, Bohn Stafleu van Loghum, blz. 95

³⁰² Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. & Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003, blz. 201

Faalangst heeft te maken met het idee negatieve reacties op een persoonlijke prestatie te krijgen. Omwille van een negatief zelfbeeld registreren faalangstige leerlingen negatieve opmerkingen beter dan positieve. Leerlingen met faalangst hebben vaak faalangstige, strenge ouders en/of ouders die (te) hoge eisen stellen. Ouders kunnen impliciet en onbewust boodschappen geven die de faalangst versterken.

Bijvoorbeeld: “doe me een plezier”. Hierbij is de impliciete boodschap dat het kind zijn ouders teleurstelt indien hij niet voldoet aan wat van hem verwacht wordt.

Kenmerken van faalangst:

- Cognitief: er is een negatieve zelfbeoordeling en gebrek aan zelfacceptatie. Bij succes wordt de oorzaak buiten zichzelf gelegd, bij een mislukking ligt de oorzaak in zichzelf (externe versus interne attributie). Men heeft het moeilijk om een compliment te aanvaarden. Na een test of toets kan men weer helder denken. De angst voor een taak kan het denken volledig beheersen. Deze leerlingen stellen zichzelf irreële, te hoge of te lage eisen. Zo kunnen ze zich onttrekken aan de verantwoordelijkheid voor het behaalde resultaat.
- Lichamelijk: zweten, rode gelaatskleur, hartkloppingen, maag- en/of darmklachten, hoofdpijn, black-out, ...
- Gedragmatig: chaotisch te werk gaan, detaillistisch studeren, teveel tijd aan een opdracht besteden, werk onderbreken en afdwalen.

Faalangst is niet altijd gemakkelijk te herkennen, omdat jongeren vaak het tegenovergestelde gedrag laten zien: stoer, clownesk gedrag. Ouders en leerkrachten dienen zich zorgen te maken bij chronisch onderpresteren en/of geblokkeerd raken, sterk vermijdingsgedrag en een grote lijdensdruk bij de leerling. Bijvoorbeeld elke dag met hoofd- en/of buikpijn naar school gaan en slecht slapen. Wanneer de leerling leert om zijn eigen, innerlijke maatstaf te ontwikkelen, kan faalangst voorkomen worden. Hiervoor moeten ze dan wel voldoende erkenning krijgen voor wat ze doen³⁰³.

Faalangst komt in het basisonderwijs voor bij één op de twaalf leerlingen. In het secundair onderwijs heeft 10%-20% van de leerlingen te kampen met faalangst. Het aantal faalangstigen is gelijk bij jongens en meisjes doch uit zich anders. Meisjes blijken meer belang te hechten aan hun studie en spannen zich ook meer in³⁰⁴. Meisjes roepen ook gemakkelijker hulp in.

³⁰³ Werd & Kouwenhoven, 1997; Hay, 2004, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziene druk, Houten 2009, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, blz. 98

³⁰⁴ Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.G., Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004, blz. 202

Risicofactoren voor het ontwikkelen en bestendigen van faalangst:

- gebrek aan positieve verwachtingen in de omgeving;
- meer nadruk op wat de leerling fout doet;
- negatieve schoolervaringen;
- sfeer van competitie;
- te geringe stimulans en te veel bescherming;
- te hoge eisen van de omgeving;
- vergelijking met 'slimmere' leerlingen;
- verkeerde voorbeelden van volwassenen of andere belangrijke anderen;
- vervelende reacties van leeftijdgenoten op falen;
- waardering vrijwel uitsluitend gekoppeld aan goede prestaties;
- weinig experimenteer ruimte voor falen;
- zich niet geaccepteerd voelen bij mislukken.

Gehechtheid³⁰⁵

Gehechtheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een relatief duurzame affectieve relatie met één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig contact heeft.

Op basis van vroege ervaringen met verzorger(s) ontwikkelt een kind een hechtingssysteem³⁰⁶ als een intern werkmodel waarin alle eerste emotionele ervaringen worden opgeslagen en verwerkt. Dit werkmodel verschaft het kind een leidraad en een basis voor latere interacties met zijn omgeving. Dit betekent evenwel niet dat het gaat om een niet te beïnvloeden kenmerk van een individu. In de loop van het leven en in interactie met de omgeving wordt het hechtingssysteem regelmatig aangevuld en bijgesteld. Anderzijds fungeert het werkmodel ook als een filter waarbij nieuwe informatie die sterk afwijkt van het huidige model, kan worden vervormd of uitgesloten.

210

Regressie

Bij regressie keert het kind (onder stress) terug naar een gedrag dat het vroeger in zijn ontwikkeling vertoonde (bijvoorbeeld bedplassen, sneller huilen, terug taalgebruik van toen het jonger was, terug duimzuigen).

Schoolfobie

Schoolfobie verwijst naar een niet bij de ontwikkelingsfase passende en overdreven angst om naar school te gaan en daar te zijn, met problemen om weg te gaan van de ouders en met vaak bijkomende leer- en sociale problemen. Schoolfobie komt niet

³⁰⁵ Bowlby en Ainsworth worden beschouwd als pioniers op het terrein van gehechtheid. Vanderploeg J.D., Behandeling van gedragsproblemen, initiatieven en inzichten, Lemniscaat, Rotterdam, 2005, 156-158 en Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 9

³⁰⁶ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

voor in de DSM-IV-TR en DSM-5 maar kan een uitingsvorm zijn van een separatie-angststoornis.

