Klinische Ontwikkelingspsychologie

Samenvatting lessen en slides o.b.v samenvatting Laura van Eijndhoven

Inhoudsopgave

Informatie ... 3
Hoofdstuk 1 Ontwikkeling en psychopathologie ... 4
1.1 OPP en KLOP: conceptualisatie ... 4
1.2 Afwijking van normale ontwikkeling ... 5
1.3 Modellen van normale ontwikkeling ... 8
1.4 Risico- en beschermende factoren ... 11
1.5 Ontwikkelingstrajecten ... 15
1.6 Preventie van afwijkende ontwikkeling ... 17
Hoofdstuk 2: behandeling van kinderen met gedragsproblemen ... 19
2.1 Definitie evidence based werken (APA, 2006) ... 19
2.2 Het STOP4-7 programma ... 19
2.2.1 Oudertraining ... 19
2.2.2 Kindtraining ... 19
2.2.3 Leerkrachttraining ... 20
2.3 Ecologische of transactionele modellen ... 21
2.4 Vier-fasenmodel (Jos Peeters) ... 21
2.5 Gehechtheidstheorie ... 23
2.6 Onderzoek naar de behandeling ... 24
Hoofdstuk 3: angst en angststoornissen bij kinderen en jongeren ... 26
3.1 Klinische ontwikkelingspsychologie ... 26
3.2 Dimensionele visie op angst ... 26
3.3 Meetinstrument ... 26
3.4 Normale kinderangsten ... 26
3.5 Pathologische angst ... 27
3.6 DSM-5 Angststoornissen ... 27
3.6.1 Separation anxiety disorder ... 27
3.6.2 Selective mutism ... 28
3.6.3 Specific phobia ... 28
3.6.4 Social anxiety disorder (social phobia) ... 28
3.6.5 Panic disorder ... 28
3.6.6 Agoraphobia ... 29
3.6.7 Generalized anxiety disorder ... 29
3.6.8 Substance/medication-induced anxiety disorder ... 29

3.7 Diagnostische instrumenten ... 29
3.8 Prevalentie angststoornissen ... 30
3.9 Comorbiditeit internaliserende problematiek ... 30
3.10 Comorbiditeit externaliserende problematiek ... 30
3.11 Prognose angststoornissen ... 31
3.12 Risico- en beschermingsfactoren ... 31
3.12.1 Risicofactoren ... 31
3.12.2 Beschermende factoren ... 32
3.12.3 Transactioneel model ... 33
3.13 Instandhoudende factoren: behandeling ... 33
Hoofdstuk 4: ADHD ... 35
4.1 Aandachts- en impulsregulatie: normale en afwijkende vormen ... 35
4.1.1 Normale ontwikkeling zelfregulatie ... 35
4.1.2 Afwijkende vormen van zelfregulatie: ADHD ... 35
4.2 Ontwikkeling en prognose ... 37
4.3 Risico- en beschermende factoren ... 37
4.3.1 Biologische risicofactoren ... 37
4.3.2 Psychosociale risico- en beschermende factoren ... 37
4.4 Verklaringsmodellen ... 38
4.5 Implicaties voor diagnostiek en behandeling ... 38
Hoofdstuk 5: vroege socialisatieproblemen bij kinderen ... 40
5.1 Vroege socialisatie ... 40
5.2 Slaapproblemen ... 40
5.2.1 Slaapstoornissen (DSM-5) ... 40
5.2.2 Etiologie en mechanismen ... 40
5.2.3 Diagnostiek ... 41
5.2.4 Behandelcomponenten ... 41
5.3 Zindelijkheidsproblemen ... 41
5.3.1 Etiologie en mechanismen ... 42
5.3.2 Diagnostiek en behandelcomponenten ... 42
5.4 Voedingsproblemen ... 43
5.4.1 Ontwikkelingsperspectief ... 43
5.4.2 Voedingsstoornissen ... 43
5.4.3 Prevalentie en verloop ... 43
5.4.4 Ontwikkeling ... 44
5.4.5 Etiologie, mechanismen en diagnostiek ... 44
5.4.6 Behandelcomponenten ... 45
5.5 Conclusie ... 45

Hoofdstuk 6: eetstoornissen bij adolescenten 46
6.1 Eetstoornissen 46
6.2 Anorexia Nervosa (DSM-5) 46
6.3 Bulimia Nervosa (DSM-5) 46
5.4 Binge Eating Disorder (DSM-5) 47
5.5 Andere gespecificeerde eetstoornissen (DSM-5) 47
5.6 Prevalentie, verloop en prognose van eetstoornissen 48
5.7 Ontstaan en instandhouding 48
5.8 Modellen met betrekking tot instandhouding: transactioneel 49
5.8.1 Restraint Model (Fairburn en Wilson, 1993) 49
5.8.2 Interpersoonlijk Kwetsbaarheidsmodel (Wilfley, Pike en Striegel-Moore, 1997) 49
5.8.3 Transdiagnostisch model eetstoornissen (Fairburn, Cooper en Shafran, 2003) 50
5.9 Mechanismen van pathologisch eetgedrag bij adolescenten 50
5.9.1 Temparement/executief functioneren 50
5.9.2 Emotieregulatie 50
5.10 Diagnostiek 50
5.11 Behandeling 51
5.11.1 Behandeling Anorexia Nervosa 52
5.11.2 Behandeling Bulimia 52
Hoofdstuk 7: gehechtheid en kindermishandeling 54
7.1 Gehechtheid 54
7.1.1 Ontwikkeling van (onveilige) hechting: recente hypothese 54
7.1.2 Risicofactoren, protectieve factoren, classificatie en SSP 55
7.1.3 Gehechtheidsstoornissen in DSM-5 55
7.1.4 Overerving van gehechtheid en psychopathologie 56
7.1.5 Schema's en werkingsmechanismen 56
7.1.6 Kindermishandeling en gehechtheid 57
7.2 Kindermishandeling 57
7.2.1 Prevalentie en risicofactoren 58
7.2.2 Bio-ecologisch model van gehechtheidsproblemen en kindermishandeling 58
7.2.3 Ecologisch transactioneel model 59
7.2.4 Assessment en interventies 59

Informatie

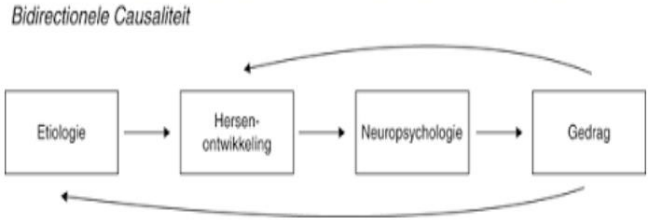
Er is bij elke les een artikel die zelfstandig ingestudeerd moet worden en waar ook vragen uit kunnen komen op het examen. Het examen bestaat uit 25 MFC vragen en 1 open vraag. Het examen staat op 14 punten en het practicum op 6. Het practicum is een individuele paper (een psychodiagnostisch rapport). Leerstof: slides + artikels + sommige boxen uit het handboek (wordt in de les vernoemd).

Hoofdstuk 1 Ontwikkeling en psychopathologie

1.1 OPP en KLOP: conceptualisatie

OPP is een jong domein (1975) omdat het gaat over maladaptieve ontwikkeling, dit kreeg vroeger veel minder aandacht, er waren geen instrumenten en de studies zijn tijdsintensief. De definitie van **ontwikkelingspsychopathologie** (OPP) is als volgt: "A general approach to understanding relations between development and its maladaptive deviations" (**Achenbach**). OPP is het beschrijven, verklaren en voorspellen van afwijkende gedragingen en processen door de tijd heen. KLOP gaat een stap verder, er wordt bij KLOP ook aan diagnostiek, preventie en interventie gedaan. OPP is een onderzoeksdomein van KLOP.
Klinische psychologie: stoornissen in het hier en nu bestuderen.
Ontwikkelingspsychologie: het bestuderen van normale ontwikkeling (ook longitudinaal)
OPP kijkt vanuit het ontwikkelingsperspectief, bestudeert wat afwijkt van de normale ontwikkeling, toont interesse in kinderen met een risico die geen stoornis ontwikkelen en is geïnteresseerd in beschermende factoren (veerkracht).
Een voorbeeld van zo'n onderzoek is het onderzoek van Van Den Bergh (1986) waarbij er werd gekeken naar de gevolgen van angst bij de moeder tijdens de zwangerschap voor de nakomeling. Dit werd multi-methodisch gedaan en hieruit bleek dat angst bij de moeder een effect had op foetaal en neonataal gedrag (actief, prikkelbaar, huilen, krampen), maar op sommige vlakken was er geen verschil (neurologische conditie bij geboorte, voedingsgedrag, mentale en motorische ontwikkeling). Op tijdstip 2 bleek dat angst voorspellend was voor psychopathologie, op tijdstip 3 voor gebrek aan responsinhibitie en op tijdstip 4 voor gebrek aan cognitieve controle.
Het is altijd belangrijk in de praktijk om te kijken naar hoe bijvoorbeeld een depressie is ontstaan: welke verklarende processen en mechanismen zijn verantwoordelijk voor oorsprong, toename, afname en instandhouding van probleemgedrag? Dit zijn allen verschillende verklaringsniveau's. Het beste is om verschillende verklaringsniveaus te intergreren (gedragsgenetica, biologische systemen, context, neuropsychologie, gezinspsychologie etc.), zoals bijvoorbeeld bij het **model van Pennington** (2002). Dit verklaringsmodelmodel voor psychopathologie bij het kind gaat uit van vier analyseniveaus die elkaar aanvullen. De meningen over dit model verschillen nogal (Reductionistisch? Integratief? Revolutionair?). Executief functioneren bij kinderen is iets waar nog maar recent onderzoek naar gedaan wordt. Elk gedrag heeft een neurochemisch en neurobiologisch substraat waardoor het bestuderen van (neuro)biologische correlaten belangrijk is. Dit staat tegenover het reductionisme, waarbij men teruggaat naar enkelvoudige biologische oorzaken. Daarnaast zijn verschillende analyseniveaus complementair (bidirectionele causaliteit), vergelijkbaar met epigenetica waarbij wordt gekeken naar de invloed van stress, opvoeding op genexpressie en hersenontwikkeling. Dit staat tegenover de lineaire causaliteit van biologie naar psyche. Het is belangrijk om de uitspraak "het zit in de genen" te nuanceren. Elk symptoom heeft min of meer een genetische verklaring en het is interessant om de rol van de genen te onderzoeken, maar men moet niet vergeten dat alle verklaringsniveaus complementair zijn. Epigenetica komt ook steeds maar aan bod: de omgeving kan ook een invloed hebben op genen. Het is dus niet uni-causaal, bepaalde zaken keren steeds terug. Bij Anorexia Nervosa bijvoorbeeld wordt door het ondergewicht bepaalde hersenfuncties aangetast wat weer gevolg heeft op het gedrag. De terugkerende pijlen in Pennington's model is dus belangrijk, dat maakt gedrag transactioneel.
In de toekomst wordt psychopathologie misschien gedefinieerd door mechanismen in plaats van symptomen. Dit geeft een beter inzicht in comorbiditeit tussen aandoeningen en het wordt dan meer dan enkel gedragsdiagnostiek, er komt dan ook aandacht voor neurobiologische markers.

INTEGRATIEGEDACHTE: PENNINGTON (2002)



→4 elkaar aanvullende analyseniveaus
→Verklaringsmodel voor psychopathologie bij kind
→Reductionistisch? Integratief? Revolutionair?

Er is nood aan longitudinaal onderzoek bij OPP. Zijn de factoren die voorafgaan in de tijd statistisch predictief voor latere uitkomstmaten? Er zijn hier echter ook een aantal nuances:

- Statistisch bepaalde kans voor een geïdentificeerde risicogroep (niks over individu)
- Complexe interacties in rekening brengen (het gaat om een combinatie van factoren)
- Toevalsfactoren in rekening brengen (sommige factoren kan je niet voorspellen)
- Opletten voor historicisme (zoeken naar de oorzaak zegt niets over beïnvloedbaarheid, als het al is gebeurd kan je enkel het kind helpen er mee om te gaan. Je kan de wetenschappelijke resultaten wel gebruiken voor preventie).

Tremblay deed veel onderzoek naar ontwikkelingstrajecten en zei: "The product of an applied science is as good as the knowledge that gets into the hands of those who do not produce the science", oftewel, je onderzoek is maar zo goed als je het in de praktijk kan gebruiken. Theorie is belangrijk omdat je het in de praktijk kan toepassen. Longitudinale studies kunnen interessante resultaten opleveren die in de praktijk gebruikt kunnen worden. Als voorbeeld nemen we het onderzoek van Tremblay naar fysieke agressiviteit bij kinderen. Er was sprake van een piek in de fysieke agressie in de peutertijd. Tremblay heeft verschillende variabelen bekeken om te zoeken naar een variabele die je een grotere kans geeft om in de meest agressieve groep te komen (geslacht, socio-economische status, opleidingsniveau en ineffectief ouderschap bleken invloed te hebben). Uit het onderzoek bleek dat kinderen uit het "typisch traject"(typical (normative) trajectory) leerden fysieke agressieve gedragingen te inhiberen en dat er andere problemsolving strategieën zijn. Bij veel kinderen is er even een piek in agressie en daarna leren ze aan andere manier om hun gedrag te inhiberen. Kinderen uit het "atypisch traject" (atypical (elevated) trajectory) leerden niet hun gedrag te inhiberen, dan moet men gaan kijken wat hier verklaringen voor kunnen zijn. Er waren echter maar weinig kinderen in dit onderzoek die als peuter niet agressief zijn en het op latere leeftijd aanleren. Dit onderzoek heeft een aantal limitaties, namelijk dat het enkel over fysieke agressie gaat. Ook is er niet onderzocht waarom de piek juist in de peutertijd plaatsvindt en is enkel de moeder betrokken in het onderzoek en niet de vader. Het onderzoek laat wel zien dat er belang is bij vroege interventie zodat kinderen op jonge leeftijd adaptieve strategieën aanleren en kan worden gebruikt bij het identificeren van risicogroepen en het opstellen van preventieprogramma's.

1.2 Afwijking van normale ontwikkeling

OPP is ook beschrijvend. Wat is er afwijkend aan de normale ontwikkeling? Het is nuttig dit te weten om de incidentie, prevalentie en verloop te bestuderen en communicatie te verbeteren. Het is ook klinisch relevant omdat de diagnostische cyclus uitspraak doet over de aanwezigheid en aard van psychopathologie bij kind en jongere (*Zie ook: Hoofdstuk 9 - assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel?*). **Onderkennende diagnostiek** is belangrijk (weten wat er aan de hand is).

Er is een categorische en een dimensionele benadering. Tussen deze systemen zijn er ook overeenkomsten:

- Classificatie op gedragsniveau (beschrijvende classificatie, gaat niet over oorzaken)
- A-theoretisch (steunen niet op theorie over ontstaan, beloop en behandelen van problemen en stoornissen)
- Wetenschappelijk onderbouwd
- Wereldwijd verspreid/gebruikt
- Het is mogelijk de systemen te integreren met dynamische ontwikkelingen:

Categorische benadering	Dimensionele benadering
Kwalitatief verschil tussen afwijkend en normaal functioneren (je hebt het of niet)	Gradueel verschil tussen afwijkend en normaal functioneren
Klinisch-psychiatrisch	Empirisch-statistisch
Kleinere psychiatrische invalshoek (observaties, top-down)	Kleinere psychologische invalshoek (grote steekproeven, bottom-up)
Rutter	Achenbach
Stoornissen, diagnoses	Psychologische problemen, (sub)klinische symptomen/syndromen
Persoon heeft wel/geen probleem	Persoon heeft in bepaalde mate kenmerken van een probleem
DSM, ICD	CBCL (ASEBA)

    - DSM-systeem: aandacht voor pathologie bij kinderen en jongeren (ontwikkelingsperspectief)
    - ASEBA-systeem: intro klinische grensscores (cut-off scores) en DSM-georiënteerde subschalen

Foute classificaties kunnen als volgt plaatsvinden:
- Verschil tussen informanten (tussen clinici of op basis van verschillende informanten, dit is te voorkomen door multi-methodisch te gaan werken)
- Dimensionele schalen categorisch gebruiken *(Zie box 9.3 in het handboek*)
    - Vals positieven: "over-identificeren" (sensitiviteit, bijv. screening mogelijke risicogroep)
    - Vals negatieven: "onder-identificeren" (specificiteit, bijv. enkel kinderen identificeren waar men zeker van is dat ze de stoornis hebben)

Dit kan worden voorkomen door de foutenmarge te berekenen en de klinische grensscores aan te passen afhankelijk van het doel. Bij de illustratie in box 9.3 zie je drie scores bij de CDI (als je kinderen eruit wil halen die een stoornis hebben is de beste score 13, als je een populatie gaat bekijken en geen foute uitspraken wil doen is de beste score 19, de ideale score is 16). Afhankelijk van het doel van je vragenlijst kan je dus verschillende scores gaan hanteren.

Welke andere aspecten moeten in acht worden genomen voor het bepalen van een afwijking?
- Wat is eigen aan de normale ontwikkeling
- Slechts 2% zoekt hulp
- Er is niet bij iedereen sprake van significant lijden die gewone functioneren beletten

Verschillende onderzoeken naar prevalentie van kinderpsychopathologie
- Eerste epidemiologische studies
    - Rutter (1964): eiland Wight, prevalentie is 13%
    - Champion, Goodall en Rutter (1995): prevalentie is 25%
- Prevalentie in de Benelux: Verhulst (1983, om de tewe jaar)
    - Prevalentie is 10-15%
    - Na 14 jaar geen toename psychopathologie, stabiliteit bij 41% van de jongeren met klinische score op T1, nadeel onderzoek: geen controle voor hulpverlening tussendoor
    - Na 24 jaar 26% nu wel stoornis, bij 33% stabiliteit, soms "verspringen" van stoornissen
- Prevalentie in Vlaanderen: Hellinckx (1993)
    - Prevalentie ernstige emotionele of gedragsproblemen is 15,4%

Verschillen in de prevalentie kan aan diverse factoren liggen: studiegroep (Europa vs. VS), instrument (categoriaal vs. dimensioneel), leeftijd, informant, soort probleem/stoornis, geslacht.
Een aantal voorbeelden van verschillende soorten prevalentiestudies:
- Kessler et al. (2005): Amerikaanse volwassen, 46% rapporteert ooit een stoornis gehad te hebben, age of onset-studie:
        - Angst: 5 jaar
        - Drankmisbruik: 15 jaar
        - Depressie: 11 jaar

  Kanttekening van deze studie is dat hij retrospectief was en er een grote mediaan was
- Costello et al. (2003): jongeren jaarlijks opvolgen, gestructureerd interview
    - **Lifetime prevalentie**: op 16 jaar over alle metingen, 37% minstens één stoornis
    - **Cumulatieve prevalentie**: de som van alle stoornissen ooit gedetecteerd in deze groep is 61% tussen 9 en 21 jaar minimum één diagnose en 21% subklinische symptomen

Kanttekeningen zijn stabiliteit, lijden en hoe zit het met andere landen?

Ontwikkelingstaken zijn normale uitdagingen voor een kind op een bepaalde leeftijd. Dit kan spanningen meebrengen wat kan leiden tot veranderingen in gedrag, gevoelens en gedachte. Dit is dus niet noodzakelijk een signaal van een afwijkende ontwikkeling of psychische stoornis, maar wel het oordeel van het doorlopen van een bepaalde ontwikkelingstaak (al dan niet succesvol).
Hieronder staan een aantal tabellen met daarin de ontwikkelingstaken per periode in de jeugd.