Een kind met schoolfobie vertoont³⁰⁷:

- ernstige problemen met het naar school gaan, waardoor het vaak van school thuis blijft;
- emotionele ontreddeering, bijvoorbeeld extreme angst, woede-uitbarstingen, lichamelijke klachten als er sprake is van naar school gaan;
- schoolverzuim met medeweten van de ouders;
- geen antisociaal gedrag, zoals stelen, liegen, zwerven, vernielzucht, ...;

Indien het kind ook voor andere dan schoolverwante situaties angstig is en deze vermijdt, is dit geen schoolfobie. Een acute of posttraumatische stress-stoornis bijvoorbeeld na een crisissituatie op school zoals brand, een dodelijke ongeval, valt niet onder het begrip schoolfobie.

Wanneer de ouders het kind thuis houden en het daar aantrekkelijk maken, versterken ze het kind in zijn angsten. Omdat net de houding van de ouders, de school en de eventuele hulpverlener hierin belangrijk zijn, is schoolweigeren geen absolute voorwaarde voor de diagnose schoolfobie.

Soms gaat een separatieangst gepaard met een heftige weigering om naar school³⁰⁸⁻³⁰⁹ te gaan. Men spreekt van schoolfobie wanneer schoolweigering gepaard gaat met een irrationele angst voor de school of bepaalde aspecten ervan, vermijdingsgedrag en symptomen zoals spanning en lichamelijke klachten vóór het naar school gaan. Een leerling met een schoolfobie voelt zich overal niet erg angstig, behalve op school. Net zoals faalangst bespreken we schoolfobie in dit protocol als een onderkende diagnose die vaak voorkomt binnen een schoolse context. Deze angst wordt niet afzonderlijk beschreven in een classificatiesysteem als de DSM-5³¹⁰. Indien er een reële angst is voor school, dient gezocht wat hiervan de aanleiding is. Mogelijke aanleidingen zijn o.a. gepest worden, een niet-onderkende leerstoornis, problemen in de relatie met een leerkracht, ...

Voor een kind dat ziek is of bij wie een nog niet gemanifesteerd ziektebeeld aanwezig is, kan het niet naar school gaan het meest op de voorgrond tredend symptoom zijn.

³⁰⁷ Berg e.a., 1969, in: Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.G., Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004, blz. 514

³⁰⁸ Bij schoolweigering is het belangrijk om na te gaan wat ervan aan de basis ligt. Het kan onder meer gaan om een symptoom van een separatieangststoornis, een fobische reactie op de school, een manier om sociale situaties te vermijden of gelinkt zijn aan een onderliggende leerproblematiek. Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onderzoek en diagnostiek, Van Gorcum, 2000, blz. 448

³⁰⁹ Zie Bijlage 23: Checklist schoolweigering

³¹⁰ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

Bij spijbelen³¹¹ gaat het om ongeoorloofd schoolverzuim. Spijbelen beginnend voor het 13^{de} levensjaar is een mogelijk symptoom van een meer uitgebreide antisociale gedragsstoornis indien het gepaard gaat met een andere gedragsproblemen. In tegenstelling tot het kind met een schoolfobie zal de spijbelaar dit doen zonder medeweten en toestemming van de ouders en zal hij zijn best doen dit voor de omgeving verborgen te houden.

6.3 Criteria

In dit protocol wordt gekozen voor de bespreking van angststoornissen volgens de indeling van de DSM-5³¹². Op de meest relevante angststoornissen binnen de context van CLB en onderwijs wordt uitgebreider ingegaan.

- angststoornissen in het algemeen;
- specifiek:
 - separatieangststoornis
 - selectief mutisme
 - specifieke fobie
 - sociale angststoornis
 - paniekstoornis
 - agorafobie
 - gegeneraliseerde angststoornis

212

In de DSM-5³¹³ werd de posttraumatische stress-stoornis en acute stress-stoornis uit de categorie angststoornissen genomen en komen ze onder een nieuwe categorie: de 'Trauma en Stress Gebonden Stoornissen'. De obsessief-compulsieve stoornis is een afzonderlijke en verruimde categorie geworden. De paniekstoornis en agorafobie zijn ontkoppeld. Anderzijds werden in de DSM-5 de separatie-angststoornis en het selectief mutisme toegevoegd aan de categorie van de 'Angststoornissen'.

6.3.1 Categoriale criteria in het algemeen³¹⁴

Indien angsten lang blijven duren en zo intens zijn dat ze het kind hinderen bij het dagelijks functioneren, het kind belemmeren in zijn omgang met andere kinderen en volwassenen en als gevolg hebben dat het kind niet goed presteert op school en op andere levensdomeinen dan kan men spreken van abnormale angst of een

³¹¹ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen/wat_is_spijbelen.htm

³¹² American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

³¹³ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5:
<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

³¹⁴ Zie Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

angststoornis³¹⁵. Angst³¹⁶ wordt pas een symptoom van een stoornis indien het kind door de angst niet in staat is te voldoen aan leeftijdseigen ontwikkelingstaken. Een indicator hierbij is of het kind in staat is (binnen een redelijke tijdsspanne) te herstellen van angst.

Bij stressvolle gebeurtenissen is het normaal dat het kind regresseert³¹⁷. Indien gevoelens en gedrag, behorend tot een voorgaande ontwikkelingsfase, hardnekkig blijven aanhouden is dit een signaal van stagnatie in de ontwikkeling.