Ontwikkelingstaken 0-2 jaar	
Wat het kind moet leren	**Kenmerkende gedragingen**
Gebruik zintuigen en spieren, lichaamsbeheersing	Zuigen, sabbelen op alles, graaien, kwijlen, voedsel uitspugen, kruipen, te lang staan, zich vastklampen, vallen, omgooien
Aanpassing aan dag/nachtritme en voedingsporties/tijden	Slecht inslapen, veel wakker worden, huilen, hoofdbonzen, schommelen, voedsel weigeren, spugen, volproppen, knoeien met eten
Differentiatie van personen, hechting aan moeder, vader, broers en zussen	Lachen, geluidjes herhalen, kleven, zich afwenden van derden
Overwinning scheidingsangst	Huilen, klampen, duimen, rituelen, knuffelbeest, nachtelijke angsten, paniek, apathie bij scheiding
Exploreren omgeving	Graaien, sabbelen, bijten, vernielen, smeren en kliederen

Ontwikkelingstaken 2-6 jaar	
Wat het kind moet leren	**Kenmerkende gedragingen**
Van aanhankelijkheid naar zelfstandig gedrag	Imiteren, ook in spel, nalopen, willen zijn als moeder/vader, daarna juist niet
Via experimenteren omgaan met eigen temperament; eigen gedragsstijl ontwikkelen	Koppigheid, alles zelf willen doen, driftbuien, grenzen testen, angst bij onvermogen, soms regressie, magische rituelen
Frustratietolerantie vergroten	
Plaats delen met anderen; minder egocentrisch; socialer gedrag	Ruziën en rivaliseren met broers en zussen, soms terugtrekken en regressie naar afhankelijker gedrag
Naar school gaan (eerste schooljaar)	Trots; soms weer hevige separatieangst, nachtmerries, lichamelijke klachten

Ontwikkelingstaken 6-11 jaar	
Wat het kind moet leren	**Kenmerkende gedragingen**
Aanpassing aan leeftijdsgenootjes, vorming van sociaal invoelingsvermogen en omgaan met grotere sociale omgeving	Spelinitiatieven nemen, vriendschappen sluiten, in groepjes functioneren, rivaliseren, sociale angst, zich terugtrekken
School en leerstof (concentratie, discipline)	Leren presteren, interesses opbouwen
	Soms schoolfobische klachten, soms leerstoornissen
Vorming van eigen normen en waarden	Minder af- en aanhankelijk gedrag: zelfstandiger, gewetensvoller

Ontwikkelingstaken 12-15 jaar	
Wat het kind moet leren	**Kenmerkende gedragingen**
Omgaan met veranderingen in het lichaam	Lichamelijke klachten, hormonale problemen

Verdere afweging van normen en waarden; opbouw eigen referentiekader/identiteit	Debatteren, ruzieën, selftalk, dagboeken, schuldgevoelens, rationaliseren, fantaseren, zich afzetten tegen ouders, idolenverheerlijking
Vaardiger omgaan met leeftijdgenoten en anderen	Probleem oplossen, vriend- en vijandschappen, soms sociale angst, zich terurtrekken en apathie
Ontwikkelingstaken 15-20 jaar	
Wat het kind moet leren	**Kenmerkende gedragingen**
Verder onafhankelijk worden van feedback van ouders/leraren e.a.	Experimenteren met extreme gedragsalternatieven, debatteren, grenzen testen
Kiezen voor eigen strategieën en ideeën; ontwikkelen steviger gevoel van eigenwaarde	Zichzelf over- en onderschatten/afkeueren; depressieve buien, soms angst, rationaliseren, intellectualiseren
Verdere verwerving van sociale en beroepsvaardigheden	
Zich losmaken van ouders en 'nest'; plaatsbepaling	Stapsgewijs maar ongelijkmatig soms provocerend verminderen van afhankelijk gedrag
Oplossen van loyaliteitsconflicten; verwerking van verlies, afscheid	Gedrag, samenhangend met gevoelens van angst, agressie, schuld en verdriet, die kenmerkend zijn voor de verwerkingsstadia rond verlies van de ouders als identificatiefiguren en de geborgen plaats in het gezin

Er zijn veel culturele factoren die meespelen. Is de adolescentiefase een typisch westers fenomeen? Margaret Mead zei dat het een typisch puberteitsproblemen wel bij Amerikaanse jongeren, niet op het eiland Samoa. In Japan zijn kinderen maar zelden gescheiden van moeder maar in Kibbutz (Israël) is het kind maar 4 uur per dag bij de ouders. 100 jaar geleden was er een andere houding ten opzichte van kinderen in onze maatschappij (minder lichamelijk contact, meer autonomie)

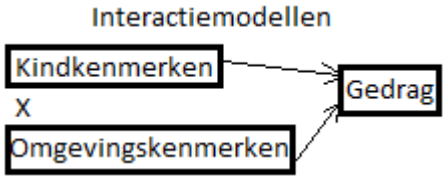
1.3 Modellen van normale ontwikkeling

Er zijn drie soorten modellen:

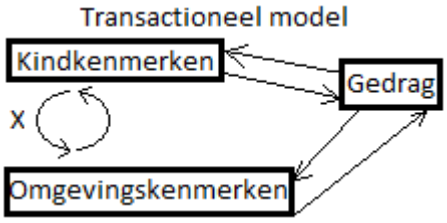
- **Trekmodel**
  Dit model gaat er vanuit dat de ontwikkeling van een kind bepaald wordt door individuele karakteristieken (**endogene factoren**). Een trek/trait is relatief onbeïnvloedbaar/autonoom. Het houdt geen rekening met effecten van omgeving op een kind. Een variant van dit model is het littekenmodel waarbij een kind blijvend getekend is door blootstelling aan aversieve ervaringen, maar dat wil niet zeggen dat je niet alsnog in kan grijpen in de ontwikkeling. Er zijn twee soorten trekken:
  - Aangeboren trait (bijv. temperament)
  - Verworven trait (bijv. copingsvaardigheden)
- **Contextueel model**/omgevingsmodel
  Ontwikkeling wordt beïnvloed door externe omgevingsfactoren (**exogene factoren**). Contexten bij een kind zijn bijvoorbeeld de prenatale omgeving, opvoeding, school en leeftijdsgenoten. Vergeleken met get trekmodel is dit een veel dynamische model want als de omgeving verandert, verandert ook het individu (bijv. sociale leertheorie). Dit model heeft ook een klinische invalshoek (bijv. gedragstherapie van Patterson om gedrag van kinderen bij te sturen door te straffen of te belonen). Een voorbeeld hiervan is een ecologisch model zoals die van Bronfenbrenner (1977) welke contexten op micro-, meso- en macroniveau bespreekt. Belsky (1980) sprak over de opvoedingsomgeving in een ecologisch model. Opvoeding wordt bepaald door verschillende factoren, dus dit model kan je klinisch gebruiken. Als je met kinderen werkt is het belangrijk de context in rekening te brengen. Er zijn ook kritische kanttekeningen bij dit model:

- Passief mensbeeld: het kind moet zich aanpassen aan de omgeving. Het (probleem)gedrag is een functie van de omgeving (exogene factoren).
- Hoe definieer je een positieve/negatieve omgeving?
- Wat zijn kritische perioden voor impact van bepaalde omgevingsfactoren?
- Welk effect heeft omgevingsverandering op het kind?

- **Interactiemodel**
  Dit model spreekt van een actieve wisselwerking tussen kind- en omgevingskenmerken. Gedrag wordt gevormd door it's adaptive adaptability. Gedrag bestaat uit de interactie tussen kindkenmerken en omgevingskenmerken. Een aantal voorbeelden van dit model:

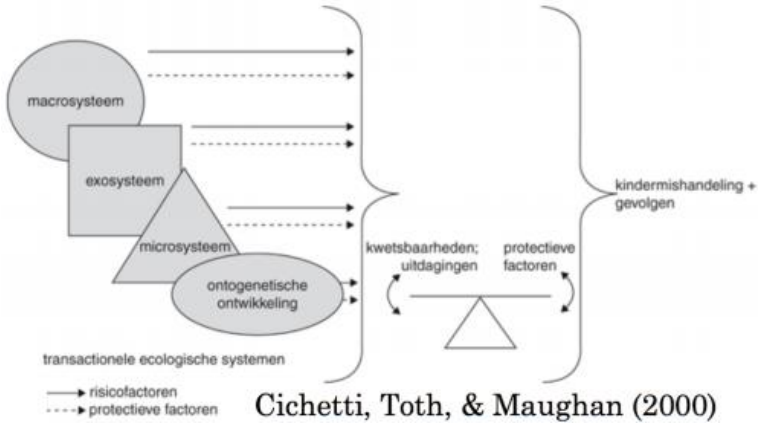


  - **Goodness of fit-model**
    Het kind en de omgeving zijn in interactie maar beide blijven onveranderd. Bij positieve interactie is er sprake van een goodness of fit en bij een negatieve interactie is er sprake van een poorness of fit. Dit laatste is een mismatch tussen kind en omgeving. Een temperamentvol kind past beter in een gezin dat nieuwe prikkels opzoekt dan in een gezin dat juist kalmte waardeert. Dit is klinisch relevant bij de psychodiagnostiek, men moet kenmerken van het kind, van de omgeving en de interactie hiertussen bevragen. Er is nooit een 'schuldige', het probleem is de interactie/de mismatch (bijv. rustig kind x sensitieve ouders x drukke school).
    Kritische kanttekeningen:
    - Relativisme: is alles een kwestie van afstemming?
    - Transformaties ten gevolge van interacties: wat gebeurt er met eerder verworven gedrag?
    - Dynamische relaties tussen kind en omgeving: transactioneel model
    - Bepaalde contextfactoren zijn op zich al ernstig genoeg om bepaalde problemen te veroorzaken.
    - Bepaalde temperamenten hebben een grote kans voor het ontwikkelen van psychopathologie.

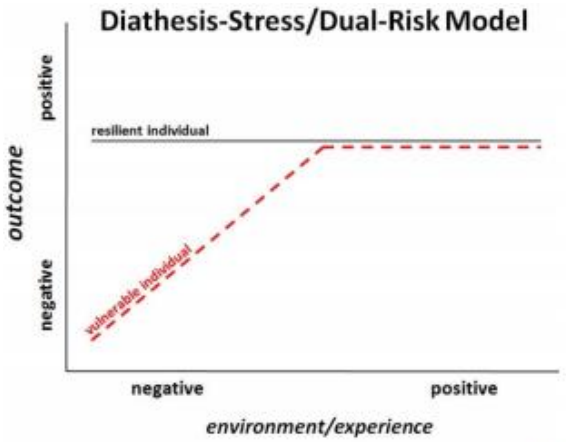


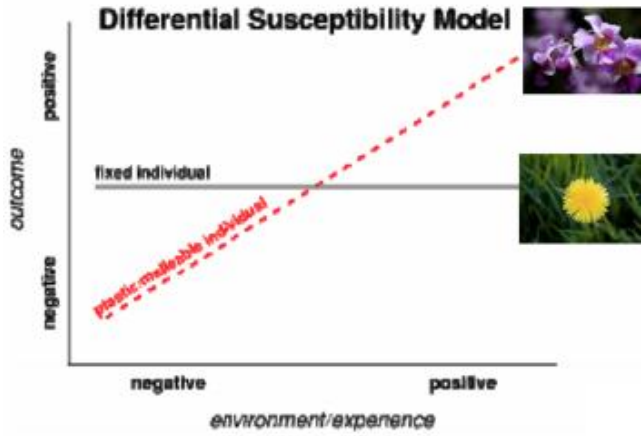
  - **Transactioneel model**
    Het kind en de omgeving beïnvloeden elkaar. Beide veranderen als gevolg van de interactie. Het is een transformationeel en dynamisch model. Het kind past zichzelf aan en het verandert. Het is een heel dynamisch model en hét model voor ontwikkelingspsychologie. Er is sprake van causaliteit (circulariteit/terugkerende pijlen), dit staat tegenover het trek/omgevingsmodel. Als je het kind verandert, verandert de omgeving waardoor het kind weer verandert (kind minder prikkelbaar -> moeder rustiger -> kind rustiger). In dit model hebben niet alle variabelen dezelfde positie. Bij het diathese-stressmodel is er sprake van centrale kwetsbaarheidsfactoren (kindkenmerken, biologische/psychologische diathese) X activatie door omgeving/stress (= noodzakelijke voorwaarde). De kwetsbaarheden worden geactiveerd in interactie met bepaalde stressoren (omgevingsfactoren).
  - **Diathese-stress model**
    Voorbeelden van **acute psychosociale stressfactoren**: verandering van school, geboorte van broer/zus, scheiding van ouders, gearresteerd worden, ongewenst zwanger raken, overlijden van een ouder, seksueel misbruik. Het is belangrijk rekening te houden met de subjectieve beleving van het kind/jongere (dood van een huisdier voor een 8-jarige en verbreken van een relatie voor een 15-jarige).
    Voorbeelden van **chronische psychosociale stressfactoren**: gepest worden, teveel mensen in huis, ruzie in het gezin, chronisch zieke ouder, opgroeien in armoede, strenge/afwijzende ouder, veelvuldige gezinsveranderingen. Afhankelijk van de stressbron zijn er andere wegen naar pathologie (bijv. seksueel misbruik leidt tot

auditieve hallucinaties terwijl pesten leidt tot paranoia). De PSS is de perceived stress scale waar stress mee wordt gemeten. De NOSIK is een vragenlijst om te kijken naar de context van het kind (bijv. wat de ouders uitstralen).



- **Ecologisch transactioneel model**
  Kindermishandeling kan zich op verschillende niveaus voordoen. Op verschillende vlakken kunnen er risicofactoren zijn, als de balans tussen risicofactoren en protectieve factoren verstoord is, is er meer kans op mishandeling e.d. Dit model staat hier links afgebeeld.
- **Diathese-stress model (varianten)**
  - **Stress generation-model**
    Diathese + meer stresserende omgeving opzoeken (grotere kans op psychopathologie)
  - **Vantage sensitivity**
    Sommige kinderen zijn alleen gevoelig voor een positieve omgeving, niet voor negatieve. Men kijkt hier naar welke interacties tussen kind en omgeving positieve gevolgen hebben. Dit is een recent model.





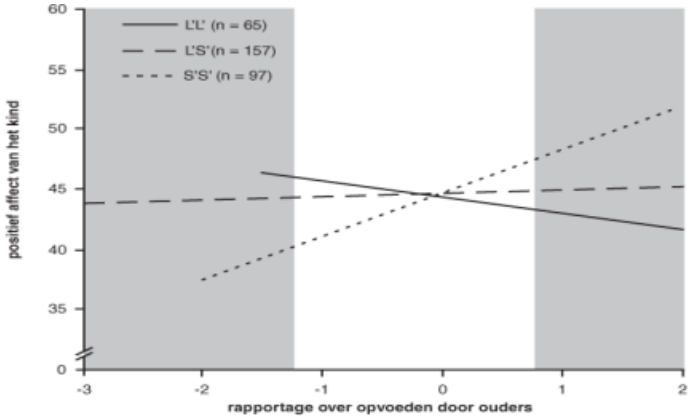
- **Differential susceptibility-model**
  Diathese X negatieve omgeving = meer psychopathologie.
  Diathese X positieve omgeving = meer positieve uitkomst (bijv. goede aanpassing, sociale competentie, positief affect).
  Dandelion children: kinderen die wel tegen een stootje kunnen en redelijk veerkrachtig zijn.
  Orchid children: kwetsbare kinderen die in een foute omgeving niet goed kunnen groeien.
  Bij het diathese-stress model is de kans op psychopathologie van negatief naar positief. Bij het differential susceptibility-model doen kinderen zonder kwetsbaarheid het goed en de kinderen met een kwetsbaarheid hebben een groter risico op een negatieve uitkomst zodra ze in aanraking komen met stress. De kinderen die een verschillende kwetsbaarheid hebben zijn in dit model meer aanpasbaar. In een negatieve situatie hebben ze een negatieve uitkomst en in een positieve informatie hebben ze een positieve uitkomst (zelfs beter dan de fixed group).

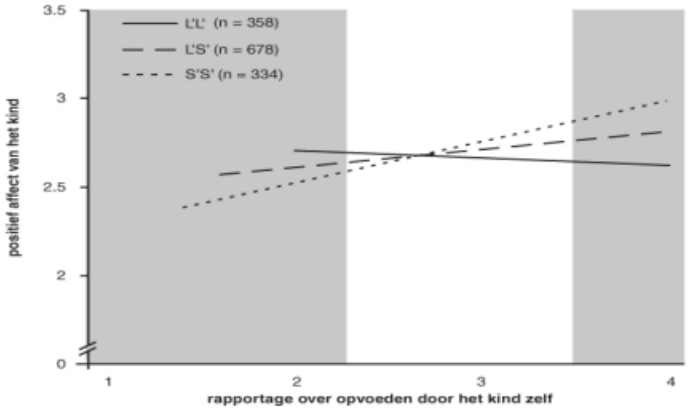
Een voorbeeld van het differential susceptibility model is het longitudinale onderzoek van Kim en Kochanska (2012). Hieruit bleek het volgende:

- Hoge negatieve emotionaliteit X niet-responsieve omgeving = minder zelfregulatie
- Hoge negatieve emotionaliteit X responsieve omgeving = meer zelfregulatie
- Lage negatieve emotionaliteit = geen interactie ouder-kindrelatie op zelfregulatie

Zelfregulatie is dus niet enkel gekoppeld aan trekfactoren. Als kinderen laag scoren op kwetsbaarheid gaat de ouder-kind relatie weinig invloed hebben op de zelfregulering. Als kinderen hoog scoren op kwetsbaarheid en een niet-responsieve moeder hebben, ontwikkelen ze geen goede zelfregulatie. In

aanraking met een heel responsieve moeder leidde het tot betere zelfregulatie uitkomsten dan bij kinderen die laag scoorden op kwetsbaarheid.
Als we verklaringen willen geven voor psychopathologie kunnen we op verschillende verklaringsniveaus kijken, één daarvan is genen. Hankin et al. (2011) keek naar verschillende factoren en de interactie met opvoedingsgedrag. Bij het S'S' allel zie je dezelfde lijn terug komen als bij het differential susceptibility model (in een negatieve omgeving krijg je een negatief resultaat, in een positieve omgeving een positief resultaat). Het onderzoek van Hankin et al. staat hiernaast afgebeeld.





1.4 Risico- en beschermende factoren

Emotionele en gedragsproblemen hebben nooit één oorzakelijke factor, het is steeds een combinatie van factoren, zoals de impact van aanleg en omgeving, de noodzakelijke en voldoende voorwaarden en de dynamiek van risico- en protectieve factoren.
Conceptualisatie risicofactor: factor die een negatieve invloed heeft op de (normale) ontwikkeling van een kind en die de kans op een bepaalde ontwikkelingsuitkomst verhoogt (Kazdin et al., 1997), zoals een bepaalde psychopathologie. Een **kansuitspraak** (**probabilistic risk**) gaat vooraf aan de uitkomst.
Correlaat: hangt samen met een bepaalde uitkomstvariabele. Deze worden op hetzelfde moment gemeten, je kan geen uitspraken doen over of de ene variabele voorafgaat in de tijd aan de andere variabele. Bij een kwetsbaarheid gaat het over iets dat aanwezig is maar moet interageren met stress om psychopathologie te ontwikkelen (hoofdeffect vs. interactieeffect). Markers kunnen **fixed** of **variable** zijn, fixed markers zijn factoren/variabelen die vast staan. Er wordt vaak rond de causaliteit heen gedraaid, het is niet omdat één variabele samenhangt met een andere dat het ene ook de oorzaak is van het andere. Om hier uitspraak over te kunnen doen heb je een experimenteel onderzoek nodig.
Risicoperioden: in bepaalde periodes is men gevoeliger voor het ontwikkelen van psychopathologie.
Risicomechanismen: een manier/proces waardoor een bepaalde factor een negatieve uitkomst heeft.
Naarmate er meer riscofactoren zijn neemt de kans op het ontwikkelen van psychopathologie toe (slechtere ontwikkelingsverloop), op een exponentiele wijze. Er is een **cumulatieve interactie** tussen factoren (risicofactor neemt toe in ernst). Equifinaliteit en multifinaliteit zegt iets over de relaties tussen risicofactoren en uitkomsten.
Multifinaliteit: zelfde (combinatie van) risicofactoren leidt tot verschillende uitkomsten (bijv. agressieve kinderen)
Equifinaliteit: bepaald probleem wordt door verschillende risicofactoren verklaard (bijv. drugsgebruik in adolescentie)

Risicofactoren bestaan op verschillende niveaus:

- Organisch (genetisch/neurologisch niveau): ondervoeding, neurologische defecten, genetische aanleg, biochemische verstoring. Kinderen die vroeger aan ondervoeding leden zullen een grotere kans hebben om later eetproblemen te ontwikkelen.

- Intrapersoonlijk niveau: onveilige hechting, temperament, intelligentie, informatieverwerkingsstijl
- Interpersoonlijk niveau: familie functioneren (conflicten), stressvolle ervaringen
- Hogere-orde niveau: armoede

Tweelingstudies hebben een methodologisch voordeel. Bij de rol van erfelijkheid gebruik je mono vs. dizygote tweelingen. Bij de rol van gedeelde omgeving gebruik je tweelingen vs. gezinsleden die samen opgroeien. Bij de rol van niet-gedeelde omgeving gebruik je specifieke levenservaringen. Tweelingstudies worden echter vaak overschat. Er is niet één bepaald gen dat je kwetsbaarder maakt voor het ontwikkelen van psychopathologie. Ook hier gaat het om complexe interacties tussen de verschillende genen. Het is belangrijk om het verklaringsniveau van de genen zeker mee in acht te nemen, netzoals de interacties met andere verklaringsniveaus. Tweelingstudies zijn hier heel interessant in, naarmate men ouder wordt kan meng aan kijken hoe bepaalde omgevingen of ervaringen het risico op psychopathologie meer of minder gaan maken. Adoptie- en tweelingenstudies kunnen vaak verschillende resultaten hebben. Onderzoek met tweelingstudies toonde aan dat overerving een belangrijke rol speelt bij angst, terwijl adoptiestudies juist uitwezen dat de omgeving meer een rol speelt bij angst. Verschillende onderzoeksdesigns kunnen dus leiden tot verschillende resultaten. Men spreekt soms van **slapende genen** (genen die getriggerd kunnen worden) bij een transactioneel model. Er is een bepaald allel dat ervoor kan zorgen dat wanneer jongeren in een positieve omgeving opgevoed worden een goed welbevinden gaan hebben, terwijl wanneer kinderen in een negatieve omgeving terecht komen de kans om minder welbevinden heel groot is. Ook hier zijn er bepaalde risicoperioden (bijv. anorexia, op 8-jarige leeftijd zijn het omgevingsfactoren maar op 13-jarige leeftijd juist meer genen).

Temperament: heeft een biologische basis, het manifesteert zich al op een heel jonge leeftijd en is stabiel gedurende de levensloop. Het beschrijft individuele verschillen. In de persoonlijkheidspsychologie zal er meer gesproken worden hierover. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar temperament:

- Thomas en Chess (1977): drie types kinderen (difficult, easy, slow-to-warm-up). Het moeilijke type stuit vaker op gedragsproblemen (risicofactor voor antisociaal gedrag).
- Dunedin studie: keek naar temperament. Hier werden baby's voor gevolgd en als peuters werd er een onderscheid gemaakt tussen de temperamenten (geïnhibeerd, adequaat en undercontrolled). Deze drie types hebben een verschillend ontwikkelingstraject, vooral de ongecontroleerde types hebben meer kans op psychopathologie te ontwikkelen.
- Hill en Kagan (2000): **gedragsinhibitie** is een belangrijke factor volgens dit onderzoek. Dit is de mate waarin iemand zich in ongekende situaties eerder gaat terugtrekken, vermijdend gedrag gaat stellen en niet echt toenadering zoeken. Dit is bij ongeveer 15% van de kinderen een stabiele trek. Dit heeft een prospectief verband met angststoornissen.
- Rothbart (1986): onderzocht temperament in termen van **reactief temperament** (bottom-up) en **zelfregulatie** (top-down, de mate waarin je je emotionaliteit kan gaan reguleren). Reactiviteit omhoog vs. zelfregulatie omlaag. Er zijn twee processen die je gedrag bepalen:
    - Automatische processen (reactief)
    - Het meer beredenerede (zelfregulatie)

  Als je een goede zelfregulatie hebt kan dit zeer protectief zijn, als je geen goede zelfregulatie hebt ga je vaak die basisinstincten niet goed kunnen reguleren.

  Effortful control/doelbewuste controle: het vermogen om emotionaliteit te moduleren en onder bewuste controle te krijgen. Dit is een risicofactor voor gedragsproblemen en ADHD.
- Gray: onderscheidt twee biologische bottom-up systemen welke verklarend zijn voor angst/depressie (hoge BIS), ADHD/gedragsproblemen (hoge BAS), bulimia nervosa (hoge BIS en BAS). Je kan bijvoorbeeld ook heel gevoelig zijn voor straf en ook voor beloning.
    - **BIS**: inhibitiesysteem, de mate waarin je eerder gaat terugtrekken wanneer er bedreiging is

- **BAS**: toenaderingssysteem, de mate waarin je wanneer er een beloning is je eerder toenadering gaat zoeken.

Distale factoren: factoren die iets verder liggen en waar je minder onmiddellijk op kan ingrijpen
Proximale factoren: de rol van de ouders (opvoedingsstrategieën, emotioneel klimaat binnen gezin)
Bij de omgeving spelen naast distale factoren (lage SES, armoede, werkloosheid) en proximale factoren (problematische ouder-kindrelatie) ook onverwachte factoren/**negative life events** (verhuizing, ziekte en ongeval) een rol. Volgens het diathese-stress model zijn de meeste gezinsfactoren stressoren. De stressoren gaan zich vaak op omgevingsniveau situeren, de diathese gaat zich eerder op kindniveau situeren. Bijvoorbeeld: verhuizen, bij sommige kinderen gaat dit het risico op ontwikkeling van pathologie verhogen terwijl dit bij andere kinderen juist een protectieve factor kan zijn.
Rutter (1996) zegt dat weten wat risicofactoren zijn niet gelijk is aan weten je ze kan veranderen. OPP gaat om ontstaan en instandhouding. Er zijn risicofactoren op verschillende niveaus en hiertussen is een dynamische interactie (transactionele visie). Zijn er mechanismen om risicofactoren te veranderen? Er zijn studies naar het effect van behandelingen, bijv. ouders andere vaardigheden aanleren om met de kinderen om te gaan om oppositioneel opstandig gedrag te behandelen. Om de effectiviteit te verbeteren is er nood aan transactioneel perspectief. De rol van kindkenmerken (frustratietolerantie, BAS, cognitieve tekorten) en de rol van ouder-kindinteractie is ook belangrijk bij zo'n behandeling. Effect sizes zijn soms wel klein, ook is het zo dat bij sommige ouders de behandeling wel werkt en bij anderen niet. Men zoekt altijd verder hoe men de behandeling kan optimaliseren en hoe men kan uitmaken welke behandeling past voor welk gezin. Het is belangrijk om een fit te vinden en te gaan kijken voor welk kind/gezin het wel werkt en voor wie niet. Men kan bijvoorbeeld ook een emotieregulatie training voor het kind toevoegen (niet alleen op de ouders werken maar ook op het kind) of werken met straffen en belonen als men weet dat het kind hier gevoelig aan is. Men gaat meer en meer onderzoek doen naar in welke mate de biases getraind en veranderd kunnen worden (bijv. aandacht trainen zodat deze weggericht wordt van eten).
Bij een risicopopulatie is er een aanwezigheid van (meerdere) risicofactoren. Bij KLOP bestuderen en volgen we risicokinderen op voordat de stoornis zich manifesteert. Dit geeft inzicht in verklaringsprocessen en in de preventie van psychopathologie.
KOPP-kinderen: kinderen die ouders hebben met psychiatrische problemen. Een kanttekening hierbij is wat nature en nurture hierbij is. Deze kinderen kunnen meer kans hebben op de stoornis doordat het in de genen zit, maar het kan ook komen doordat men op een bepaalde manier is opgevoed.
Er onderzoeken naar risicopopulatie zijn er verschillende problemen:

- Verschillende concepten (moeilijk om de risicogroep af te bakenen)
- Nood aan controlegroep
- Prospectief opvolgen gedurende een hele tijd
- Grote proefgroep nodig (tijdsintensief, duur, moeilijk terug te vinden)
- Enkel uitspraken op groepsniveau zijn mogelijk
- Ook rekening houden met risicomechanismen (hoe komt het dat het kan kind meer kans heeft om pathologie te ontwikkelen)

De definities zorgen er vaak voor dat er verschillen zijn in de resultaten, omdat men de kinderen anders gaat definiëren (bijv. ouder één episode gehad of meerdere). Vaak zie je studies waarbij een risicogroep wordt opgevolgd maar waar er geen controlegroep is.

Veerkracht: gaat over het feit dat er een aantoonbare stressor en adaptatie is. Adaptatie kan intern en extern zijn. Veerkracht is een heel belangrijk concept, het is even interessant om te kijken wie risicofactoren heeft maar geen stoornis ontwikkelt. Er zijn twee componenten in resiliencestudies:

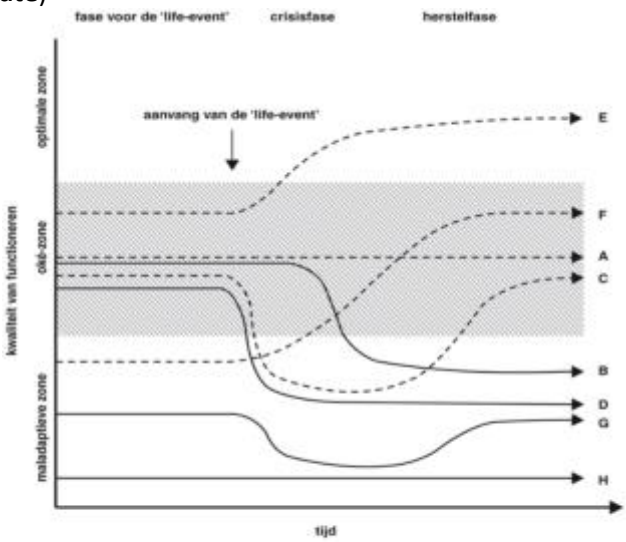
- Aantoonbare tegenslag (stress, adversity zoals trauma, ramp)

- Aantoonbare adaptatie: een externe aanpassing aan de omstandigheden (bijv. slagen op school, succesvol door ontwikkelingstaken) en later ook goede interne aanpassing (bijv. mentale en fysieke gezondheid).

Het onderzoeksdomein naar beschermende factoren en veerkracht is erg jong (< 40 jaar).
Garmezy, Masten (geschiedenis resilience studies):

- Fase 1: definitie (**describe**)
- Fase 2: studie van beschermende processen (**understand**)
- Fase 3: voorkomen van stressbronnen, bevorderen van beschermende processen (**change**)
- Fase 4: verschillende niveaus van adaptieve systemen, zoals neurobiologische systemen, familiale systemen + transactionele interacties (**integrate**)

Masten (2011) definieerde het als de capaciteit van het dynamisch systeem om stand te houden of te herstellen na substantiële uitdagingen die het systeem bedreigen of bedreigd hebben. Er moet een uitdaging/dreiging geweest zijn en het systeem moet zich daaraan aanpassen. Adaptieve en maladaptieve pathways/ontwikkelingstrajecten zijn mogelijk. Op de afbeelding hiernaast is de veerkracht de stippellijn en de ontwikkeling van de psychopathologie de volle lijn. Alle trajecten met een stippellijn tonen mensen die veerkracht vertoonden. De lijnen die gewoon recht blijven tonen het meeste veerkracht, andere tonen een dipje en herstellen zich daarna weer. De volle lijnen hebben een grotere kans om psychopathologie te ontwikkelen want ze hebben niet de mogelijkheid of vaardigheden om na het dipje terug recht te komen.



Veerkracht is meer overkoepelend dan een **beschermende factor** (**BF**), bij mensen met veerkracht zie je meer, en verschillende protectieve factoren. In een risicovolle situatie doet de BF de negatieve invloed van de risicofactor op ontwikkeling geheel of gedeeltelijk teniet. Bij een BF moet er ook altijd sprake zijn van een uitdagende situatie, de factor beschermt hier dan tegen. De BF is te plaatsen op vier niveaus (organisch, intrapersoonlijk, interpersoonlijk en hogere orde). Dezelfde factor kan ook zowel een risicofactor als een protectieve factor zijn, dit hangt af van kind tot kind. Er zijn verschillende verhoudingen ten opzichte van een risicofactor (bijv. uiteinde continuüm, zelfde factor als risico/beschermende factor). Het is belangrijk om de protectieve en risicofactoren in een transactioneel model te plaatsen (bijv. ecologisch transactioneel model van Cichetti et al. (2000), zie later). Afhankelijk van de balans is de kans op een gebeurtenis groter of kleiner. Onderzoek naar beschermde factoren is nog veel recenter dan onderzoek naar risicofactoren. Men hanteert een aantal onderzoeksdesigns om protectieve factoren te onderzoeken (bijv. risicopopulaties die tegen alle verwachtingen in en positieve ontwikkeling kennen). Er zijn verschillende types onderzoeksdesign:

- Type 1: positieve ontwikkeling tegen alle verwachtingen in
  Voorbeeld: studie van Werner (1993). Op een Hawaïaans eiland werden kinderen 30 jaar opgevolgd. 1/3 hiervan zat in de risicogroep (meer dan 4 risicofactoren aanwezig). Toch had 1/3 van die risicogroep een positieve ontwikkeling. De beschermde factoren waren hier als volgt: temperament (vechters), persoonlijkheid (openheid nieuwe ervaringen), harmonieus gezin, goede fysieke gezondheid en een goede relatie met minstens één verzorger.
- Type 2: adequaat aanpassen ondanks stressvolle ervaringen
  Kinderen uit gezinnen met economische moeilijkheden (bijv. ouders werkloos), KOPP-kinderen of kinderen die langdurig gescheiden van biologische ouders (bijv. instelling). De

beschermde factoren waren hier als volgt: goede relatie met een verzorger/volwassene, IQ, positief zelfbeeld, kwaliteit omgeving en self-efficacy. Voorbeeld: casus Sara. Eén van de pleegouders sterft hier en ze wordt in een instelling geplaatst, eens hier gaat ze enorm achteruit. Toen ze terug in een pleeggezin werd geplaatst was de groeiachterstand op zes maanden weggewerkt.

- Type 3: herstel na traumatische ervaringen
  Getuige zijn van een moord, het meemaken van een natuurramp of misbruik. De beschermde factoren hier zijn kwaliteit van zorg aanreikt door de ouder, ouder-kind relatie en IQ. Bij het onderzoek van Dalgleish, Joseph en Jule (2000) naar jongeren uit het oorlogsgebied waren de beschermde factoren mate van sociale ondersteuning van competente volwassene na de ramp en een positief sociaal netwerk voor de ramp.

Top 10 factoren veerkracht (shortlist van protectieve factoren en factoren die veerkracht bevorderen):

1. Adequaat ouderschap
2. Hechting
3. Financiële zekerheid/hoge SES
4. IQ en cognitieve probleemoplossingsvaardigheden
5. Talenten, prestatiemotivatie
6. Goede zelfregulatie en/of emotionele probleemoplossingsvaardigheden
7. Positieve schoolervaring, goede vrienden
8. Zelfwaarding, besef van zelfcontrole (self-efficacy)
9. Religieus vertrouwen, geloof dat leven zinvol is
10. Ondersteunde partner

De top 10 factoren zijn intra- en interpersoonlijk. Het is belangrijk om ook te denken aan beschermende mechanismen (bijv. adoptie, humor als proces eerder dan als individuele factor). Humor kan helpen om makkelijker met zaken om te kunnen gaan. Veerkracht is niet gewoon het vermijden van risico's, het gaat over een gedoseerde blootstelling aan risico's en hiermee om leren gaan (het belang van een succesvolle coping).

We kunnen de link leggen met de praktijk bij onder andere de intake. Je gaat niet alleen peilen naar wat er aan de hand is, hoe het is ontstaan en welke risicofactoren er zijn, maar ook zoeken naar de protectieve factoren. Je gaat zoeken naar wanner het wel goed gaat, waar de jongere goed in is en dingen zoeken die je kan gebruiken om te leren met de risicofactoren om te gaan. Dit werkt vaak veel beter dan te proberen om een risicofactor weg te nemen.
Familiale veerkracht: de mate waarin een gezin met conflicten en tegenslag omgaat. Je kan ook in de praktijk aan preventie doen. Ook al kan je bij bijvoorbeeld een kind heel moeilijk dingen gaan veranderen, kan je nog altijd het gezin veel veerkrachtiger maken. Ook bijvoorbeeld religie of een ander alternatief en het gevoel om erbij te horen en positieve competentiegevoelens (self-efficacy) kunnen veerkracht een boost geven.

1.5 Ontwikkelingstrajecten

Er zijn verschillende belangrijke onderzoeksmethoden en designs in OPP:

- Cross-sectioneel vs. longitudinaal onderzoek
- Epidemiologisch/longitudinaal-epidemiologisch
- Risicofactoren
- Risicogroepen
- Follow-back
- Resilience
- Protectieve mechanismen
- Ontwikkelingstrajecten

Longitudinaal-epidemiologisch onderzoek: kijkt naar de verloop/stabiliteit/ontstaan van een stoornis en naar de equifinaliteit en multifinaliteit. Dit is het beste design maar ook erg moeilijk. Longitudinaal onderzoek kan je naar verschillende thema's doen, zoals prevalentie en verschijningsvorm van de stoornis gedurende verschillende ontwikkelingsfasen, normale ontwikkeling, stoornissen waarvan er nog geen verband met ontwikkeling is aangetoond, interactie tussen stress/trauma en normale ontwikkeling, probleemgedrag dat ook tijdens normale ontwikkeling soms optreedt en stoornissen die abnormaal zijn op elk ontwikkelingsniveau (bijv. autisme). Nadelen van dit soort onderzoek is de representativiteit, drop-out, de lange duur (kostbaar) en steeds selectie van meetinstrumenten maken (beperkt bij kinderen). Als bijv. 2/3de van de groep na een tijd niet meer mee wil doen, dan ziet men vaak dat de groep die op tijdstip 1 het meest klinische gedrag vertoonde weggevallen is, hierdoor gaan de resultaten vertekend zijn. Het alternatief hiervoor is een representatieve steekproef.
Prospectieve studies: het opvolgen van een representatieve groep. De voorspellers zijn uitkomstmaten. Er kunnen verschillen zijn, maar je kan een aantal dingen controleren maar je kan nooit met zekerheid zeggen dat het perfect representatief is voor de volledige populatie.