Volgende kenmerken zijn volgens de DSM-5 aanwezig bij de gegeneraliseerde angststoornis, de specifieke fobie en de sociale fobie:

- aanhoudende, onredelijke angst in één of meer situaties;
- blootstelling aan deze situatie(s) lokt de angst steeds uit;
- angst is niet naar verhouding tot het aanwezige gevaar of tot de bedreiging in de situatie, rekening houdend met culturele contextfactoren³¹⁸;
- vermijding van gevreesde situaties;
- de angst(ige verwachting) veroorzaakt significant lijden en belemmeringen in het dagelijks sociaal, schools of beroepsmatig functioneren;
- ten minste 6 maanden aanwezig;
- geen somatische aandoening of niet het gevolg van de fysiologische effecten van een middel en niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

6.3.2 Separatieangststoornis³¹⁹

213

Separatieangststoornis is een niet bij de ontwikkelingsfase passende en overdreven angst om gescheiden te worden van huis of van diegenen aan wie het kind gehecht is. Door de separatieangst treden er vaak secundaire problemen op in specifieke situaties, zoals bij het slapengaan, logeerpactijen, uitjes zonder de ouders, aanhoudende tegenzin of weigering om naar school of ergens anders heen te gaan of een overdreven angst om alleen te zijn, ...

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor separatieangststoornis zijn:
de angst

- past niet bij het ontwikkelingsniveau en is overdreven;

³¹⁵ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 9

³¹⁶ Koot et al., 2002, in: Verkerk G., Nijssen A., Vos M. & Gerrits R., Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren, Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, 2004, blz. 17

³¹⁷ Zie Definities en begrippen

³¹⁸ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5:

<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

³¹⁹ Wenar C. & Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 222 en Hellinckx W., Grietens H. & Geeraert L. Hulp bij opvoedingsvragen, 2002, Acco, Leuven, blz. 130 -131

- wordt uitgelokt door het gescheiden worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is;
- is aanhoudend en duurt minimum vier weken bij kinderen en adolescenten en minimum 6 maanden bij volwassenen;
- veroorzaakt significant lijden of beperkingen in sociaal, schools of beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen;
- is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals bij ASS, het weigeren zijn thuis te verlaten als gevolg van een overdreven weerstand tegen verandering, of bij agorafobie het niet buiten durven gaan zonder een vertrouwd persoon, of bij psychotische stoornis, wanen of hallucinaties over gescheiden worden.

Een separatieangststoornis kan gepaard gaan met lichamelijke verschijnselen, zoals hoofdpijn, buikpijn, Bij het stellen van de diagnose is het essentieel rekening te houden met het ontwikkelingsniveau en de leeftijd van het kind. Van een driejarige kleuter zijn bij het even weggaan van de ouders nog angstreactions met huilen en aanklampen te verwachten, bij een achtjarige niet meer. Een kind of jongere met separatieangst heeft vaak gedachten dat zijn ouders iets ernstigs kan of zal overkomen. Hij wil niet naar school om bij een hechtingspersoon te kunnen blijven.

6.3.3 Selectief mutisme³²⁰

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor selectief mutisme zijn:

- consequent niet in staat zijn om te spreken in specifieke sociale situaties waarin het kind verwacht wordt te spreken, bijvoorbeeld op school, ondanks het kunnen spreken in andere situaties;
- de stoornis staat het bereiken van resultaten in opleiding of beroep in de weg of belemmert de sociale communicatie;
- de duur van de stoornis is ten minste één maand (niet beperkt tot de eerste maand op school);
- het er niet in slagen om te spreken is niet het gevolg van een gebrek aan kennis van, of zich vertrouwd voelen met, de gesproken taal die in de sociale situatie vereist wordt;
- de stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een communicatiestoornis en komt niet uitsluitend voor bij een autismespectrumstoornis, schizofrenie, of een andere psychotische stoornis.

6.3.4 Specifieke fobie³²¹

³²⁰ In de ICD-10 wordt de term *electief* mutisme gehanteerd.

³²¹ Zie ook Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

De specifieke fobie is een duidelijke, aanhoudende angst, uitgelokt door aanwezigheid van of anticipatie op een specifieke prikkel, voorwerp of situatie. Deze prikkel, dit object of die situatie wordt vermeden of doorstaan met intense angst of vrees. De diagnose 'specifieke fobie' wordt enkel gesteld wanneer de vrees, angst of vermijding gedurende 6 maanden of meer aanhoudend aanwezig is en een duidelijk lijden of belemmering veroorzaakt in het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen. Er zijn vijf typen: dier, natuur, bloed-injectie-verwonding, situationeel en overige. Veel voorkomende fobieën zijn: fobieën voor onweer, grote hoogten, afgesloten ruimten, spinnen, muizen en katten. Bij kinderen kan de angst of de vrees tot uiting komen door huilen, woedebuien, verstijven of aanklampend gedrag.

6.3.5 Sociale angststoornis of sociale fobie

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor een sociale angststoornis zijn:

- een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De voorbeelden houden sociale interacties in (bijvoorbeeld een gesprek hebben, onbekende mensen ontmoeten), geobserveerd worden (bijvoorbeeld tijdens het eten of drinken), en optreden voor een publiek (bijvoorbeeld een voordracht geven). Bij kinderen moet de angst voorkomen in gezelschap van leeftijdgenoten en niet alleen maar in interactie met volwassenen.
- de betrokkene is bang dat hij/zij zich op een bepaalde manier zal gedragen of angstverschijnselen zal tonen die negatief beoordeeld zullen worden (bijvoorbeeld die vernederend of beschamend zijn; of die tot verwerping of kritiek door anderen zullen leiden).
- blootstelling aan de gevreesde sociale situatie lokt bijna altijd angst uit. Bij kinderen kan de angst tot uiting komen in de vorm van huilen, woede-uitbarstingen, verstijven, vastklampen aan ander persoon, ineenkrimpen of niet kunnen spreken in sociale situaties.
- de gevreesde sociale situaties worden vermeden dan wel doorstaan met intense angst of lijden.
- de angst is overdreven of onredelijk in verhouding tot de aanwezige bedreiging van de sociale situatie en tot de socioculturele context.
- de vrees, de angst of de vermijding is aanhoudend en de duur is meestal zes maanden of meer.
- de vrees, angst of vermijding veroorzaakt in klinisch significante mate lijden en belemmering in het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen van functioneren.
- de vrees, angst of vermijding zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld druggebruik, geneesmiddel) of een somatische aandoening

- de vrees, angst of vermijding zijn niet eerder toe te aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een paniekstoornis, separatieangststoornis, stoornis in de lichaamsbeleving of een autismespectrumstoornis).
- indien er sprake is van een andere somatische aandoening (bijvoorbeeld bij ziekte van Parkinson, obesitas, misvorming door brandwonden of letsels) dan houdt de vrees, angst of vermijding daar geen verband mee of is niet naar verhouding.