Follow-backstudies bij volwassenen met problemen: voorspellers van stoornissen zoeken via reconstructie van het verleden. Uitspraken zijn mogelijk op kortere termijn, dit is minder intensief. Dit is vergelijkbaar met retrospectief onderzoek, maar dan breder (bijv. omgeving zoals vrienden en ouders, en interviewen over het individu). Nadelen hiervan is dat je vaak ver terug in de tijd gaat, is het nog wel betrouwbaar. Bij de klinische groep kan info gebiased zijn omwille van problematiek (false memories). Specificiteit is belangrijk dan sensitiviteit. Als je het verleden moet reconstrueren kan je je gemakkelijker dingen herinneren die niet gebeurd zijn dan dingen die wel gebeurd zijn (bijv. "ik weet dat er geen huisdier gestorven is"). Men moet oppassen met foute interpretaties, zoals bij de Wenar studies (1994). Het lijkt alsof er een link is tussen spijbelen en drankmisbruik, maar van het prospectief opvolgen zag men dat 11% een drankprobleem ontwikkelt. Dit wil zeggen dat een groot deel geen probleem ontwikkelde. Ook van de jongeren die niet spijbelden ontwikkeld 8% een drankprobleem. Men moet dus kritisch zijn bij het beoordelen of vergelijken van studies (afhankelijk van het soort design kunnen er bepaalde interpretaties optreden).

	drankprobleem	Geen drankprobleem
Follow back: Gespijbeld?	75%	26%
Prospectief: Gespijbeld?	11%	8%

Pathways: voorspelling over uitkomst van bepaalde risicofactor (**chains of adversity**). Ontwikkelingstrajecten zijn op grond van statistische analyses maar niet altijd rechtlijnig (multifinaliteit en equifinaliteit). Ook zijn ze niet normatief/deterministisch men kan het pad verlaten (preventie is hierbij belangrijk!). Dit kan ook gesitueerd worden in een transactioneel model, het traject is het resultaat van interactieprocessen tussen variabelen op verschillende niveaus, en er is steeds een wisselwerking tussen risico- en protectieve factoren.
Bij depressie is er sprake van een "**poorness of fit**" (er is geen fit tussen het kind en de omgeving), dit maakt de kans groter dat het kind verschillende dingen gaat ontwikkelen, zoals een laag gevoel van eigenwaarde, foute cognities en een vertekende informatieverwerking (bijv. gewoon commentaar negatief interpreteren. Er ontstaat een vicieuze cirkel van negatieve interacties tussen het kind en zijn omgeving. Dit is een traject waarbij er sprake is van een **zelfonderhoudind proces**, waarbij interacties en het zelfbeeld steeds negatiever worden en het kind een depressieve stoornis kan gaan ontwikkelen.
Bij delinquentie zijn er twee types:

- Type 1: vroege starters (early onset, jonger dan 11 jaar)
  De vroege starters zijn types waarbij de kans groter is dat ze **life course persistent** zijn. Dit zijn kinderen die als kleuter fysiek en verbaal agressief zijn, ook op niveau van de ouders (weinig discipline, weinig positieve betrokkenheid). Het zijn kinderen die op jonge leeftijd het gewend raken om succes te halen met hun agressie, ze kennen geen sociaal volgend gedrag en hebben ook een grotere kans om door leeftijdsgenoten verworpen te worden. Deze vroege starters hebben een slechte prognose (schooluitval, aansluiten bij "soortgenoten").

- Type 2: late starters (adolescent onset, ouder dan 11 jaar)
  De late starters vertoonden als kleuter en in de lagere school geen agressie, maar dit ontstaat pas in de adolescentie periode. Men kent dan vooral de rol toe aan die van de leeftijdsgenoten. De aard van het gedrag is ook anders (liegen, alcoholmisbruik). De problemen verdwijnen meestal na de adolescentie, maar je mag dit daarom niet als normatief beschouwen (bijv. ook internaliserende problemen en stress). Ze vertonen wel degelijk pathologisch gedrag, maar ze hebben wel een minder slechte prognose dan de groep van de early onset.

In de praktijk is het handig om kennis omtrent ontwikkelingstrajecten te hebben, zoals adviezen voor preventie en behandelprogramma's (waarom, wanneer en hoe interveniëren). Dit kan bijvoorbeeld worden gebruikt bij de aanpak van werkloosheid bij jongeren, de kans is groot dat die jongeren vroegtijdig de school gaan verlaten en dus meer kans hebben op een lagere beroepskwalificatie. Hier kan je ofwel wachten tot ze werkloos zijn en dan proberen meer jobs te creëren of je kan vroeger ingrijpen en proberen de eigenwaarde in de lagere school al te versterken. Ook hier gaat het dus over het toevoegen van protectieve factoren. Ook kan het worden gebruikt bij de aanpak van tienerzwangerschappen. We zien dat deze vaak voorkomen bij meisjes die opgegroeid zijn in een instelling. Het kan met positieve motivatie zijn (het zelf beter willen doen), maar doordat ze heel vroeg starten en zelf de warmte gemist hebben gaan ze heel weinig vaardigheden hebben om hun kind zelf een goede opvoeding te geven. Dit zorgt voor stress en crisis, waardoor er een grotere kans is dat de kinderen in eenzelfde traject gaan belanden. Men moet proberen om ze copingsvaardigheden aan te leren waardoor het traject kan worden omgebogen.

1.6 Preventie van afwijkende ontwikkeling

Fast Track Project (CPPRG, 1999, 2010): zeer groot project dat preventie doet voor gedragsproblemen. Het is ontwikkeld op basis van wetenschappelijk literatuur rond de ontwikkeling van gedragsproblemen bij kinderen. Er zijn verschillende modellen over de ontwikkeling van gedragsproblemen. Het model over ontwikkeling van gedragsproblemen is als volgt:

- Het kind heeft beperkte sociaal-cognitieve, emotieregulatie en academisch skills, en beperkte peer relaties.
- De ouders hebben weinig adequate opvoedingsstrategieën.
- Ook is er een verstoorde/afwijzende klasomgeving en zwakke thuis-school relaties

Men start de screening op 6-jarige leeftijd bij ouders en leerkrachten voor de selectie van de risicogroep. De duur van het onderzoek is 10 jaar. Op verschillende niveaus werden er risicofactoren gevonden, het programma is zo ontwikkeld dat er op die verschillende risicofactoren wordt ingewerkt. Binnen dit project werd er aan training gedaan. Er was een universeel deel voor de school om het schoolklimaat te bevorderen en men deed aan **geïndiceerde preventie** (specifiek voor de risicogroep). Bij de oudertraining werd een positieve gezin-schoolrelatie en opvoedingsvaardigheden bevordert, en in de adolescentie conflicthantering en positieve betrokkenheid. Bij de kindertraining werden leesvaardigheden en sociale vaardigheden zoals zelfcontrole en problemsolving aangeleerd, en in de adolescentie leren nee te zeggen, omgaan met geld, alcohol, identiteitsontwikkeling en intieme vriendschappen. Ook was er als onderdeel van de geïndiceerde preventie sessies op school en individuele huisbezoeken "op maat". Uit de RCT van het Fast Track Project kwam het volgende:

- Voordeel: robuuste en significante effecten tot vijf jaar na de start van het programma, risicokinderen vertoonden minder agressie en hun ouders betere opvoedingsvaardigheden
- Nadeel: er waren beperkte effecten bij de volgende vijf jaar. Dit kan komen door een te groot effect van "verkeerde vrienden". Er was echter wel een reductie van externaliserende stoornissen in de hoogste risico interventiegroep (top 3%) en minder arrestaties en delicten

Het is een erg duur project (60.000 dollar per kind), maar dit staat tegenover de kosten van criminaliteit (1.300.000 dollar per crimineel).

FRIENDS: early intervention and prevention anxiety project (Barrett et al., 2000): preventie- en vroege interventie-programma voor angst en depressie, voor kinderen met internaliserende problemen zoals infoverwerkingsfouten en affectregulatieproblemen. Dit project deed aan universele interventie en geïndiceerde preventie. Dit project duurde 12 weken waar men aan CBT deed. Het doel was het stimuleren van zelfvertrouwen, het versterken van emotionele veerkracht en de opbouw van problemsolving vaardigheden. Dit programma kan op verschillende doelgroepen worden toegepast (kleuters 4-7 jaar, kinderen 8-12 jaar en jongeren 12-16 jaar) en binnen verschillende settings. Men leert de verbanden tussen gedragingen, gevoelens, gedachten en lichamelijke gewaarwordingen. Uit de RCT van FRIENDS kwamen veelbelovende resultaten, er waren minder angstsymptomen/syndromen in de interventiegroep, maar er was geen effect op de depressiesymptomen. Het programma is niet goedkoop (kosten-effectiviteit), maar het loont.

V: voel je je bang
R: rust en ontspan jezelf
I: in jezelf denken
E: eigen plan maken
N: netjes gedaan dus beloon jezelf
D: doe je oefeningen
EN: en rustig blijven

De vraag bij preventieprogramma's is wanneer men moet gaan ingrijpen. Dit moet je baseren op het inzicht in de basis van ontwikkelingstrajecten. Je moet proberen in te grijpen zodat het traject omgebogen kan worden. Men grijpt in via de **ecologische aanpak** van kind-ouder-school. Er wordt ingegrepen op de risicofactoren (maar de een is meer veranderbaar dan de andere). Ook moet men opletten of preventie niet meer kwaad dan goed doet, er moet altijd vooronderzoek zijn.

Hoofdstuk 2: behandeling van kinderen met gedragsproblemen

2.1 Definitie evidence based werken (APA, 2006)

Evidence based werken: het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig nemen van beslissingen, gebruik makend van het huidige beste bewijsmateriaal, gecombineerd met individuele klinische expertise en rekening houdend met de voorkeuren, wensen, kenmerken en cultuur van de cliënt. Kinderen met gedragsproblemen worden al heel vroeg uitgestoten, de gewone school wil die kinderen niet.

2.2 Het STOP4-7 programma

STOP (Samen sterker Terug Op Pad): een vroege interventie- of preventieprogramma welke doet aan kindtraining, oudertraining en huisbezoeken, leekrachttraining en schoolbezoeken (coaching van leraren). Dit is dus een heel inclusief programma. Kinderen tussen de 4 en 7 jaar oud kunnen meedoen als er sprake is van een klinische score op de gedragsvragenlijst voor kinderen, de ouderversie (CBCL) of de leerkrachtversie (TRF). Ze moeten tot de 2% meest problematische kinderen behoren en het moet wel effectief over gedragsproblemen gaan. Veel van die kinderen hebben een combinatie van ADHD/autisme en gedragsproblemen. Er zijn wel een aantal tegenindicaties, namelijk ernstige mentale beperkingen bij het kind of onvoldoende kunnen leren bij de ouders. STOP is een groepsprogramma met individuele aanvulling op maat, de problemen zitten ook vaak tussen kinderen en hoe ze met elkaar omgaan. Dit programma probeert laagdrempelig te werken (gratis, deels aan huis, vervoer en kinderopvang kan geregeld worden).

2.2.1 Oudertraining

Dit zijn 10 bijeenkomsten van elk twee uur. De ouder krijgt geen handleiding bij het kind, maar probeert juist opvoedingsstrategieën aan te leren. Hieronder valt:

- Observeren en opvolgen van gedrag (proberen betekenis gedrag te achterhalen)
- Positieve bekrachtiging: complimenten geven in functie van versterken van het zelfvertrouwen
- Structuur bieden: duidelijkheid en voorspelbaarheid (vaste routines)
- Positieve bekrachtiging: werken met een token economy (beloningssysteem)
- Positieve betrokkenheid
- Negeren
- Gebruik van time-out
- Straffen
- Probleemoplossing
- Controleren van de ouder zijn eigen negatieve gevoelens
- Luisteren naar en praten met kinderen
- Stimuleren van schoolwerk

De piramide uit de slides heeft te maken met hoe wij ons naar onze kinderen verhouden en de thema's die met de ouders en de leerkracht besproken worden. Onderaan staan allerlei vaardigheden (als volwassene) die ervoor zorgen dat kinderen zich gewaardeerd, betrokken en verbonden voelen. Kinderen moeten het gevoel hebben dat je ze mag en ze voelen heel snel je zwakke plekken aan, ze gaan dingen uittesten om te kijken hoe ver ze kunnen gaan voor je ze niet meer mag. Complimenten geven is belangrijk, net als duidelijke afspraken en grenzen stellen, en negeren en straffen. Veel ouders en leerkrachten draaien de piramide om en zeggen dan dat het niet meer werkt, dat komt omdat ze het niet in de juiste volgorde doen. Dat warme en positieve is zeer belangrijk.

2.2.2 Kindtraining

Tien weken lang wordt er aan een maximum van tien kinderen een volle dag getraind, met een zeer gestructureerde dagverloop en veel complimenten voor kleine prestaties waarbij kinderen

vaardigheden worden aangeleerd die ze nodig hebben in sociale contacten en bij schoolwerk. Kinderen kunnen er soms niet goed mee om gaan als ze complimenten krijgen als ze een **maladaptief schema** hebben ("ik ben een stouterik"), je moet kinderen dan toch proberen te laten zien dat ze de moeite waard zijn. De meest protectieve factoren voor het imago zijn dat het lukt op school en bij vriendjes. De kindtraining bestaat uit verschillende onderdelen:

- Vaardigheden (gehoorzamen, omgaan met gevoelens, probleemoplossing, zelfcontrole, op de beurt wachten emotieregulatie, delen van materiaal, luisteren, samenwerken en spelen)
- Sociale vaardigheden (rolnemings- of perspectiefnemings-vaardigheden, probleemoplossingsvaardigheden, zelfcontrole- en emotieregulatievaardigheden, specifieke sociale vaardigheden (meespelen))
- Probleemoplossing
    - Stap 1: Stop! Ik heb een probleem
    - Stap 2: ik zoek verschillende oplossingen (belangrijkste stap, hoe meer oplossingen je kan bedenken hoe beter je functioneert. Veel kinderen hebben slechts 2 oplossingen: het probleem aanvallen (deze kinderen) of weglopen (depressieve kinderen).
    - Stap 3: ik kies een oplossing
    - Stap 4: Ik voer de oplossing uit
    - Stap 5: is mijn probleem opgelost?
- Zelfcontrole en emotieregulatie: hoe rustig blijven bij frustratie? (STOP, schildpadtechniek, gevoelensthermometer, verwoorden, hoe word ik weer rustig?, relaxatietechnieken). Kinderen moeten leren dat er niets verkeerd is aan het tonen van gevoelens

De begeleidershouding is minstens zo belangrijk als de inhoud van de training. Je moet vooral erg rustig kunnen blijven, gericht op bekrachtiging zijn door middel van veel complimenten geven en het belang van duidelijkheid en voorspelbaarheid inzien. Er moet sprake zijn van een stevige structuur en weinig, maar consequent gehanteerde regels. Ook moet je gevoelens kunnen benoemen en zelf rustig blijven.

2.2.3 Leerkrachttraining

Dit zijn drie of vier sessies van elk drie uur met ongeveer dezelfde thema's als bij de oudertraining. Leerkrachten zijn slecht opgeleid als het gaat over pedagogische en psychologische vaardigheden. Bij de leerkrachttraining wordt gefocust op de volgende onderwerpen:

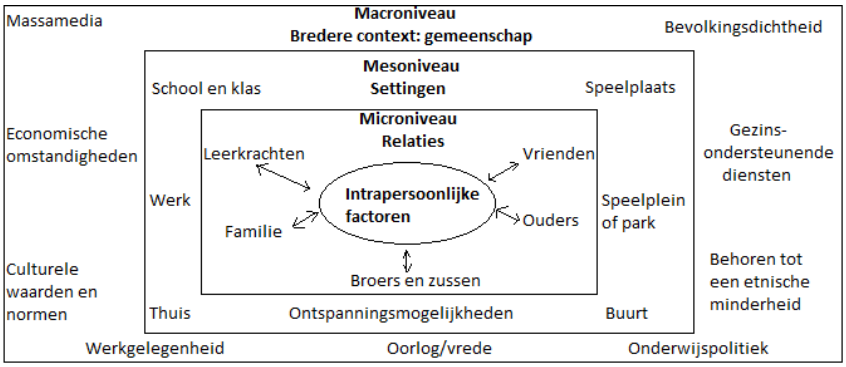
- Theoretische introductie
- Stimulerend basisklimaat (structuur en aanmoediging)
- Positieve betrokkenheid en veiligheid
- Positieve bekrachtiging (werken met een token economy)
- Gebruik van negeren, time-out en straffen (disciplineren)
- Het kindprogramma
- Stimuleren van contact ouder-leerkracht (communicatie)

Er wordt heel snel een idee gevormd over een kind, het is dus belangrijk zo vroeg mogelijk in het schooljaar ondersteuning te geven. Leerkrachten dragen ook bij aan de negatieve evolutie van sommige kinderen, dus men moet naar het **leerkrachtgedrag** kijken en observeren waar het fout gaat. Men wil het controlegevoel van leerkrachten versterken en hen helpen afstand te nemen. Ook is het belangrijk positieve ervaringen op te bouwen tussen de leerkracht en leerling (**positieve reserve**).

De STOP4-7 is gebaseerd op een aantal dingen, namelijk op de wetenschappelijke inzichten over de beïnvloedbare factoren in de ontwikkeling van antisociaal gedrag, op wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventies en op onderzoeks- en klinisch werk van het Oregon Social Learning Center (Gerald Patterson). Men moet vooral kijken naar wat beïnvloedbaar/veranderbaar is binnen de omgeving. Kinderen worden niet geboren met gedragsproblemen maar leren dit, dus het is

belangrijk te kijken naar de verschillen tussen gezinnen waar kinderen positief ontwikkelen en gezinnen waar kinderen gedragsproblemen ontwikkelen.
Antisociaal gedrag: gedrag dat verwijst naar overtredingen van sociale regels of gedrag dat gericht is tegen anderen (Kazdin). Dit staat gelijk aan de **disruptive behavior disorders** (in DSM V: Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder en Intermittent Explosive Disorder). Er is hier sprake van een relationeel probleem tussen kinderen en hun omgeving.

2.3 Ecologische of transactionele modellen



Ecologische en transactionele model zijn onder andere gemaakt door Bronfenbrenner, Beslky, Dishion, Sameroff. Deze modellen beschouwen vier niveau's:

- Intra-individueel
- Interacties (ouder-kind, micro)
- Settings (gezin en klas, meso)
- Gemeenschap en culturele context (macro)

Een probleem met de DSM is dat in het echt het niet zo is dat men iets wel of niet heeft, het is een continuüm. Het is een dimensioneel probleem en geen categorisch probleem. De DSM geeft ook geen enkel idee over "wat na de diagnose". Het grote (en één van de enige) voordeel is dat je er wereldwijd mee kan communiceren. Transactionele modellen vatten de werkelijkheid het beste, het gaat over interacties tussen kind en omgeving over de tijd. Dit wordt bekeken op vier niveau's: micro, macro, meso, brede context. De helft van de kinderen ontwikkelt gedragsproblemen, dus er moet nog iets meer zijn dan enkel de erfelijkheid. Als het erfelijk is, dan weten we dat ofwel de mama of de papa er ook eigenschappen van heeft, dit zorgt voor een mismatch. Nog een factor zijn vrienden, kinderen kiezen deze vaak op basis van gelijkheid. Kinderen oefenen hun sociaal gedrag, afhankelijk van de groep waarvan ze deel uitmaken. Vaak is er niet genoeg speelplaats op scholen, dit kan ook toevoegen aan de kans om antisociaal gedrag te ontwikkelen. Als je opgroeit in oorlog weet je vaak niet beter dan dat je problemen moet aanpakken met agressie. Armoede is ook een enorm belangrijke factor (bijv. moeders die werken hebben een betere toezicht op hun kinderen dan de moeders die werkloos zijn en hebben meer energie en competentiegevoel om naar hun kinderen toe in te zetten). De context is dus ook zeer belangrijk.