Specificeer 'alleen bij prestaties': indien de vrees alleen beperkt is tot spreken of optreden in het openbaar.

Vaak gaat een sociale angststoornis gepaard met overmatige emotionele reactiviteit, eenzaamheid en prikkelbaarheid. Kinderen met een sociale fobie hebben niet alleen angst en moeite in de omgang met volwassenen, maar ook met leeftijdgenoten. Deze kinderen zijn wel in staat om te gaan met vertrouwde personen. De angst kan zich uiten in woedebuien, huilen, weglopen, niets meer zeggen, ...

6.3.6 Paniekstoornis³²²

Een paniekstoornis verwijst naar terugkerende onverwachte paniekaanvallen: begrensde perioden van intense angst die plotseling ontstaan en gepaard gaan met duidelijke lichamelijke en cognitieve symptomen. Omdat men vreest voor een paniekaanval, gaat men situaties vermijden. Men vermijdt vooral sociale situaties of verlaten plaatsen. We beperken ons tot deze beschrijving omdat deze stoornis weinig voorkomt voor de late adolescentie³²³ en minder belangrijk is in de context van school en CLB.

6.3.7 Agorafobie³²⁴

Agorafobie is de angst om op een plaats of in een situatie te zijn van waaruit ontsnappen moeilijk kan zijn of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval van een paniekaanval of paniekachtige verschijnselen. We beperken ons tot deze beschrijving omdat deze stoornis minder belangrijk is in de context van school en CLB.

6.3.8 Gegeneraliseerde angststoornis

³²² Zie ook Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

³²³ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

³²⁴ Zie ook Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor gegeneraliseerde angststoornis zijn:

- een buitensporige angst en bezorgdheid (een ongerustheid - bange voorgevoelens) die de meeste dagen aanwezig zijn gedurende minstens 6 maanden, over gebeurtenissen of activiteiten (zoals school- en werkprestaties).
- de betrokkene vindt het moeilijk om de bezorgdheid in de hand te houden.
- de angst en bezorgdheid gaan samen met drie (voor kinderen één) of meer van volgende zes symptomen (waarvan op zijn minst sommige symptomen de laatste 6 maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn geweest):
 - (1) rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn,
 - (2) snel vermoeid zijn,
 - (3) zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
 - (4) prikkelbaarheid
 - (5) spierspanning en
 - (6) in- of doorslaapstoornis of rusteloze, niet verkwikkende slaap.
- de vrees, angst of vermijding veroorzaakt in klinisch significante mate lijden en belemmering in het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen van functioneren.
- de stoornis is niet toe te schrijven aan de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld druggebruik, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyroïdie).
- de stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis maken zich zorgen over vrijwel alles, zijn perfectionistisch en piekeren over de kwaliteit van hun prestaties. Ze reageren nerveus en gespannen, hebben lichamelijke klachten en neigen naar conformisme uit angst niet geaccepteerd te worden.

6.4 Prevalentie

Angststoornissen zijn de meest voorkomende vorm van pathologie bij jongeren beneden 18 jaar met een cumulatieve prevalentie³²⁵ van 9,9% bij 16 jarigen in de V.S.³²⁶, 2,2 - 9,5 %³²⁷ voor respectievelijk een 3 tot 12 maanden prevalentie bij 5 tot 17 jarigen in Groot-Brittannië en V.S.. Het optreden van het type angststoornis is gerelateerd aan het niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Zo komt de separatieangststoornis relatief vaak voor in de kindertijd. De

³²⁵ Cumulatieve prevalentie(cijfer) is het percentage van personen (hier jongeren) op een bepaalde leeftijd die op enig moment in hun jeugd een angststoornis hebben gehad.

³²⁶ Epidemiologisch onderzoek van Costello e.a. (2003) in Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 12

³²⁷ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/> Zie ook en voor meer gedetailleerde gegevens: Bernstein, G.A. & Shaw, K., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Anxiety Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:10, October 1997, 70S

gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie komen vaker voor tijdens de adolescentieperiode. Meisjes hebben tweemaal zoveel kans om een angststoornis te ontwikkelen dan jongens.

Separatieangststoornis, specifieke fobieën, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis komen het vaakst voor bij kinderen en adolescenten, namelijk 2,2 – 3,6 %.³²⁸

Separatieangststoornis komt bij zes- tot elfjarigen vaker voor dan in andere leeftijdscategorieën. De gemiddelde leeftijd waarop de separatieangststoornis voor het eerst voorkomt is 7,5 jaar³²⁹. Bij jongeren van 15 à 16 jaar is de prevalentie van een separatieangststoornis 1,7 %³³⁰.

1 à 2 % van de jongeren heeft last van agorafobie of een posttraumatische stressstoornis³³¹.

Het minst vaak komen de paniekstoornis en de obsessief-compulsieve stoornis voor, met name < 1 %³³² bij kinderen en jongeren.