2.4 Vier-fasenmodel (Jos Peeters)

Er zijn een aantal fasen te benoemen in de ontwikkeling van gedragsproblemen:
Fase 1: vroeg starten met de interactie tussen kinderen en ouders, binnen omstandigheden waardoor mensen uit evenwicht geraken (stress, armoede, etc.). De peuterfase (2,5 jaar) is de meest agressieve levensfase. Op 4 jaar zijn de meeste kinderen daar uitgegroeid, dan begint men met de behandeling. Alle kinderen ervaren wel eens dat iets lukt door agressief gedrag te stellen, deze kinderen ervaren dat dit heel vaak lukt. De tussenkomst van ouders raakt verstoord en de kinderen doen wat ze willen.
Fase 2: de kinderen komen in de kleuterschool en moeten leren delen met andere kinderen, hier slagen ze niet in, dus gaan ze andere kinderen pijn doen om hun zin te krijgen en ze blijven doen wat ze zelf leuk vinden. Hierdoor krijg je de reactie van de omgeving waardoor ze worden verworpen. De kinderen krijgen het gevoel dat de

wereld één grote vijandige omgeving is. Het gevolg hiervan is dat wanneer de kinderen slecht in hun vel zitten en niet om hebben leren gaan met frustratie, ze niet leren vol te houden. De kinderen falen waardoor ze een laag gevoel van zelfwaarde en depressieve stemmingen krijgen.
Fase 3: de leeftijdsgroep wordt veel belangrijker dan de volwassen wanneer de kinderen/jongeren elkaar gaan opzoeken en samen sterk gaan staan. Behandeling na acht jaar wordt al heel moeilijk, hier worden de peers te belangrijk.
Fase 4: antisociale volwassene hebben weinig kans om hun baan te behouden. Relaties zijn vooral op plezier gericht en men heeft weinig zelfcontrole. Er is ook kans om jong vader of moeder te worden, dit zorgt ervoor dat het kind het hele verhaal van voor af aan zal doormaken. Vanaf 8 jaar speelt de leeftijdsgroep een heel belangrijke rol, het is niet makkelijk meer om ze nog bij elkaar te brengen.
Dwingproces (coercive process): dit is gebaseerd op ontsnappingsleren. Een ouder gedraagt zich op een voor het kind negatieve wijze, naar het kind (geeft een opdracht, weigert). Het kind reageert op een voor de ouder negatieve wijze (wenen, roepen, driftbui). De ouder stopt met de negatieve respons (**negatieve bekrachtiging**), het kind stopt zijn negatieve reacties (**negatieve bekrachtiging**) (gillen in een supermarkt zorgt ervoor dat de ouder toegeeft waardoor het kind stopt met gelen, en leert vanalles af te dwingen. Dit leren ze niet meer af.). Als je dit bij kinderen ziet weet je dat hier de kern ligt van problematische opvoeding. Er zijn een aantal risicofactoren:

- Kindfactoren
    - Genetische kwetsbaarheid en biologische factoren
    - Intelligentie
    - Geslacht
    - Temperament en reactiviteit
    - Perinatale risico's
    - Cognitieve en schoolse vaardigheden, vooral taal en executieve functies

  Zwakbegaafde kinderen hebben meer kans op gedragsproblemen. Jongens hebben meer kans. Vanaf drie factoren heb je veel kans en vanaf vier factoren is het vrij zeker. Agressie en taal zijn ook zeer sterk gelinkt. Taal is een heel belangrijke factor!
- Gezinsfactoren
    - Slechte zelfzorg tijdens de zwangerschap
    - Opvoedingsvaardigheden: inconsequent en hard
    - Onveilige hechting, mishandeling en verwaarlozin
    - Conflicten tussen partners

  1/3de van de kinderen voelt zich onveilig gehecht. Dit is in de hulpverlening meer dan de helft. De ouders zijn niet beschikbaar (kan door echtscheiding, drukke tweeverdieners), maar merken vaak dat hoe meer ze er zijn, hoe beter het gedrag van het kind wordt.
- Omgevingsfactoren
    - Socio-economische status van het gezin en de gemeenschap (kansarmoede)
    - Graad van criminaliteit en geweld in de buurt

Hoe vroeger de factoren optreden, hoe slechter. Een vroege start is de belangrijkste voorspeller voor delinquentie op adolescente leeftijd.

Soms kunnen we risicofactoren omzetten naar protectieve factoren. Een aantal protectieve factoren:

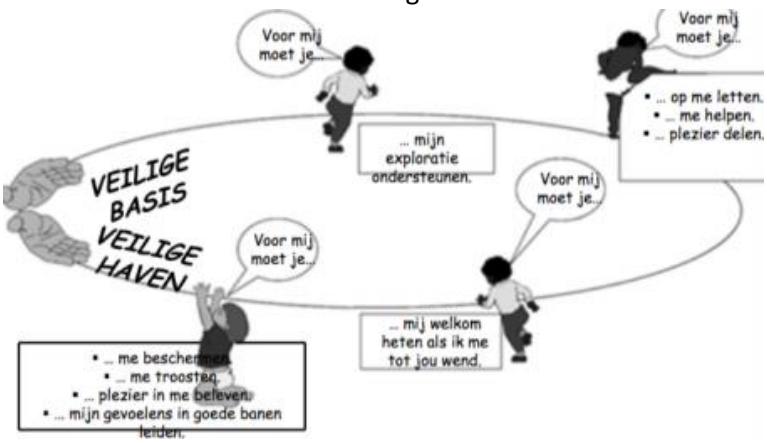
- Kindfactoren
    - Intelligentie
    - Temperament en effortful control
    - Competenties: schoolse competentie, probleemoplossings- en sociale vaardigheden
    - Ongewone of uitzonderlijke talenten
    - Positief zelfwaardegevoel (kinderen hebben vaak een heel negatief idee over zichzelf)

  We hebben ook de leerkracht nodig om het kind positiever te zien, de andere kinderen gaan dit overnemen. Als je de leerkracht niet mee hebt dan werkt het nooit.

- Gezinsfactoren
  - Hoge gezinscohesie
  - Goede relatie met tenminste één ouder/volwassene
  - Opvoedingsvaardigheden: warm en duidelijk
  - Veilige hechting
- Omgevingsfactoren
  - Prosociale vrienden
  - Sociale steun

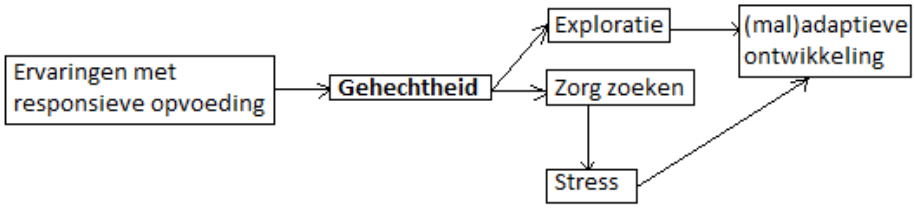
Uit transactionele modellen halen we dat we niet kunnen met slechts één iemand, je hebt de omgeving nodig. Het is geen hechtingstoornis, je kan kinderen ook later nog het gevoel geven dat je er voor hen bent. Goede vrienden zijn ook heel belangrijk.
Zelfregulatie: zelfcontrole + emotieregulatie + effortful control + andere vormen van zelfsturing. Responsief en sensitief ouderlijk gedrag is een basisvoorwaarde voor de ontwikkeling van zelfregulatie of zelfsturing.

Veilige basis: ga maar, ga exploreren en als je terugkomt ben ik hier nog. Kinderen die niet veilig gehecht zijn gaan ofwel niet exploreren, ofwel komen ze gewoon niet terug. **Hechting** is een plek om van te vertrekken en een plek om naar terug te komen. Omgaan met onze emoties hangt heel erg samen met hechting. Hiernaast staat de cirkel van veiligheid.



2.5 Gehechtheidstheorie

Als je stress ervaart ga je hulp zoeken, als je die zorg ook krijgt, krijg je een adaptieve ontwikkeling. Als je die zorgt niet krijgt, krijg je een maladaptieve ontwikkeling. Er is een samenhang tussen gehechteid en psychopathologie met problematische stressregulatie, zowel bij externaliserende als internaliserende problemen. Er was ook sprake van meer dissociatie en adolescentie.



De primaire ontwikkelingstaken en basisbehoeften van kinderen zijn als volgt:

- Verbinding en acceptatie (basisveiligheid en verbondenheid, we willen ergens bij horen)
- Autonomie en prestatie (autonomie, competentie en identiteitsgevoel, we willen het gevoel hebben dat we iemand zijn en iets kunnen)
- Realistische grenzen (realistische grenzen: beperkingen en zelfbeheersing, we willen binnen veilige grenzen groeien)
- Naar binnen gerichtheid en zelfexpressie (vrijheid om uitdrukking te geven aan behoeften en emoties, zelfexpressie, we willen een plek hebben waar we onze emoties mogen tonen)
- Spontaniteit en plezier (spontaniteit en spel, we willen plezier hebben)

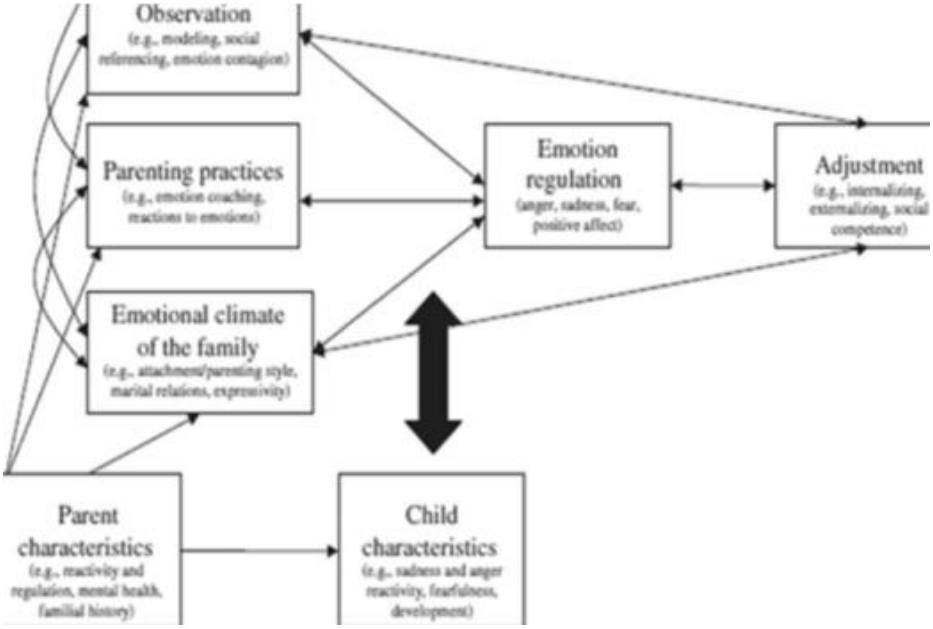
Bij kinderen met gedragsproblemen is er bijna altijd aan de eerste drie behoeften niet voldaan waardoor er drie maladaptieve schema's die heel vroeg al gekwetst zijn bij deze kinderen.

Vroege maladaptieve basisschema's:

- Onverbondenheid en afwijzing (verlating, ongewenst zijn)
- Verzwakte autonomie en verzwakte prestatie (mislukking)
- Verzwakte grenzen (onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline)
- Gerichtheid op anderen (onderwerping, goedkeuring/erkenning zoeken)

- Overmatige waakzaamheid en inhibitie (emotioneel geremd, negatief, pessimistisch, meedogenloze normen)

Mensen gaan vaak overcompenseren. Wat deze kinderen doen is steeds hun schema's herhalen. Hechting en schema's hangen heel erg samen. **Hyperactivatie** leidt tot agressief reageren, **hypoactivatie** leidt tot het terugtrekken in je eigen wereldje. De hechtingsrelatie kan je ook als hulpverlener een beetje repareren, je moet de kinderen het gevoel geven dat ze de moeite waard zijn. Hiernaast staat het **model van Morris et al.** (2007).



Er zijn verschillende belangrijke opvoedings-vaardigheden:

- Positieve betrokkenheid (zich engageren in wederzijds plezierige activiteiten, het is een niet contingent aspect van de ouder-kind relatie)
- Positieve bekrachtiging (vaardigheid in het opmerken en versterken van zelfs klein prosociaal gedrag van het kind)
- Dyadische probleemoplossing (gezins- en probleemoplossingsvaardigheden)
- Disciplineren (accuraat opmerken en "klasseren" van probleemgedrag, het negeren van triviaal dwinggedrag en het gebruiken van effectieve back-up consequenties als straf nodig is)
- Ouderlijk toezicht/**monitoring** (monitoren kinderen: waar zijn ze, met wie en wat doen ze?)

De uitdaging is om met wie je ook werkt, onvoorwaardelijk te zeggen dat je ervoor gaat. Anders gaat het niet lukken. De meeste overtredingen gebeuren op plaatsen waar er geen toezicht is.

2.6 Onderzoek naar de behandeling

Multimodale behandelingen (kind, ouders en school) omvatten parent management training, social skills traning (probleemoplossingsvaardigheden) en class management training. Deze behandelingen hebben de meeste kans van slagen, het is een effectieve interventie. Als je niet met iedereen tegelijk kan werken, dan moet je prioriteit geven aan de ouders en de omgeving en niet het kind zelf. Ecologische programma's zijn effectief (zoals multisysteemtherapie, LIFT, FAST track, PARTNERS, Minder Boos en Opstandig, STOP). In Noorwegen heeft elke provincie een multisysteem team, hier is het aantal jongeren dat naar de gevangenis moet enorm gedaald. Alles wordt heel intensief samengenomen tot de jongere terug op het goede pas is.
Een aantal werkbare mechanismen en ingrediënten (o.a. Biehal):

- Aanreiken van concrete strategieën voor ouders en kinderen (wat zijn hulpmiddeltjes om samen rond emoties en belonen te kunnen werken?)
- Versterken van de ouderlijke self-efficacy
- De veranderingen in het gedrag van kind en ouders bekrachtigen elkaar wederzijds
- Ecologische aanpak
- Therapeutische relatie

Door met beiden te werken gaan de veranderingen bij de één de veranderingen bij de ander versterken. De relatie is één van de belangrijkste factoren. Als je geen band krijgt met je cliënt kan je het vergeten.

Er zijn gemeenschappelijke elementen van evidence based programma's voor kinderen met gedragsproblemen:

- Therapeutische inhoud
  Principes van positieve bekrachtiging en effectieve begrenzing, werken aan de ouder-kind relatie, probleemoplossingsvaardigheden, woedecontrole, affecteducatie, hervalpreventie
- Behandelingstechnieken
  Geven van positieve bekrachtiging en effectieve begrenzing, psychoeducatie, geven en bespreken van huiswerk, rollenspel en gedragsinoefening, modelling, voorzien van materiaal, doelen en vooruitgang evalueren
- Werkrelatie
  Gemeenschappelijke doelen formuleren, een relatie opbouwen

Leerkachtgedrag: nabijheid, structuur, autonomie bevorderen, betrokkenheid, sensitiviteit en emotionele ondersteuning.
Leerkrachtgedrag is een beschermende factor, voornamelijk bij kinderen met een problematische hechting, kinderen met gedragsproblemen en teruggetrokken kinderen. Een leerkracht-leerling conflict bij het begin van het schooljaar voorspelt de globale zelfwaardering van een leerling in het midden van het leerjaar en voorspelt agressief gedrag van de leerling op het eind van het schooljaar.

De meest omvattende verklaringsmodellen zijn transactionele modellen (o.a. Belsky, Sameroff, Dishion). Per pathologie is er een apart model. Onderzoek leidt tot "gemiddelde" uitkomsten, het is belangrijk om per individuele cliënt te verfijnen. Grondige diagnostiek en analyses in functie van advies en behandeling zijn belangrijk. Evidence-based behandelingen houden rekening met de best beschikbare wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van de therapeut en voorkeuren van de cliënt.

Hoofdstuk 3: angst en angststoornissen bij kinderen en jongeren

3.1 Klinische ontwikkelingspsychologie

Alles wat iemand met angst voelt/denkt/doet verschilt eigenlijk niet veel van wat iemand zonder angst voelt/denkt/doet. We spreken eerder over "maladaptief" dan over "abnormaal". We kijken vanuit een hybride vorm, het is een beetje een tussenweg tussen het bekijken op een continuüm maar het ook toch nog verschillende namen geven. Er zijn verschillende manifestaties afhankelijk van ontwikkelingsniveau. Iets is vooral maladaptief als het leeftijdsinadequaat is. Er is extra aandacht voor ontwikkelingstrajecten en prognose. We gaan kijken welke problemen een kind ervaart, maar we kijken ook naar wat dit zegt over de toekomst. Je moet veel meer rekening houden met alle levenservaringen en taken die doorlopen moeten worden.

3.2 Dimensionele visie op angst

Angst is een basisemotie, het is van levensbelang. Het heeft een evolutionaire oorsprong en is hard-wired in het brein. Angst is adaptief, een reactie op een bedreiging om te ontsnappen aan gevaar. Angst heeft te maken met de gedachten: "bijv. ik ben in gevaar", met wat iemand voelt (ook fysiologisch) en het uit zich op drie manieren in gedrag (flight, fight of freeze). Er is een belangrijk onderscheid tussen angst en vrees. Angst (fear) is een functioneel gedrag en heeft te maken met ontsnappen van dingen die je in gevaar kunnen brengen. Vrees (anxiety) heeft een minder aanwijsbare reden maar kan wel heel verstorend werken, er zijn ook allerlei onderliggende hersengebieden bij betrokken. Het gaat bij vrees om algemene distress en psychologische arousal. Fear heeft ook meer te maken op geconditioneerde reacties, anxiety heeft meer te maken met ongeconditioneerde reacties en meer op lange termijn.

3.3 Meetinstrument

Er zijn een aantal assessment methods om angst te onderzoeken, maar om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen is het het beste om verschillende methoden te combineren. Naast enkel bevragen moet je ook kijken naar gedrag. Er moet dus een combinatie van methoden en informanten zijn:

- Retrospectief onderzoek bij volwassenen (bijv. angsten uit kindertijd bevragen. Er was een leeftijdseffect: jonge kinderen waren vooral bang van het ene en dat verschoof tijdens het opgroeien naar iets anders.)
- Observationeel onderzoek (bijv. meisjes vertonen meer angst dan jongens)
- Zelfrapportage door kinderen (let op o.a. beperkte cognitieve capaciteiten)
- Rapportage door ouder/zorgfiguur/leerkracht
- Interviews met kinderen en ouders
  Parent – child (dis)agreement: ouders onderschatten het aantal dingen waar kinderen bang voor zijn. De agreement is groter bij "observeerbare angst" dan bij "niet-observeerbare angst". De disagreement daalt met groter worden, als kinderen opgroeien hebben ouders minder zicht op welke angsten er allemaal spelen in het kind.

3.4 Normale kinderangsten

De ontwikkelingsverloop van angst gaat als volgt:

- 0 – 1 jaar: harde geluiden, "loss of support" (angst om van arm van ouder af te vallen)
- < 3 jaar: vreemden, separatie, vreemde dingen, hoogtes
- < 6 jaar: alleen zijn, donker, dieren, bovennatuurijke, fantasiefiguren
- 6 – 12 jaar: falen en kritiek, sociale situaties, school, lichamelijke wonden, ziekten, rampen
- Adolescentie: globale/economische/politieke bezorgd, sociale afkeuring, negatieve evaluatie
- Continu en meest voorkomend: dood en gevaar

Het ontwikkelingsverloop is afhankelijk van sociaal cognitief ontwikkelingsniveau en is gerelateerd aan de dagdagelijkse ervaring. Kinderen zijn bang van wat ze niet kennen. In de ontwikkelingsverloop situeert zich in de inhoud (verschillende soorten angsten er leeftijd), de frequentie (afname van angst met stijgende leeftijd, met een piek in de adolescentie), de intensiteit (afname met stijgende leeftijd) en duur/stabiliteit/prognose (meestal kortdurend, stabiliteit vanaf begin adolescentie). Er zijn ook verschillen tussen jongens en meisjes (gender-rol stereotypes).
Er is een algemene tendens waarbij kinderen minder vaak angstig zijn wanneer ze opgroeien. De bevinding is echter niet zo heel consistent, vooral voor sociale angsten is er weer een piek in de adolescentie. Bij intensiteit is de afname van de angst bij stijgende leeftijd is iets consequenter. Normale kinderangsten zijn over het algemeen kortdurend. Angsten veranderen het snelst op jonge leeftijd, maar vanaf de adolescentie komt er meer stabiliteit, behalve als het gaat om medische en stressgerelateerde angsten, die blijven wat langer hangen.