6.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnose

- **Angststoornissen onderling**

De aanwezigheid van een bepaalde angststoornis is een risicofactor voor het ontwikkelen van andere angststoornissen. Bij kinderen is er hoge comorbiditeit tussen de angststoornissen: één op de vijf kinderen met een angststoornis heeft ook nog een tweede angststoornis³³³

Differentiaal diagnostisch is bij de gegeneraliseerde angststoornis ten opzichte van de separatieangststoornis, sprake van angst in meerdere situaties en is de angst vrijwel voortdurend aanwezig. Kinderen met een separatieangststoornis daarentegen zijn niet altijd angstig en gespannen, enkel wanneer ze van hun ouders (dreigen) gescheiden (te) worden.

Bij separatieangststoornis ligt het accent op het gescheiden worden van vertrouwde personen. Bij sociale fobie ligt het probleem eerder in het in contact komen met onbekende personen.

De angst van de paniekstoornis is angst om een paniekaanval te krijgen, het is geen verlatingsangst.

- **Angststoornissen en depressie**

³²⁸ Epidemiologisch onderzoek van Costello e.a. (2004) in Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 12

³²⁹ Bernstein, G.A. & Shaw, K., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Anxiety Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:10, October 1997, 70S

³³⁰ Verkerk G., Nijssen A., Vos M. & Gerrits R., Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren. Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, 2004, blz. 16

³³¹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 12

³³² Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 16

³³³ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 15

Een angststoornis bij kinderen³³⁴ gaat in 30 tot 75 % van de gevallen gepaard met een depressie. Deze comorbiditeit komt meer voor bij meisjes. Kinderen en adolescenten met een angststoornis hebben acht keer zoveel kans op een depressie dan jongeren zonder een angststoornis³³⁵.

Angststoornissen gaan een depressieve stoornis vaak vooraf. Angstige kinderen neigen ertoe minder te spelen met andere kinderen en doen vaak niet mee aan georganiseerde activiteiten. De angst resulteert in sociale inhibitie met als gevolg dat deze kinderen niet de essentiële sociale vaardigheden ontwikkelen. Angstige kinderen zijn hierdoor vaak ongelukkig en verdrietig, voelen zich alleen en verlegen en laten hierdoor vaak tekenen van een depressie zien. Indien zij depressief zijn, verstoort dit de sociale en interpersoonlijke relaties en heeft dit gevolgen voor het schools functioneren.

Kinderen met een depressie kunnen de vitaliteit missen om naar school te gaan. Bij hen staat de depressie op de voorgrond en niet de angst.

- **Angststoornissen en ADHD**

Kinderen met een angststoornis hebben 3,0 keer meer kans op ADHD, als bijkomende stoornis³³⁶.

Bij ADHD is er ook sprake van motorische onrust en gespannenheid zoals bij gegeneraliseerde angststoornis, maar wanneer het alleen ADHD is, is er geen sprake van bezorgdheid of piekeren.

- **Angststoornissen en autismespectrumstoornis**

Bij ASS komt separatieangst voor. In de DSM-IV-TR³³⁷ kan de diagnose separatieangststoornis niet gesteld bij kinderen of jongeren met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Volgens de DSM-5 kan dit wel indien die separatieangst geen uiting is van weerstand tegen verandering ten gevolge van de ASS-problematiek.

- **Angststoornissen en gedragsstoornissen**

Een angststoornis gaat vaak samen met een gedragsstoornis. Kinderen met een angststoornis hebben 3,1 keer meer kans op een oppositioneel-opstandige/antisociale gedragsstoornis³³⁸.

- **Separatieangststoornis en depressie**

³³⁴ De Fever F., Kinderen met een depressie, Handboek voor opvoeding en onderwijs, Acco, Leuven, 2001, blz. 59

³³⁵ Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 353

³³⁶ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 16

³³⁷ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001

³³⁸ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 16

Depressieve gevoelens zijn vaak een gevolg van een separatieangststoornis. Indien de gevoelens zo ernstig zijn en blijven aanhouden, kan naast separatieangststoornis ook een diagnose depressie zinvol zijn. Een inadequate aanpak van het kind met een separatieangststoornis kan ertoe leiden dat hij bijkomend een depressie ontwikkelt.

6.6 Etiologie van angststoornissen³³⁹

6.6.1 Biologische factoren

29% van de variatie in angstscores wordt verklaard door erfelijkheid³⁴⁰. Niet een specifieke angststoornis is erfelijk, maar wel de aanleg voor het ontwikkelen van een stoornis in het angstspectrum. Toch ontstaat een angststoornis pas bij uitlokkende omgevingsfactoren. Genetische kwetsbaarheid uit zich pas vanaf een bepaald ontwikkelingsniveau in interactie met andere biologische, psychologische en omgevingsfactoren³⁴¹.

Wat het neurobiologisch systeem betreft, wordt er tijdens angstige momenten het stresshormoon (cortisol) vrijgegeven wat leidt tot het verhogen van de prikkelbaarheid van hersencircuits die geassocieerd worden met angst. Indien kinderen gedurende geruime tijd blootgesteld worden aan angstige situaties of aan extreme vormen van angst heeft dit effect op de breinstructuur, waardoor zij verhoogd vatbaar worden voor angst.