3.5 Pathologische angst

We spreken over een pathologisch probleem vanuit een ontwikkelingspsychopathologisch persectief. Angst is maladaptief als de angst extreem intens is, of als de angst te lang duurt. Er zijn een aantal criteria om te beslissen of iets pathologisch is (en niet enkel meer maladatief)

- Leeftijdsinadequaat (belangrijkst)
- Extreem intens
- Verlengde reactie op iets angstaanjagends
- Interfereren met dagelijks functioneren, impairment (ook zeer belangrijk criterium)

We kunnen enkel spreken van pathologische angst als de beoordeling gebeurt door een clinicus. Pathologische angst speelt op dezelfde drie componenten als normale angst (cognitieve, emotionele en gedragsmatige). Het is ook afhankelijk van het sociaal-cognitieve ontwikkelingsniveau en net als normale angst breidt het zich ook uit van zeer concrete angsten in de vroege kindertijd tot heel vage en complexe angsten wanneer men ouder wordt. Er zijn verschillende soorten pathologische angst:

- < 3 jaar: separatie angststoornis
- < 6 jaar: separatie angststoornis, specifieke fobieën, agorafobie, paniekstoornis
- 6 – 12 jaar en later: gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, pTSS, OCD

3.6 DSM-5 Angststoornissen

DSM-5 (2013)
Separatieangststoornis
Selectief Mutisme
Specifieke Fobie
Sociale-angststoornis (sociale fobie)
Paniekstoornis
Agorafobie
Gegeneraliseerde-angststoornis
Angststoornis door middel/medicatie, angststoornis door somatische aandoening, andere gespecificeerde angststoornis, ongespecificeerde angststoornis

In DSM-IV was OCD een angstdiagnose wegens de sterke relatie met angststoornissen.
Obsessies: intrusieve en ongewide, recurrente en persistente gedachten, drangen en beeld
Compulsies: repetitieve gedragingen of “mentale acties” als respons op obsessie of volgens strenge regels.
In de DSM-5 hebben de OCD-stoornissen en pTSS een aparte categorie gekregen. Bij trauma and stressor related disorders moet het traumatische of stressful event aanwijsbaar zijn als diagnostische criterium. PTSS heeft verschillende uitingsvormen (angst, anhedonie/dysforie, externaliserend (boosheid, agressie), dissociatieve symptomen).

In de DSM-5 zijn er zeven heel duidelijk omschreven angsten en nog een aantal restcategorieën. De exacte criteria zijn te vinden op de slides van dit hoofdstuk.

3.6.1 Separation anxiety disorder

Niet bij de ontwikkeling passende en overdreven angst om gescheiden te worden van het huis of het hechtingsfiguur. Deze angst draait om gescheiden te worden van het zorgfiguur. Het gaat om een excessieve angst die leeftijdsinadequaat is. Men raakt heel erg van streek en in de war van alleen maar denken dat het zorgfiguur weggaat, ze maken zich constant zorgen over wat er zou kunnen

gebeuren. Er is vaak een totale weigering om nog buiten te komen of van de ouders gescheiden te worden (op microniveau, zoals in bed van ouders slapen, of op macroniveau, zoals niet meer naar school willen). Ze kunnen moeilijk alleen zijn en hebben vaak nachtmerries die te maken hebben met ontvoerd worden, ouders kwijt raken etc. Daarnaast is er vaak een fysieke component (bijv. ziek als de zorgfiguur weg moet).

- Er moet een excessieve angst zijn met betrekking tot separatie (minimum 3/8 criteria)
- Gedurende minimaal vier weken.
- Impairment, niet enkel voor het kind maar ook voor andere gezinsleden.
- Er mag geen andere mentale aandoening zijn die de fenomenen kunnen verklaren.

3.6.2 Selective mutism

Het selectief ontbreken van spraak in specifieke sociale situaties waarin van het kind verwacht wordt dat het spreekt. Deze kinderen zijn vaak bang om gehoord te worden, één van de eerste dingen waar je mee kan beginnen is een pingpongbal over en weer te blazen over de tafel. In kleine stapjes kan je ze dan leren om meer geluid te maken. Dit ontwikkelt vaak wel goed.

- Er moet impairment zijn.
- Minstens gedurende één maand
- Het kind kán wel spreken (geen fysiek probleem aanwezig)
- Er mogen geen andere afwijkingen zijn

3.6.3 Specific phobia

Duidelijke en aanhoudende angst die uitgelokt wordt door de aanwezigheid van of het anticiperen o een specifieke prikkel of situatie (dier, natuur, bloed-injectie-verwonding, situationeel, overig). Specifieke fobieënhebben te maken met specifieke angsten.

- Specifieke angst
- Altijd, direct vermijding
- Buiten proportie
- Minstens 6 maanden
- Impairment
- Geen andere verklaringen

3.6.4 Social anxiety disorder (social phobia)

Een duidelijke en aanhoudende angst voor situaties waarin men sociaal moet functioneren of moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. Dit is een soort fobie voor omstandigheden. We zien vaak dat deze mensen sociale situaties gaan vermijden en als ze ze toch ondergaan dan is het onder heel grote stress en paniekaanvallen. Een speciale sociale angst is **podiumvrees**.

- Angst voor sociale situaties en eventuele kritiek
- Angst voor negatieve evaluatie
- Altijd, direct
- Vermijding
- Buiten proportie
- Minstens 6 maanden aanwezig
- Impairment
- Geen andere verklaringen
- Speciale vorm: podium vrees

3.6.5 Panic disorder

Recidiverende, onverwachte paniekaanvallen: begrensde periodes van intense angst die plotseling ontstaan en gepaard gaan met duidelijke lichamelijke en cognitieve symptomen. De criteria hebben

vooral te maken met het optreden van paniekaanvallen. Dit zijn een soort ontploffingen van serieus intense angst die eigenlijk niet zo heel lang duren. Een paniekaanval kan zich op verschillende manieren uitten, zoals met een aantal lichamelijke reacties (bijv. zweten, bibberen, hartkloppingen etc.). Wat ook heel erg aanwezig is, is het gevoel dat je gek gaat worden en dood gaat. Ook ben je op voorhand al angstig om weer een aanval te krijgen. Hier zit dus ook een vermijdingscomponent in.

- Paniekaanvallen (minimum 3/14 criteria)
- Angst voor de angst
- Vermijding
- Geen andere verklaringen

3.6.6 Agoraphobia

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 men een paniekaanval krijgt. Dit heeft te maken met de angst om op openbare plaatsen een paniekaanval te krijgen en de angst voor symptomen. Men heeft ook vaak problemen met het vermijden.

- Angst voor symptomen
- Altijd
- Vermijding
- Compagnon
- Intens
- Buiten proportie
- Minstens 6 maanden
- Impairment
- Excessief
- Geen andere verklaringen

3.6.7 Generalized anxiety disorder

Een buitensporige angst en bezorgdheid om een aantal gebeurtenissen of activiteiten. Dit uit zich voornamelijk in **piekeren**, angstige gedachten waar je niet uit los kan komen. Dit is zo goed als elke dag van de week en kan te maken hebben met alles wat je maar kan bedenken. Ze kunnen de angst ook niet stoppen, wat zich uit in een aantal fysieke manieren (onrust, moe zijn, etc.). Er zijn ook heel vaak concentratieproblemen omdat als je heel de tijd over iets aan het piekeren bent er geen plaats meer is om aandacht te schenken aan andere zaken. Er is veel spierspanning, slaapproblemen etc.

- Piekeren (meer wel dan niet)
- Minstens 6 maanden
- Oncontroleerbaar
- Impairment
- Geen andere verklaringen

3.6.8 Substance/medication-induced anxiety disorder

Angststoornissen kunnen ook uitgelokt worden door middelen. Een aantal van die middelen kunnen een fysiek symptoom te weeg brengen die heel erg op angst lijkt. Als hier dan angstige gedachten bijkomen kan dit leiden tot een angststoornis.

- Alcohol, caffeine, cannabis, penicillin, hallucinogenen
- Tijdens intoxicatie
- Afkicken
- Medicijngebruik

3.7 Diagnostische instrumenten

Er zijn verschillende diagnostische instrumenten:

- Gestandaardiseerde interviews
  - ADIS-C (angstdiagnoses DSM-IV, screening voor depressie)
  - Kid-SCID (verschillende DSM-IV diagnoses)
- Zelfrapportagevragenlijsten (dit heeft beperkingen)
  - YSR (internaliserende en externaliserende gedragingen)
  - ZBV(k) (trait anxiety en state anxiety)
  - SCARED (angstsymptomen, DSM-IV)
  - Multi-informant (ouderversies, leerkrachtversies)
- RCADS (vragenlijst over angst en depressieve gevoelens bij kinderen, nooit/soms/vaak/altijd)
- ADIS-C (interview met kind)
- ADIS-P (interview met ouder)

De RCADS kan worden gebruikt voor afzonderlijke diagnoses. De meeste instrumenten zijn nog altijd voor de DSM-IV, er wordt gewerkt aan nieuwe versies maar dit duurt heel lang.

3.8 Prevalentie angststoornissen

Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychopathologie. 9,9% van de jongeren voor het 16^{e} levensjaar en een life-time prevalentie van 15-20%. Het risico voor meisjes is twee keer zo groot als voor jongens. Er zijn verschillende prevalentie voor verschillende stoornissen:

- Specifieke fobieën (15%)
- Sociale angststoornis (10%)
- Separatie angststoornis (3-8%)
- Gegeneraliseerde angststoornis (2%)
- Agorafobie (1-2%)
- Paniekstoornis (<1%)

Prevalenties zijn ook afhankelijk van de leeftijd (bijv. GAD 12-13 jaar: 1% en 17-18 jaar: 3%).

3.9 Comorbiditeit internaliserende problematiek

De meeste kinderen met een angststoornis hebben er meer dan één (75%). Ook is er een comorbiditeit met depressie (33 – 75%). Als de eerste diagnose depressie is dan is de kans groter dat je hier een angststoornis bij ontwikkelt dan omgekeerd, dit is **assymetrische comorbiditeit** (DP+ANX > ANX+DP). De comorbiditeit kan gelijktijdig of sequentieel zijn. Het kan dat angst een beetje oplost maar zich dan een depressie ontwikkelt (**sequentieel**), of het kan gewoon **gelijktijdig** voorkomen. Er zijn verschillende verklaringen voor comorbiditeit:

- Kans (als je zoveel procent kans hebt op het ene en zoveel op het andere, dan heb je een bepaalde kans om het allebei te hebben)
- Symptoomoverlap (het is vaak ook moeilijk differentiëren tussen beiden)
- Itemoverlap (als we diagnoses stellen op basis van vragenlijsten zien we dat de items die vragen naar angst heel erg lijken op de items die vragen naar depressie)
- Gedeelde etiologische factoren (gedeelde oorzaken)
- Angst als risicofactor voor depressie (als je door agorafobie je huis niet uitkomt en vrienden verliest, is het logisch dat depressie hieruit volgt)
- Gemeenschappelijk hogere orde factor die je kwetsbaar maakt voor internaliserende problematiek (toeval bepaalt ook een beetje in welke problematiek je terecht komt)

3.10 Comorbiditeit externaliserende problematiek

Populatie-samples:

- Comorbiditeit internaliserend en externaliserend: > chance expectations
- Ontwikkelingsverloop: Kn > adolescenten
- Asymmetrische comorbiditeit: EXT + ANX > ANX + EXT

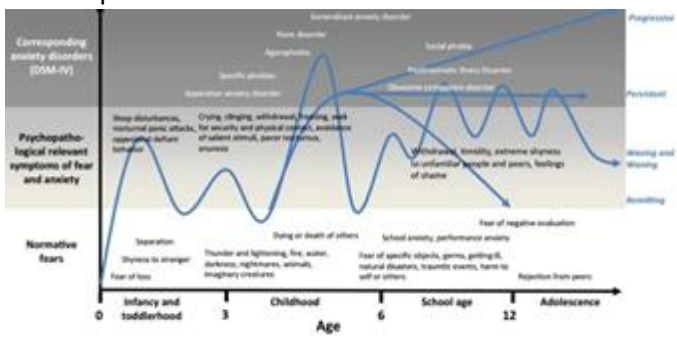
Klinische samples ANX + EXT: overall rate van de comorbiditeit hiervan is 2 – 21%, de ontwikkelingsverloop is kn > adolescenten.
De klinische samples EXT + INT: overall rate van de comorbiditeit hiervan is 14-43%, de ontwikkelingsverloop is kn > adolescenten.
Bij de inpatient samples (EXT) is de overall rate van de comorbiditeit is 3-40% en de ontwikkelingsverloop is adolescenten < Kn.

Er zijn enkele verklaringen voor r(INT, EXT) > 0:

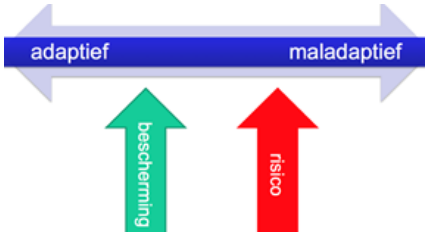
- Gedeelde risicofactoren
- Jongeren met gedragsproblemen bevinden zich vaak in "angstaanjagende situaties"
- Symptoomoverlap (bijv. niet stil kunnen zitten)
- "General psychopathology factor"

Maar angst kan ook beschermend werken bij EXT. Er zijn enkele verklaringen hiervoor: BIS, inhibitie (INT) x BAS, impulsiviteit (EXT). Dit is verschillend voor verschillende diagnoses en jongens meer dan meisjes.
Als we kijken in schoolcontext komen de twee meer voor dan dat we statistisch zouden bepalen. Er is hier ook een hogere orde factor zijn die je kwetsbaar maakt voor psychopathologie in het algemeen. Er is dus een groot verband tussen internaliserende en externaliserende problemen, maar anderzijds kan angst dus ook beschermend werken en de kans op comorbide problemen laten dalen.

3.11 Prognose angststoornissen



Bij angststoornissen is er beperkte stabiliteit, spontaan herstel is mogelijk. Uit onderzoek (Conradt en Peterman, 2002) bleek na 1 jaar 42% diagnosevrij te zijn, 23% dezelfde diagnose te hebben en 35% een andere (angst)stoornis te hebben. Meestal groeien kinderen uit normale angsten, maar voor angststoornissen is de prognose vrij goed. Er zijn verschillende prognostische trajecten: remissie, persistent, recurrent en progressief. Dit is verschillend voor verschillende diagnoses. Angststoornissen kunnen spontaan herstellen, weggaan, terugkomen, fluctueren of gewoon blijven. Dit kan ook progressief ontwikkelen naar een veel ernstiger beeld.
Homotypische continuïteit: als je een angststoornis hebt dan blijf je die hebben
Heterotypische continuïteit: als je als kind bijv. een separatie angststoornis hebt, kan je ontwikkelen naar een sociale angststoornis als adolescent



3.12 Risico- en beschermingsfactoren

3.12.1 Risicofactoren

Er zijn genetisch bepaalde persoonlijkheidsfactoren. Kinderen van ouders met psychiatrische problemen hebben meer kans om een angststoornis te ontwikkelen (niet alleen genetisch te verklaren, ook door de omgeving). Er kan een biologisch onderbouwde kwetsbaarheid zijn, zoals door verhoogde niveaus van cortisol en hypergevoelige subcorticale circuits (minder regulatie door prefrontale cortex). Er is een onevenwicht tussen de hersengebieden die instaan voor autonome reacties en controle reacties.

<u>Algemene risicofactoren</u>
Er zijn verschillende theorieën over risicofactoren. Er kan een verhoogde gevoeligheid zijn. Bij kinderen die geen problemen hebben zijn de verschillende systemen mooi in evenwicht: zodra een bepaald systeem of een bepaald kenmerk de overhand krijgt dan zien we dat het fout gaat.

- Tripartite model (Watson en Clark)
    - Negatieve affectiviteit (NA)
    - Positieve affectiviteit (PA)

    - Fysiologische hyperarousal (FH)
- Reinforcement Sensitivity Theory (Gray)
    - Behavioral Inhibition System (BIS)
    - Behavioral Activation System (BAS)

Er is een balans tussen de verschillende factoren is belangrijk

- Hoge NA/hoge BIS: typerend voor depressie en angst
- Lage PA/lage BAS: specifiek voor depressie
- Hoge FH: specifiek voor angst

Gedragsinhibitie

Dit is een temperamentsfactor die de neiging beschrijft om ongewoon verlegen en angstig te reageren in geval van nieuwe en onbekende situaties (zich terugtrekken en het vermijden van die situaties). Geïnhibeerde kleuters vertonen veel meer angstproblemen volgens de moeder, maar drie jaar later is dit effect nog veel groter (Biederman et al., 1993).

Specifieke risicofactoren

Angstsensitiviteit: neiging om bang te worden voor angstgerelateerde lichamelijke symptomen, deze hebben ook een grotere kans om een paniekstoornis te ontwikkelen

Walgingsgevoeligheid: walging is een basisemotie die ons beschermt, als dit er te veel is dan heeft dit een bepalende factor voor dierfobie.

Negatieve leerervaringen (leerpsychologie)

Het belangrijkste model is het **twee-factormodel van vermijdingsleren** (Mowrer, 1947). Er is iets dat je angstig maakt en die angst neem je mee de rest van je leven. Als je hieraan wil ontsnappen dan wordt je bevestigd in je vermijdingsgedrag waardoor je met de angst blijft zetten. Negatieve leerervaringen leiden dus tot angst. Vermijding is escape from conditioned fear wat leidt tot negative reinforcement avoidance behaviour.

Het tweede model is het **model van Rachman** (1991) die zegt dat er drie etiologische routes zijn om angst aan te leren. De eerste twee zijn echt routes, de derde is het geven van negatieve informatie.

- Klassieke conditionering
- Observationeel- of modelleren (Gerull en Rapee, 2002)
- Negatieve informatie (Field, Argyrus en Knowles, 2001)

We kunnen negatieve ervaringen meemaken, maar we kunnen ook angstig worden door dingen te zien in onze omgeving.

Levensgebeurtenissen

Negatieve gebeurtenissen of een stressvolle omgeving zijn ook risicofactoren.

Gezinsfactoren

Gezinsfactoren zoals opvoedingsstijl en hechter zijn ook risicofactoren. Er zijn een aantal opvoedingsstijlen die het moeilijker maken om niet te ontwikkelen tot een angstige volwassene. Een heel controlerende opvoedingsstijl maakt kinderen hier heel kwetsbaar voor.

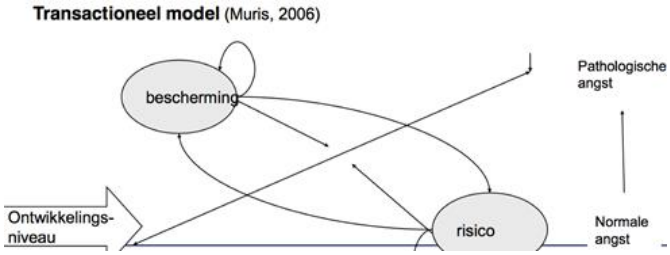
3.12.2 Beschermende factoren

Effortful control (executieve functies): aandachtscontrole, gedrachscontrole. Cross-sectionele studies laten zien dat een hoge EC leidt tot een lage angst, een lage EC leidt tot een hoge angst. Dit is vooral indien men een kwetsbaar reactief temperament heeft. Kinderen die hun angst dus goed kunnen controleren (EC) hebben vaak minder angst. Lage controle hangt vaker samen met hoge angst, vooral als er dan nog eens het reactief temperament in zit.

Perceived control: ervaringen in vroege kindertijd. Cross-sectionele studies laten zien dat een hoge PC leidt tot een lage angst. PC is ook belangrijk (dingen laten mislukken en leren oplossen).

3.12.3 Transactioneel model

Het ontstaan en voortbestaan van internaliserende problemen worden best verklaard door meerdere factoren (**equifinaliteit**, verschillende factoren kunnen leiden tot dezelfde uitkomst), factoren die interageren tijdens de ontwikkeling en de verschillende trajecten die mogelijk zijn (**multifinaliteit,** er zijn verschillende manieren om een angststoornis te ontwikkelen).