6.6.2 Psychologische factoren

6.6.2.1 Ontstaansfactoren

- **Gedraginhibitie³⁴²**

Een van de belangrijke factoren in de ontwikkeling van een angststoornis is de mate van gedraginhibitie³⁴³. Gedraginhibitie is een biologisch bepaalde temperamentfactor die gekenmerkt wordt door de neiging om ongewoon verlegen en angstig te reageren en zich terug te trekken in sociale en niet-sociale situaties die nieuw en onbekend zijn. Meerdere onderzoeken tonen aan dat kinderen en adolescenten met een hoge gedraginhibitie een verhoogd risico

³³⁹ Risicofactoren bij angst- en stemmingsstoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, blz 2-3
<http://www.nji.nl/Angst-en-stemmingsproblemen-Probleemschets-Risicofactoren>

³⁴⁰ Onderzoek van Stevenson, Batten en Cherner (1992) in: Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 18

³⁴¹ Boer et al., 2002, in: Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren, Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, Gerda Verkerk, Angelique Nijssen, Maarten Vos, Rob Gerrits, 2004, blz.18

³⁴² Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz.1
http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

³⁴³ Dit valt niet te verwarren met de responsinhibitie bij de executieve functies.

hebben om verscheidene angstsymptomen en angststoornissen te ontwikkelen³⁴⁴.

- **Angstsensitiviteit**³⁴⁵

Angstsensitiviteit is genetisch bepaalde neiging om bang te worden van de met angst geassocieerde lichamelijke symptomen omdat men denkt dat deze schadelijke lichamelijke, psychische en sociale gevolgen zullen hebben³⁴⁶. Hoge angstsensitiviteit is een meer specifieke kwetsbaarheidsfactor omdat ze vooral invloed heeft op het ontstaan van panieklachten.

- **Walgingsgevoeligheid**³⁴⁷

Een andere specifieke kwetsbaarheidsfactor is de walgingsgevoeligheid: dit is een erfelijk bepaalde persoonlijkheidstrekk die alleen van belang is bij het ontstaan van dierfobieën³⁴⁸.

- **Negatieve leerervaringen**³⁴⁹

Bij het ontstaan van angststoornissen bij kinderen en adolescenten, hebben naast de vermelde kwetsbaarheidsfactoren ook negatieve leerervaringen een belangrijke invloed. Er zijn verschillende (leer)mechanismen waarbij angst(stoornissen) verworven kunnen worden:

- het eenvoudigste is de traumatische conditionering (klassieke conditionering), zoals wanneer een kind betrokken is bij een auto-ongeval en hij zeer angstig wordt om mee te rijden in de auto. Of het nu gaat om directe ervaring, observatie van de gebeurtenis of informatie via geruchten, dit mechanisme veroorzaakt in het kind de verwachting dat een eerder neutrale stimulus zal resulteren in een negatief gevolg. Hoewel er een traumatische ervaring heeft plaatsgevonden, zal niet elk kind fobisch worden. Anderzijds heeft ook niet elk kind met een fobie een trauma ervaren. Wanneer stressvolle gebeurtenissen samengaan met andere risicofactoren, zoals temperament en een eerdere leergeschiedenis zal het kind gemakkelijker traumatische reacties ontwikkelen. Ook kan de eerdere leergeschiedenis als beschermende factor inwerken op een geconditioneerde angstreactie, dit wordt 'latente inhibitie' genoemd;

³⁴⁴ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 358-359

³⁴⁵ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 1
http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

³⁴⁶ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 359

³⁴⁷ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 1
http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

³⁴⁸ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 360

³⁴⁹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 24-28

- studies laten zien dat het geven van negatieve informatie invloed heeft op het angstniveau van kinderen ten aanzien van het onderwerp/object waarover die negatieve informatie werd gegeven;
- via operante conditionering leert het kind dat het in contact komen met de beangstigende stimulus gevolgd wordt door een negatieve prikkel (voorbeeld: paard strelen maar even later een beet krijgen), met als gevolg dat de angst van het kind intenser wordt en het vermijdingsgedrag toeneemt;
- onderzoeken toonden de invloed aan van het uitdrukken van angst- of negatieve gevoelens door de moeder ten aanzien van hun kind, op het angstniveau (en vermijdingsgedrag) van hun kind. Hierbij werd het leereffect van observationeel of modelleren aangeduid³⁵⁰;
- sommige angststoornissen kunnen ontstaan als reactie op stressvolle gebeurtenissen die niet gerelateerd zijn aan de angststoornis. Zo kan separatieangst ontstaan als reactie op een ernstige stressvolle gebeurtenis die niets met separatie te maken heeft, zoals een langdurige ernstige ziekte. Kinderen kunnen regresseren³⁵¹ als reactie op een stressvolle gebeurtenis en verliezen hun copingvaardigheden die eerder hielp om hun angsten te overwinnen.

6.6.2.2 In stand houdende factoren³⁵²

De in stand houdende factoren kunnen ook als ontstaansfactoren fungeren maar worden hier afzonderlijk weergegeven omdat ze vooral een rol spelen bij het blijven verder duren of verergeren van angst(stoornissen). Omgekeerd kunnen ook elke van deze factoren leiden tot een kantelmoment in de ontwikkeling: het kind met vermijdingsgedrag leert de probleemsituatie te benaderen, slechte regulatievaardigheden worden vervangen door goede regulatievaardigheden, cognitieve biases worden geherstructureerd, succeservaringen komen in de plaats van negatieve ervaringen.

- **Het vermijdingsgedrag van het kind**

Angst kan overwonnen worden door het gevreesde onderwerp/situatie onder ogen te zien en er op een constructieve wijze mee te leren omgaan. Door vermijdingsgedrag lukt deze beheersing niet en wordt de angst bestendig. Vermijdingsgedrag is een verleidelijke val omdat de angst tijdelijk verminderd wordt.

Bijvoorbeeld een erg verlegen kind is opgelucht dat het niet hoeft deel te nemen aan spelletjes in een groepje kinderen tijdens de speeltijd. Doch tegelijkertijd blijft het verstoken van de mogelijkheid om sociale vaardigheden te leren, die nodig

³⁵⁰ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 26

³⁵¹ zie Definities en begrippen

³⁵² Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 30-33

zijn om aan activiteiten in een groep deel te nemen, maar het mist ook de mogelijkheid om zijn eigen onrealistische ideeën (die angst opwekken bij het kind) met betrekking tot groepsactiviteiten bij te stellen op basis van zijn ervaring. Voortdurend vermijdingsgedrag kan resulteren in tekorten in vaardigheden die een nadelig effect hebben zowel op schoolse verworvenheden als op sociale relaties. Sociale angst en teruggetrokkenheid kunnen leiden tot verwerping door leeftijdsgenoten en eenzaamheid en depressie tijdens de adolescentie. Vermijding houdt het kind tegen om de emotieregulatievaardigheden te leren die hem zouden toelaten zijn angsten te beheersen en te overwinnen.

- **Beloning**

Elk gedrag, ook angstig gedrag zal toenemen als er een positief gevolg wordt aan gekoppeld.

Wanneer bijvoorbeeld een kind met een specifieke fobie dat onder meer uitzinnig huult uit schrik voor honden, wegloopt van de hond en getroost wordt door zijn ouder (beloning), zal bij een volgende keer dat het een hond tegenkomt nog meer kans hebben om terug erg angstig te worden.

- **Cognitieve biases**³⁵³

Kinderen met een angststoornis vertonen een aantal afwijkingen (biases) in hun informatieverwerking. Er is sprake van aandachtsbias voor angstrelevante stimuli, waardoor zij gevoelig zijn voor potentieel bedreigende informatie. Zij interpreteren ambigue informatie snel als bedreigend en evalueren angstrelevante stimuli negatiever dan kinderen zonder angststoornissen³⁵⁴. Ze vertonen ook onrealistische cognitieve overtuigingen, bijvoorbeeld dat de wereld een gevaarlijke plaats is. Eveneens zien zij zichzelf als incompetent om met die bedreigingen om te gaan. Hierdoor voelen ze zich vaak machteloos en geven sneller op wanneer ze voor een obstakel staan.

Niet alleen geloven angstige kinderen dat zij bedreigende situaties niet kunnen controleren, ook geloven ze dat ze hun eigen angstige reactie niet kunnen beheersen.

6.6.3 Transactionele factoren

Onderzoek heeft een aanzienlijk aantal (afzonderlijke) kwetsbaarheid-, risico- en beschermende factoren kunnen aanduiden. De ontwikkeling en voortduren van angststoornissen bij kinderen en adolescenten worden het best verklaard door de

³⁵³ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 1-2
http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

³⁵⁴ Vervoort, Wolters, Hogendoorn, Prins, de Haan, Nauta & Boer, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39, 2010, 481-491)

combinatie van factoren die met elkaar in interactie staan tijdens het opgroeien van het kind³⁵⁵.

- **Opvoedingsstijlen**³⁵⁶

Bepaalde opvoedingsstijlen kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van angststoornissen bij kinderen en jongeren, samenhangend met de aard van de hechtingsrelatie³⁵⁷ dat het kind ontwikkelt³⁵⁸. Onveilige gehechtheid als baby verhoogt de kans op de ontwikkeling van een angststoornis. Onveilige gehechte kinderen hebben ouders die minder sensitief en/of minder responsief reageren op het kind en zijn noden. Dit geeft het kind meer het gevoel dat de wereld onbetrouwbaar en onvoorspelbaar is. Eveneens kan het hierdoor een zelfbeeld krijgen waarbij het het idee heeft hulpeloos te zijn en de opkomende angst niet kan controleren. Deze kinderen zijn meer angstig in vrije spelsituaties en om de omgeving te exploreren. Ook zijn zij meer verlegen en teruggetrokken bij leeftijdsgenoten.

In de interpersoonlijke context kan overbescherming door ouders of leerkracht(en) bijdragen tot het in stand houden van de angst. Door de blootstelling van het kind aan angst uitlokkende situaties te verminderen, weerhoudt de ouder het kind om ermee te leren omgaan. Vaak zullen deze ouders ook het vermijdingsgedrag bij hun kind versterken. Ouders van angstige kinderen kunnen ook meer controlerend en directief zijn. Door hun welgemeende bedoeling om problemen op te lossen voor het kind, interfereren ze in zijn ontwikkeling van verworven competenties en zijn geloof in zijn mogelijkheden om zelfstandig problemen op te lossen.

Hoewel veel ouders van angstige kinderen eerder oversensitief en emotioneel reactief zijn, kunnen in een ander extreem geval ouders aan de angst van het kind bijdragen door weinig sensitief en weinig responsief te reageren. Bijvoorbeeld de ouder die over zijn verlegen kind zegt dat het “belachelijke onzin” is of die boos het kind forceert in angstaanjagende situaties, faalt in het voorzien van adequate emotionele ondersteuning en belast het kind met extra stress en angst. Met andere woorden kinderen hardhandig dwingen uitdagingen aan te gaan of overdreven beschermend optreden, blijken allebei de angstige reactie te verhogen.

³⁵⁵ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 365

³⁵⁶ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 2-3
http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

³⁵⁷ Zie ook Definities en begrippen en Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

³⁵⁸ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

Verder speelt mee dat ouders van angstige kinderen vaak zelf angstig zijn. Er zijn drie potentiële processen waarbij ouderlijke angst invloed zou kunnen hebben op het kind. Ten eerste kunnen de kinderen leren angstig te zijn door het imiteren van het rolmodel dat hun angstige ouders verschaffen (observationeel leren). Ten tweede kunnen angstige ouders reageren op de angst van het kind op een manier dat dit gedrag in stand gehouden wordt, meer bepaald door een wederzijdse voorkeur om vermijdingsgedrag te stellen als copingstrategie. Ten derde kunnen angstige ouders een tekort hebben aan goede emotieregulatievaardigheden waardoor ze deze ook niet kunnen aanleren aan hun kind. Omdat ze het bijkomend ook moeilijk kunnen hebben om zelf rustig te worden wanneer het kind zich zorgen maakt, kunnen zij het ouderschap van hun kind als stressvol ervaren. De angstige ouder kan geïrriteerd geraken door het geïnhibeerde kind met het mogelijke gevolg dat de angst van het kind verergert of toeneemt.