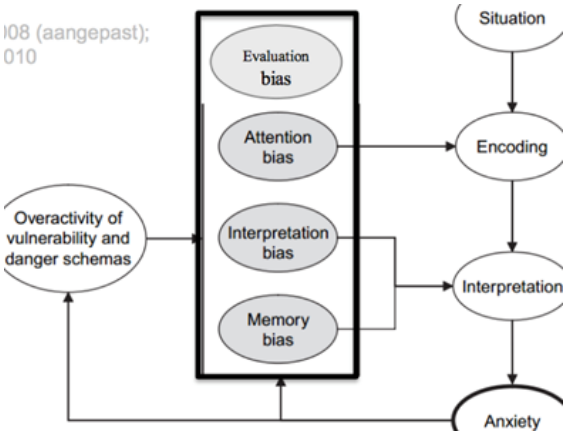
3.13 Instandhoudende factoren: behandeling

Instandhoudende factoren zijn vermijdingsgedrag en cognitieve biases. Er zijn twee aanknooppunten voor behandeling: exposure en cognitieve technieken. Er zijn ook een aantal factoren die zorgen dat de angst in stand kan blijven. Als je gedrag gaat vermijden leer je nooit dat ze misschien niet eng zijn en dan blijft het angstprobleem bestaan. Het heeft ook veel te maken met een aantal cognitieve processen, er zijn een aantal dingen die verstoord zijn en de angst in stand houden. Het zijn heel geschikte aanknopingspunten om de behandeling op te starten. Er zijn een aantal cognitieve technieken die biases kunnen omkeren. Bij exposure kan men via kleine stappen angst overwinnen. Je bouwt een angsthiërarchie op, waarbij het kan zijn dat je soms een paar stappen terug moet doen, om dan weer verder te gaan. Exposure is een goede manier om fobische angsten aan te passen. Cognities kunnen ook instandhoudende factoren zijn. Informatieverwerking kan automatisch en gecontroleerd zijn. Cognitieve inhouden zijn wat meer gecontroleerd (zelfrapportage), cognitieve processen zijn meer automatisch (reactietijdtaken).

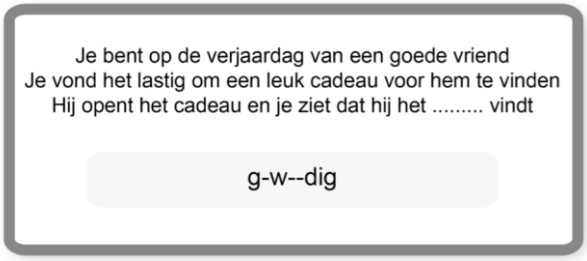
Volgens Beck en Emery (1985) heeft angst vooral te maken met bedreigingsschema's. Dit kunnen zowel gedachten als processen zijn waar we dan weer computertaken voor nodig hebben. Er kan sprake zijn van een chronische activatie van gevaar en dreiging schema's. Dit tegengaan bestaat uit meerdere stappen:

1. Stap 1: bewustwording door een goed gesprek (non-directief). Ontlokkers zijn platen of spel, vragenlijsten en dagboekopdrachten. Hierbij moet je de Socratische dialoog vormen: "What's the evidence?", "What if…?", "Worse outcome?", "Alternatives?". Eerst moet je laten zien dat het kind de gedachten heeft en dat het maar gedachten zijn.
2. Stap 2: disfunctionele gedachten "vangen" en "helpende gedachten" bedenken (**cognitief herstructureren**). Je moet zoeken wat die gedachten ontlokt (kijken naar het verband tussen gevoelens, gedrag en gedachten). In deze stap proberen we cognitieve inhouden te veranderen door helpende gedachten te bedenken.

De laatste jaren wordt ook veel ingezet om de **informatieverwerkingsprocessen** te gaan veranderen (zie hiernaast). We zien dat de treat en danger schema's zich uiten in vier verschillende vormen: automatische evaluatie bias, aandachtsbias, interpretatiebias en geheugenbias. De



verschillende vertekeningen verstoren allemaal het proces van informatieverwerking en leiden tot een angstproblematiek.
Evaluatiebias: kinderen met een angststoornis evalueren de wereld anders dan kinderen zonder een angststoornis. Kinderen met een angststoornis interpreteerden de angst-relevante dingen veel negatiever, maar dat verschil was er niet als het ging om gewone negatieve plaatjes. In de fase van informatieverwerking gaat er dus al iets mis.
Aandachtsbias: aandacht wordt vaak sneller getrokken naar enge dingen, het is moeilijker om de aandacht daarvan weg te halen maar wanneer de aandacht weggericht is blijven ze er wel van weggericht (dit is minder bij andere kinderen). Kinderen met een angststoornis zijn sneller geneigd om te zeggen dat iets een gevaarlijk of enge situatie is. Ze wachten minder lang om te beslissen of iets al dan niet eng is en denken vaker dat als het ene negatief is het tweede ook negatief is. Kinderen overschatten het risico op gevaar, dit gaat zowel over de interpretatie van interne als externe cues.
Interpretatiebias: er zijn verschillende types hiervan (reduced evidence for danger, covariation bias, probability bias). Dit vindt plaats bij zowel interne als externe cues. We proberen de cognitieve biases te trainen met computertaken maar dit is heel moeilijk. De reactietijden van kinderen zijn sowieso al wat variabeler, dus om hier verschillen in te vinden die ook betekenisvol zijn is heel moeilijk.



Er zijn bedenkingen bij cognitieve biases. Een aantal ontwikkelingspsychologische bedenkingen zijn paradigma's, de invloed van cognitieve maturatie en de invloed van ontwikkeling van inhibitie en controle. De vraag is ook of iets een symptoom of causale factor is. Experimentele manipulatie van cognitieve biases gebeurt voornamelijk bij volwassenen en bij adolescenten. Dit gebeurt op groepsniveau, niet op individueel niveau.
Cognitive bias modification training: met cognitieve technieken willen we dingen gaan veranderen in wat een kind met externaliserende problematieken denkt. Wat het kind voelt kunnen we bijvoorbeeld met relaxatieoefeningen onder controle proberen te krijgen.

Hoofdstuk 4: ADHD

4.1 Aandachts- en impulsregulatie: normale en afwijkende vormen

Het perspectief van KLOP is dat er continuïteit en dimensionaliteit is tussen aandacht- en impulsregulatieproblemen in de kleutertijd en in de latere ontwikkeling. De problemen zien er heel anders uit bij kinderen. Er is geen dichotomie tussen wel/geen stoornis, het is een continuüm tussen normale en afwijkende vormen. Men moet goed opletten bepaald ADHD gedrag niet te gaan pathologiseren, dit onderscheid is moeilijk en hier moet je aandacht voor hebben.

4.1.1 Normale ontwikkeling zelfregulatie

Normatief leeftijdsadequaat onoplettend en hyperactief/impulsief gedrag moet je niet pathologiseren. De normale ontwikkeling begint vroeg in de kindertijd, bij de geboorte zijn we nog niet tot zelfregulatie in staat. De hersenen moeten rijpen en hogere orde cognitieve processen moeten ontwikkelen (executieve functies, EF). Ouders kunnen zowel faciliterend als remmend werken, zo kunnen hersenprocessen beter of slechter verlopen (zie box in het boek). Het sturen van eigen gedrag en emoties is één van de belangrijkste ontwikkelingstaken. We leren ons voor langere tijd te concentreren, doelgericht te werken, afleidingen weerstaan etc. Het marshmallow-effect laat zien dat kinderen een groter doel hebben dat ze willen bereiken maar de afleiding maakt het moeilijk. Kinderen die het goed deden op de marshmallow test deden het later ook veel beter. De vaardigheden die zelfregulatie mogelijk maken worden aangestuurd door de executieve functies (EF), dit is doelgericht en aangepast gedrag. Kinderen met ADHD hebben hier moeite mee. Er zijn drie EF:

- **Inhibitie**: doelgericht kunnen stoppen van automatisch gedrag en zich verzetten tegen alles wat het bereiken van een doel dreigt te verhinderen (interferentiecontrole)
- **Werkgeheugen**: het vermogen om actief relevante informatie in het geheugen vast te houden, te manipuleren en te reorganiseren. Hieronder valt redeneren, plannen en doelgericht gedrag uitvoeren.
- **Cognitieve flexibiliteit**: het vermogen om niet gewenste gedragingen, gedachten of emoties te onderdrukken en over te schakelen op meer passende gedragingen, gedachten en emoties. Dit zorgt ervoor dat we ons in veranderende situaties op tijd en op adequate wijze kunnen aanpassen.

Ouder-kind interacties hebben invloed op de vroege ontwikkeling van de hersenen en dus de executieve functies en de afwijkingen hierin. Sensitiviteit, stimuleren van autonomie en responsiviteit leer je in de opvoeding. Sensitiviteit en stimuleren van autonomie zijn een belangrijke predictor voor latere executieve functies.

4.1.2 Afwijkende vormen van zelfregulatie: ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder): een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. DSM-5 spreekt van een neurodevelopmental disorder met een persistent patroon van aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit dat interfereert met het functioneren of de ontwikkeling. ADHD gedrag vertoont zich anders over verschillende leeftijden. Om de diagnose te stellen moeten er minstens 6 symptomen zijn gedurende tenminste 6 maanden aanwezig zijn, met daarbij vier voorwaarden: voor het twaalfde levensjaar aanwezig zijn, niet leeftijdsadequaat zijn, in meerdere situaties, hindering ondervinden in het dagdagelijkse leven. Oudere adolescenten en volwassenen (17+ jaar) moeten aan tenminste 5 symptomen voldoen. ADHD heeft drie ernstgradaties (mild, matig en ernstig). De diagnostische criteria voor ADHD volgens de DSM-5 zijn (in grote lijnen, niet woord voor woord) te kennen.

- Aandachtstekort
    1. Niet in slagen voldoende aandacht te geven aan details of achteloos fouten maken
    2. Vaak moeite met aandacht bij taken of spel te houden
    3. Lijkt vaak niet te luisteren als hij direct aangesproken wordt

4. Volgt vaak aanwijzingen niet op, slaagt er niet in verplichtingen na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)
5. Moeite met het organiseren van taken en activiteiten
6. Vermijdt vaak/heeft een afkeer van/is onwillig zich bezig te houden met taken die langdurige geestelijke inspanning vereisen
7. Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden
8. Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
9. Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

- Hyperactiviteit/impulsiviteit
    10. Beweegt vaak onrustig met handen of voeten/draait in de stoel
    11. Staat vaak op in situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
    12. Rent/klimt in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten/volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)
    13. Kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
    14. Is vaak “in de war” of “draaft maar door”
    15. Praat vaak aan één stuk door
    16. Gooit het antwoord er vaak al uit voordat vragen afgemaakt zijn
    17. Heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
    18. Verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op

Bij een categoriale benadering heeft de ene wel de stoornis, de andere niet. Bij de dimensionele benadering variëren ADHD kenmerken in de algemene bevolking, de symptomen variëren op een continuüm. 5% van de schoolgaande kinderen onder de 16 jaar heeft ADHD, 2 à 3x meer jongens en 4x meer binnen de klinische setting. Meisjes worden minder doorverwezen naar de klinische setting en krijgen eerder een andere diagnose (depressie/angst). Meisjes vertonen minder het externaliserende gedrag: minder gedragsstoornissen, hyperactiviteit en impulsiviteit en meer stoornissen in de aandacht. Er zijn drie accenten in het ADHD-gedragsbeeld:

- **ADHD-gecombineerd**: diagnose op jongere leeftijd, er is sprake van gedragsproblemen en men wordt afgewezen in sociale contacten.
- **ADHD-overwegend onoplettend**: er is sprake van dagdromen, passiviteit, apathie, vergeetachtigheid, ook van leerproblemen, angst en depressieve gevoelens. Daarnaast is men teruggetrokken in sociale contacten. We zien vaak dat de omgeving voor structuur zorgde waardoor de problemen niet op de voorgrond traden. Zodra externe accommodatie wegvalt duiken de problemen vaak op.
- **ADHD-overwegend hyperactief/impulsief**: uit zich vooral tijdens de kleuterleeftijd en kan ook al vroeg worden vastgesteld, dit neemt af naarmate het kind ouder wordt.

De uiting van ADHD gedrag is sterk afhankelijk van contextfactoren, zoals de eisen die in een bepaalde situatie aan de zelfregulatie worden gesteld. Er vindt een toename van probleemgedrag plaats bij moeilijke opdrachten, lawaai, verplicht samenwerken met een leeftijdsgenoot en als de aandacht van de leerkracht niet beschikbaar is. Het is belangrijk voor adolescenten dat het zich totaal anders toont, we moeten anders kijken naar deze groep. Wanneer men naar de middelbare school gaat vallen vaste structuren weg en worden er plots hoge eisen aan zelfstandigheid gesteld.

ADHD-gedragskenmerken hebben negatieve effecten op het gezin, welke ook zorgen voor het versterken van de ADHD kenmerken. Er worden hoge eisen gesteld aan de opvoedingsvaardigheid en het uithoudingsvermogen van de ouders. Deze voelen zich minder competent, ervaren minder plezier in het opvoeden en meer stress. Ook broers en zussen lijden onder het gedrag en nemen het probleemgedrag vaak over. Op school krijgt het kind vaker straf, is er vaak een moeizame relatie met de leerkracht en een gebrekkige werkhouding wat een hoge kans geeft op schooluitval. Ondanks dat kinderen zeer intelligent zijn zullen ze in niveau zakken, dit zal niet verbeteren zolang er niets wordt gedaan aan de regulatievaardigheden. Kinderen met ADHD zijn vaak bazig, immatuur en

opschepperig. Ze zijn minder gevoelig voor sociale cues, zijn verbaal en fysiek agressief en zijn niet erg populair. Al deze zaken voorspellen problemen in de adolescentie en volwassenheid. ADHD komt daarnaast ook vaak niet alleen voor, vaak zijn er nog één (87%) of twee (67%) andere stoornissen aanwezig. Er is veel comorbiditeit (zie afbeelding).

- ODD, antisociaal gedrag: > 50%
- Leerproblemen: > 25%
- Angst- of stemmingsproblemen: 25%
- Slaapproblemen: 25 à 50%
- Motorische coördinatie: 50%
- ASS
- Verslaving

4.2 Ontwikkeling en prognose

Uit een longitudinale studie van Carlos, Jacobvitz en Sroufe (1995) bleek dat er een aantal ouderkenmerken (opvoeding) en kindfactoren (medische geschiedenis, motorische ontwikkeling) zijn die een mogelijke rol kunnen spelen in het ontwikkelen van ADHD. Er zijn verschillende etiologische routes/ontwikkelingspaden voor ADHD. Er is echter geen **diathese-stress model**, dus we kunnen geen uitspraak doen over interacties. De longitudinale studie van Keown (2012) bij jongens van 4 jaar die al ADHD-kenmerken vertoonden keek naar de rol van ouder-kind interacties en opvoedingsgedrag. We zien hier wel het diathese-stress model. Minder sensitief gedrag bij de vader en minder positieve aandacht van de moeder leidde tot meer aandachtsproblemen bij kinderen. Intrusief gedrag van beide ouders leidde tot meer impulsief gedrag op school.
ADHD is geen voorbijgaand verschijnsel. In de adolescentie blijft 50-80% van de kinderen met ADHD de diagnose behouden, in de volwassenheid blijft 50% van de adolescenten met ADHD last hebben van de problemen. Er is echter ook een discontinuïteit, de accenten in het gedragsbeeld zijn niet altijd hetzelfde. Hyperactiviteit/impulsiviteit zie je vooral terug in de kleutertijd en basisschooljaren, de aandachtsproblemen hebben een duidelijk begin bij de basisschool en nemen sterk af met de leeftijd. Er is sprake van **heterotypische continuïteit**, de stoornis blijft hetzelfde maar manifesteert zich gedurende de ontwikkeling anders, dit is zeer belangrijk voor de diagnostiek. ADHD heeft echter wel een tragisch verloop, er is veel schooluitval, verkeersongevallen, weinig vrienden, antisociale activiteiten en middelenmisbruik. Ouders ervaren daarom veel schuldgevoelens en zorgen over de opvoeding. Er zijn mogelijk mediërende trajecten maar hier is nog niet veel over bekend.

4.3 Risico- en beschermende factoren

4.3.1 Biologische risicofactoren

- Grote genetische kwetsbaarheid (70%), veel verschillende genen en invloeden
- Verstoorde hersenprocessen: erfelijk bepaalde afwijkende hersenontwikkeling. Er is een verminderde activiteit in gebieden voor regulatie van planning, inhibitie gerichte en volgehouden aandacht. Ook is er een verminderde aanwezigheid van dopamina
- Temperament: temperamentsverschillen zijn belangrijk in de vroege ontwikkeling van zelfregulatie. Er zijn drie belangrijke factoren hierbinnen:
    - Difficultness: Een moeilijke baby heeft problemen met de modulatie van arousal, maar er is weinig evidentie voor het verband met ADHD.
    - Activiteitsniveau: bij een baby zegt dit niet veel, bij een kind wijst het op tekorten in zelfregulatie en is het een goede voorspeller voor gedragsproblemen. Op de basisschool is het een risicofactor voor agressieve gedragsproblemen.
    - Effortful control (doelbewuste controle): het vermogen om aandacht te verplaatsen en te richten indien nodig, en het vermogen om gedrag te remmen indien nodig.
- Pre- en perinatale omgevingsrisico's: laag geboortegewicht, prematuriteit, geboortecomplicaties, tabaksgebruik tijdens zwangerschap en gifstoffen in de omgeving

4.3.2 Psychosociale risico- en beschermende factoren

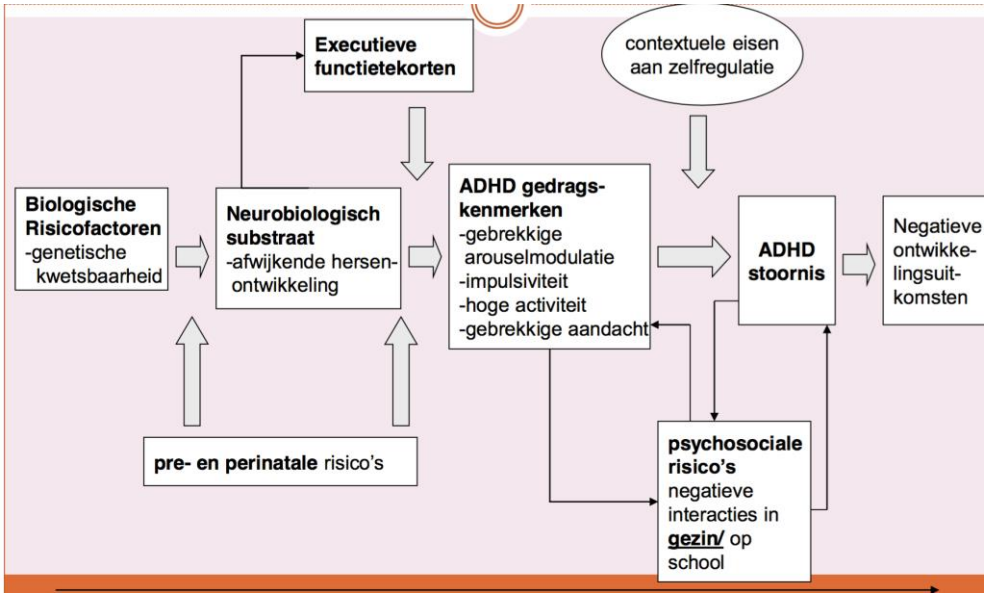
In gezinnen met een ADHD-kind zien we veel spanning en conflicten en er is een **negatief-reactief interactiepatroon** waarbij meer wordt gecommandeerd/afgekeurd en minder vaak beloond. Dit komt deels door de samenhang met ODD, maar dit zien we ook bij ouders van kinderen met enkel ADHD. Dit patroon verhoogt de kans op comorbide agressie, het is geen oorzaak van ADHD maar wel

een instandhouding. Een negatieve relatie binnen gezin en school verhevigt of houdt ADHD-gedrag in stand, terwijl een positieve diagnose juist beschermt tegen het krijgen van een ADHD-diagnose.