- **Invloed van een angststoornis op de omgeving**

Het angstige kind beïnvloedt ook het ouderlijke gedrag. Alle ouders willen hun kind beschermen tegen de ervaring van intense angst. Indien het kind niet meer angstig en zorgeloos is, is dit een sterke beloning voor de ouder. Door het proces van aversieve conditionering traint het angstige kind de ouder om zich aan te passen aan de angstigheid van het kind, om het kind te helpen en aan te zetten tot vermijdingsgedrag. Deze vorm van coërcieve controle is het eerst geobserveerd bij kinderen met gedragsstoornis en hun ouders, maar het geeft ook een belangrijke inkijk in de familiedynamiek bij internaliserende stoornissen.

- **Negatieve levensgebeurtenissen**³⁵⁹

Onderzoeken laten zien dat negatieve levensgebeurtenissen zoals echtscheiding van de ouders, de dood van een gezinslid of gepest worden op school, bijdragen tot het ontstaan van hoge angstniveaus bij kinderen en jongeren.

- **De culturele context**

Men moet ermee rekening houden dat er cross-culturele verschillen mogelijk zijn in oorsprong, expressie, herkenning en het ontwikkelingsverloop van angst. Symptomen van angst bij een kind zijn hoger in maatschappijen die de nadruk leggen op inhibitie, meegaandheid en sociale controle zoals in veel Aziatische culturen. Of dit gedrag van het kind gekeken wordt als problematisch en of het leidt tot een pathologisch gevolg hangt voor een groot deel af van de culturele interpretatie.

6.7 Beschermende factoren

³⁵⁹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 27-28

De beschermende factoren in kind en omgeving worden zijn te vinden in een gemeenschappelijke bijlage voor gedragsstoornissen, depressie en angststoornissen³⁶⁰. Specifiek voor angststoornissen lichten we er hieronder enkele toe.

- **Doelbewuste controle**

Beschermende temperamentsfactoren worden weergegeven in een construct dat 'doelbewuste controle' (effort control) heet. Deze bestaat uit twee bestanddelen:

- aandachtscontrole: het vermogen om aandacht te verplaatsen en te richten als dat nodig is en
- gedragscontrole: het vermogen om gedrag af te remmen als dat noodzakelijk is³⁶¹.

Doelbewuste controle heeft sterke overeenkomsten met executieve functies. Kinderen die (in aanleg kwetsbaar zijn om angstproblemen te ontwikkelen en) over hoge niveaus van doelbewuste controle beschikken, zouden beter in staat zijn om hun gedrag en emoties te sturen en maken daardoor minder kans voor het ontwikkelen van psychopathologie. Onderzoeken ondersteunen deze bevindingen. De onderliggende werkingsmechanismen lijken te zijn dat ze met hun hoge niveaus van doelbewuste controle het maken van cognitieve fouten (vervormingen) tegengaan en dat ze daarnaast met hun doelbewuste controle ook hun gedrag en gedachten beter kunnen reguleren op het moment dat ze angstig zijn.

- **Waargenomen controle**

Waargenomen controle is de mate waarin een kind een gevoel van controle ervaart bij bepaalde gebeurtenissen. Vroege ervaringen in kindertijd met adequate controle leggen de bouwstenen voor een cognitieve stijl die een goed gevoel van zekerheid geeft dat nieuwe situaties goed te controleren zijn³⁶².

6.8 Verloop en prognose

Angststoornissen zijn niet stabiel. Bij een deel van de jongeren met angststoornissen (41,9%) verdwijnen deze spontaan. Slechts 22,6 % van de jongeren met een angststoornis heeft na een jaar nog steeds last van dezelfde angstklachten. Bij anderen verandert de angststoornis in een nieuwe angststoornis of verandert ze in een ander psychisch probleem, zoals depressie³⁶³, somatoforme stoornis, ... De jongeren die bij aanvang van het onderzoek een specifieke angststoornis hadden vertonen vaak nog subklinisch symptomen van deze stoornis, die op een later

³⁶⁰ Zie Bijlage 27: Overzicht van beschermende factoren bij gedrags-, stemming- en angstproblemen/stoornissen

³⁶¹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 28-29

³⁶² Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 30

³⁶³ Zie Bijlage 29: Kenmerken van een depressie

moment weer 'actief' kunnen worden, al dan niet in de vorm van een andere problematiek.

Angststoornissen kunnen een chronisch verloop hebben. De angststoornissen van volwassenen blijken gemiddeld te zijn ontstaan rond de leeftijd van elf jaar³⁶⁴. Kinderen met een angststoornis hebben een- tot viermaal meer kans om op volwassen leeftijd aan een angststoornis te lijden.

Een separatieangststoornis kent verschillende ontwikkelingen, zoals een chronisch verloop of een transformatie in een andere angststoornis.

Kinderen met een separatieangststoornis lopen meer risico om later als volwassene een angststoornis of depressie te ontwikkelen. Indien het kind behandeld wordt, is de prognose over het algemeen gunstig. Toch kan een separatieangststoornis soms een voorteken zijn van een ander psychiatrisch probleem, bijvoorbeeld een somatoforme stoornis.

³⁶⁴ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 357