4.4 Verklaringsmodellen

- Executief functioneren -> **cognitieve tekorten**
  Executief functioneren hangt samen met cognitieve tekorten. Cognitieve regelfuncties functioneren minder goed bij kinderen met ADHD, waardoor er gedaalde activiteit is in hersengebieden die planning, inhibitie, gerichte en volgehouden aandacht reguleren. Executieve functies zijn ook nodig in het reguleren van gedrag, dit verbeter je in therapie.
- Beloningsleren -> **motivationele tekorten**
  Er is een onvermogen om het eigen gedrag zelf te sturen/reguleren. Deze kinderen hebben meer behoefte aan directe en sterkere beloningen. Het kind is constant afhankelijk van externe zaken om het gedrag te kunnen sturen. Iets doen wat ADHD-kinderen graag doen stelt ze in staat om gedurende langere tijd een hoog prestatieniveau te halen.
- **Tijdbeleving** -> moeite met besef van tijd
  Kinderen met ADHD vallen vooral uit op taken waarbij iets men met tijd moet doen. Het is heel moeilijk om een planning te maken. Dit tekort brengt veel problemen met zich mee. Er zijn hier verschillende disfuncties.
- **Toestandsregulatietheorie** -> arousalproblemen
  Er is een algemeen niveau van alertheid tijdens het uitvoeren van een taak en de aandachtsproblemen zijn een gevolg van een lage activatietoestand. De modulatie van de arousal loopt mis. **Toestandsregulatie** is de energie die noodzakelijk is om de actuele toestand op te krikken of juist te dempen in de richting van de gewenste toestand. Energetische factoren bepalen in hoge mate het niveau van cognitief functioneren en het ADHD-gedrag. In een rustige gestructureerde omgeving verloopt het cognitief functioneren beter, net als dat men vroeg op de dag beter presteert dan later op de dag. Hieronder valt ook het **duaal procesmodel**. Cognitieve processen zijn executieve functies (top-down), automatische processen zijn beloningsprocessen (bottom-up). Als deze beloningsprocessen afwijkend zijn dan sturen die voornamelijk ons gedrag en dan is het heel moeilijk voor de executieve functies om dit automatische gedrag te inhiberen. Als de automatische processen niet sterk zijn kan je dit makkelijk inhiberen, maar als je veel moeite moet doen om gedrag te onderdrukken raak je uitgeput.

We komen aan de hand van deze verklaringsmodellen tot een **transactioneel model**, wat hieronder staat afgebeeld. Er is een interactie tussen executieve functietekorten, genetische kwetsbaarheid, het bepalen van gedragskenmerken en stoornis en de negatieve ontwikkelingsuitkomsten. Of we het zien of niet hangt sterk af van de contextuele eisen aan zelfregulatie.



4.5 Implicaties voor diagnostiek en behandeling

Er is theoretische evidentie voor een biologische en cognitieve basis voor ADHD maar er bestaat nog geen objectieve maat. Het blijft een gedragsdiagnose, dus diagnostiek is primair gericht op waarneembaar gedrag

dat wordt beoordeeld door volwassenen of wordt gemeten in de natuurlijke omgeving van het kind thuis, op school of in de buurt. Er zijn verschillende voorwaarden voor adequate diagnostiek van ADHD: gedrag moet worden beoordeeld in meerdere situaties, men moet bepalen in welke mate het passend is bij de ontwikkeling en in welke mate het belemmerd. Meerdere informanten moeten worden geraadpleegd (kinderen zijn geen goede informant), oudere adolescenten kunnen zelf-rapportage lijsten invullen. Ook moet depressie of trauma uitgesloten worden want die kunnen gelijkaardige symptomen uitlokken. Er zijn verschillende instrumenten voor het vaststellen van ADHD: SCID, VvGK (door ouders/leerkracht), AVL (ouders/leerkracht), VVA (ouders), ZVAH (zelfrapportage).
Het primaire doel van behandeling is ADHD-gedrag verminderen en de negatieve ontwikkelingsspiraal die kan ontstaan als gevolg van de problemen doorbreken. Er zijn drie evidence-based behandelingen:

- Medicatie
    - Methylfenidaat (Relatine): heeft een effect op de primaire symptomen van concentratie, impulsiviteit en gedragsactiviteit. Relatine beïnvloedt dopamine. 70% reageert hier positief op, maar er is wel verminderde eetlust en inslaapproblemen
    - Atomoxetine (Strattera)
- Gedragstherapie
  Dit focust meer op de negatieve ontwikkelingsspiraal en heeft effect op de secundaire kenmerken (ouder-kind interacties, sociaal gedrag en school). Dit kan bestaan uit een ouder- en leerkrachttraining met psychoeducatie en de omgeving helpen om het kind te leren gewenst gedrag uit te voeren. Dit kan via **structureringsadviezen** (geven van duidelijke instructies en dagstructuur) en via beloningssystemen.
- Combinatie
  Hier zijn wisselende resultaten rond

De keuze voor behandeling wordt individueel bepaald en is afhankelijk van de ernst, leeftijd en comorbiditeit. Vaak wordt er gebruik gemaakt van de combinatie van de twee.

Er zijn ook een aantal nieuwe ontwikkelingen:

- Cognitieve trainingen: het trainen van executieve functies (werkgeheugen en inhibitie). Het zijn computergestuurde programma's met inhibitietaken in een stijgende moeilijkheid
- Neurofeedbacktraing: leren produceren van hersengolven die horen bij focussen

Bij het kind moeten we zoeken naar procedures die gericht zijn op zelfregulatie (emotieregulatie, sociale vaardigheidstraining). Daarom moeten we soms ook een soort van coaching inzetten waarbij we succeservaringen creëren.

Hoofdstuk 5: vroege socialisatieproblemen bij kinderen

5.1 Vroege socialisatie

De eerste belangrijke sociale vaardigheden die jonge kinderen moeten leren. Kinderen moeten loskomen van de (primaire) verzorger en een eerste stap naar autonomie. Slapen, eten en zindelijkheid hebben alle drie te maken met het lichaam. Fysiologische processen spelen een rol in het eigen maken van de vaardigheden, maar ook leerprocessen spelen een rol.

5.2 Slaapproblemen

Bij de geboorte heeft het slaap- en waakritme vooral te maken met gevoelens van honger en verzadiging. Baby's slapen heel veel maar altijd in korte poses. De REM-slaap is ongeveer 50% van de slaap bij baby's, naarmate men ouder wordt is dit nog 25%. Als kinderen ouder worden gaan ze van korte slaap-waak blokken naar langere periodes. Tijdens de slaap verwerken baby's alle prikkels van overdag waardoor ze redelijk actief zijn in hun slaap (wiegen, praten, hoofdbonken). Er zijn individuele verschillen in slaapbehoefte, dit maakt het moeilijk een cut-off te maken voor pathologie. 10-30% van de kinderen ervaren slaapproblemen tijdens hun eerste levensjaren, dit is meestal tijdelijk. Bij sommigen kan het persisteren tot in de volwassenheid en kan het tot slaapstoornissen gaan leiden, dit geeft risico op emotionele processen als volwassen. De slaapproblemen bij kinderen zijn ook voorspellend voor gedragsproblemen bij het kind (ook depressie) en voor opvoedingsproblemen bij de ouders. Men moet slaapproblemen tijdig signalen en ingrijpen.

5.2.1 Slaapstoornissen (DSM-5)

- **Insomnie** (in- en doorslaapproblemen)
  Dit is afhankelijk van de individuele slaapbehoefte. Het is pas een stoornis als er nevenproblematieken zijn (zoals abstinentie op school, psychosociaal functioneren verstoord). Dit uit zich in slaperigheid overdag of druk/prikkelbaar gedrag.
- **Hypersomnie** (overmatige slaapbehoefte)
  Dit is niet te wijten aan een slaaptekort of aan de activiteiten die men overdag doet.
- **Parasomnie**
  - **Nachtmerries**
    Komt regelmatig voor bij kinderen rond de 7-8 jaar. Ze kunnen de dromen de volgende ochtend herinneren en hebben moeite met opnieuw inslapen omdat het kind klaarwakker is. Nachtmerries vinden plaats in de laatste deel van de slaap.
  - **Pavor nocturnus**
    Dit vind plaats in het eerste deel van de slaap (overgang non-REM naar REM, de diepste slaap) en gaat veel meer gepaard met fysiologische karakteristieken, zoals verwijding van de oogpupillen, snelle hartslag, ademhaling, zweten, angst en schreeuwen. Dit kan in een heel korte tijdspanne plaatsvinden. Men is moeilijk wakker te maken en te kalmeren, maar er is geen herinnering hiervan.
  - Slaapwandelen (**somnabulisme**)
    Dit vindt plaats in de diepste slaap. Men is moeilijk te wekken en heeft geen herinnering hieraan. Slaapwandelen kan gevaarlijk zijn.

5.2.2 Etiologie en mechanismen

Er is een interactie tussen het kind en de omgevingsfactoren. Factoren kunnen gevonden worden op verschillende niveaus:

- Organisch (rijping zenuwstelsel, slaapapneu, amandelen)
- Kind (streven naar autonomie vs. angst voor sepratie, koppigheid, temperament)
- Ouders (overbezorgdheid, nachtelijke voedingen na 6 maanden, strijd, te veel/weinig/inconsequente regels)
- Andere interpersoonlijke factoren (chronische en acute stressoren zoals life events)

- Hogere orde (burenlawaai)

Er moet **goodness-of-fit** zijn (afstemming/tuning). Hoe respecteer je angst, temperament en de drang naar autonomie? Er moet ook voldoende rekening worden gehouden met rijpingsprocessen, de eigen vermoeidheid, stress, ziekte bij de ouders en mythes. Dit is een vicieuze cirkel: bij de aanvang van problemen kan te veel aandacht leiden tot bekrachtiging (bijv. bij ouders slapen).

5.2.3 Diagnostiek

De CBCL wordt vaak gebruikt om te gaan kijken wat mogelijks de oorzaak zou kunnen zijn van de slaapproblematiek. We kunnen slaappatronen in kaart brengen door vragenlijsten, observaties, dagboek en een ABC-schema. Slaapdata van een fitbit is een objectieve maat.

5.2.4 Behandelcomponenten

Na voldoende geïnventariseerd te hebben door diagnostisering en hebben gekeken naar de factoren en hun gevolgen op het kind en de ouders kan men gaan behandelen. We werken met het kind en de ouders. Er zijn verschillende behandelingsmethodieken:

- Psycho-educatie (uitleg geven omtrent normale slaapontwikkeling zorgt voor geruststelling)
- Differentiële sociale bekrachtiging (bekrachtiging gewenst gedrag vs. negeren ongewenst gedrag)
- Consequente regels, positieve routines (omgaan met streven naar autonomie)
- Stimuluscontrole (bedritueel, vaste slaapplaats, angstreductie. Een vast ritueel zorgt voor veiligheid waardoor kinderen rustiger kunnen slapen)
- Scheduled awakenings (ouders registreren het slaappatroon een tijd en gaan dan het kind wekken op momenten net voordat ze meestal wakker worden, waardoor bijv. de nachtmerrie wordt voorkomen, en het kind makkelijk in het volgende slaapstadium komt)
- Graduele extinctie (systematisch negeren van ongewenst gedrag)
- Fading (gradueel veranderen van stimuli, bijv. van groot licht naar deur op kiertje)
- Bij parasomnieën moet je als ouder rustig blijven en de omgeving gaan beveiligen. Blijf bij het kind tot het rustig wordt en ga stressoren detecteren)

5.3 Zindelijkheidsproblemen

In de normale zindelijkheidsontwikkeling leren kinderen de sluitspieren te beheersen en controleren: eerst controle over de darmen en later over de blaas. De spieren worden aangestuurd door de hersenen, naarmate de cortex meer en meer evolueert wordt het wel mogelijk om zelf controle uit te oefenen over de spieren. Als het kind er nog niet klaar voor is zal het niet lukken om het kind zindelijk te maken. Het is een combinatie tussen willekeurige en reflexmatige handelingen. Gemiddeld worden kinderen zindelijk tussen de twee en drie jaar en iets sneller bij meisjes. De laatste stap is urinezindelijkheid 's nachts. Vandaag de dag worden kinderen vaak later zindelijk, ouders hebben minder tijd, de maatschappij vindt het minder erg en we hebben wasmachines en betere luiers. Er zijn twee soorten zindelijkheidsproblemen:

- **Enuresis**
  Herhaalde urinelozing in bed of in de kleding (al dan niet opzettelijk). Dit gebeurt minstens twee keer per week in de voorbije drie maanden en is niet het gevolg van een lichamelijk conditie.
    - **Primaire/continue enuresis:** vanaf 5 jaar, het kind is nooit zindelijk geweest
    - **Secundaire/discontinue enuresis**: na minstens 12 zindelijke maanden is er herval
    - We spreken van primaire enuresis vanaf een leeftijd van 5 jaar met continu enuresis en secundair met een herval na droge 12 maanden (discontinue enuresis).
    - **Nocturna**: 's nachts enuresis (6-8% bij jongens)
    - **Diurna**: overdag enuresis

- **Encopresis**
  Herhaald defecteren op daartoe niet bestemde plaatsen (al dan niet opzettelijk). Dit gebeurt minstens één keer per maand in de voorbije drie maanden en is niet het gevolg van een lichamelijke conditie. Het is **retentief** bij een verstopping en **niet-retentief** wanneer de plaats van ontlasting abnormaal is. De prevalentie is 1,5% op de lagere school, met een groter risico op psychosociale en gedragsproblemen.
    - **Primaire/continue encopresis**: vanaf 4 jaar
    - **Secundaire/discontinue encopresis**: herval

5.3.1 Etiologie en mechanismen

Er is interactie tussen het kind en de omgevingsfactoren, met factoren op meerdere niveaus:

- Kind (angstig, prematuur, koppigheid, temperament factoren, kinderen moeten socialisatievaardigheden leren. Problemen kunnen ook komen door verhalen van anderen zoals over monsters uit het toilet)
- Ouders (overbezorgdheid, niet adequaat inspelen op rijping/ontwikkeling van kind)

Er is adequate afstemming nodig tussen de rijpings- en leerprocessen om van reflexmatige uitscheiding naar controle door de cortex te gaan. Te veel aandacht voor wat het kind nog niet kan, kan zorgen dat het misgaat door de bekrachtigende invloed van aandacht. Ook hier is er goodness-of-fit afstemming nodig.

We gaan bij de mechanismen uit van een transactioneel model: biologie beïnvloedt het socialisatieproces maar het socialisatieproces beïnvloedt ook de biologie. Socialisatie kan de rijping in gedrang brengen en ervoor zorgen dat het kind veel later zindelijk is. Als een kind te vaak op het potje wordt gezet krijgt de blaas geen kans om getraind te worden, waardoor er een beperkte blaascapaciteit is wat ook voor problemen zorgt in de nacht. Ouders leggen te veel focus op “proper” blijven waardoor kinderen ontlasting ophouden uit angst voor straf, wat voor obstipatie zorgt. Ook onder druk zetten leidt tot angst en spanning bij een kind, er kan een problematische ouder-kindrelatie ontstaan met sociaal-emotionele problemen.

5.3.2 Diagnostiek en behandelcomponenten

Bij de diagnostiek gaan we uit van multimethod, met een klinisch interview met de ouders, gedragsobservaties/dagboek, vragenlijsten en ontwikkelingsanamneses. Er is vaak een combinatie van verschillende socialisatieproblemen, zoals zindelijkheids- en eetproblemen die samen voorkomen, kinderen vermijden om naar het toilet te gaan door minder te eten en te drinken. Als de verwachtingen te hoog zijn om zindelijk te worden, dan kan dit een averse
Er zijn drie behandelingen bij enuresis:

- **Retentietraining:** waarbij we de blaascapaciteit trainen door kort uit te stellen naar het toilet te gaan, zo krijgen ze controle over hun spieren
- **Plaswekker**: ondergoed met sensoren waarbij zodra er tijdens de slaap maar één druppel in de broek komt, dan gaat de wekker af en kan het kind naar het toilet gaan. Dit is het eerste hulpmiddel.
- **Droge bed training**: een combinatie van verschillende gedragstherapeutische componenten. Dit is zeer intensief en vereist inzet van het kind en de ouders. Dit is een last resort.

Er zijn ook verschillende behandelingen voor encopresis:

- Medicatie (inschakelen van ouders en verzorgers)
- Belonen van ontlasting doen op het toilet -> leidt tot automatisering
- “Ongelukjes” negeren (of een response cost: milde straf, maar hoeft niet per sé want dit heeft een slecht invloed op het zelfbeeld van het kind
- Indien ‘t retentief is: medicatie voor opheffen obstipatie, herstel normale ontlastingspatroon

5.4 Voedingsproblemen

Voeding is heel belangrijk voor de groei en ontwikkeling van de hersenen: gevarieerd eten is net zo belangrijk als de hoeveelheid. Er zijn heel wat overgangsfasen in de eetontwikkeling waar er moeilijkheden op vlak van eten kunnen ontstaan (overgang van borstvoeding -> flesjesvoeding -> (half)vaste voeding). Leerprocessen spelen hier ook een belangrijke rol.

5.4.1 Ontwikkelingsperspectief

Kinderen leren via een leerproces hun inname te reguleren en hun smakenpallet kennen en accepteren. Voedselinname wordt automatisch gereguleerd bij baby's, dit kan worden verstoord door de buitenwereld als ouders denken dat het kind per se de fles moet. Kinderen raken hierdoor in de war en moeten de voedselinname opnieuw leren. Dit is een interactief proces met gedeelde verantwoordelijkheid, ouders mogen bepalen wat er op tafel komt en wanneer, het kind mag kiezen hoeveel het eet. Voedingsproblemen ontstaan wanneer dit proces verstoord wordt. Het is belangrijk dat het kind steeds meer controle krijgt naarmate het ouder wordt en dat er steeds meer impact is van de ruimere omgeving (bijv. leeftijdsgenootjes iets zien proeven).

5.4.2 Voedingsstoornissen

In de DSM-5 zijn de voedings- en eetstoornissen onder één categorie geplaatst.
Pica: het eten van dingen die niet eetbaar zijn
Ruminatiestoornis: het naar boven halen van voedsel en het daarna al dan niet terug inslikken
Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): een eet- of voedingsstoornis gemanifesteerd door herhaaldelijk falen om aan de nodige voedings- en of energiebehoeften te voldoen geassocieerd met één (of meerdere) van de volgende aspecten:

- Significant gewichtsverlies (of falen om de verwachte gewichtstoename te bereiken of stagnerende groei)
- Significante voedingstekorten
- Afhankelijk van sondevoeding of voedingssupplementen
- Duidelijke interferentie met psychosociaal functioneren (bijv. op school uitgesloten worden omdat ze 's middags niks eten, verplicht aan tafel te blijven zitten tot alles op is)

Dit herken je aan het hebben van weinig interesse in eten, vergeten van eten, voeding vermijden op basis van sensorische kenmerken (bijv. omdat het groen is), zich zorgen maken over de aversieve gevolgen van het eten (bijv. bang zijn om zich te verslikken). Hierdoor gaan ze veel minder eten, op termijn zal er een falen ontstaan om aan de energiebehoeften te voldoen. Dit kan zelfs leiden tot een afhankelijkheid van sondevoeding of voedingssupplementen.
ARFID wordt niet beter verklaard door een gebrek aan toegankelijkheid van voedsel of een cultureel gebruik, niet exclusief tijdens anorexia/bulimia nervosa en geen bewijs voor een verstoring in de manier waarop iemands lichaam of gewicht wordt ervaren. Dit wordt niet toegewezen aan een gelijktijdige medische conditie of kan niet beter verklaard worden door een andere mentale stoornis.
Voedselaversie: aangeleerde associatie (voedsel-misselijkheid), bijv. door ziekte/ruzies/dwang
Slikfobie: vaak na traumatische ervaring van verstikking
Failure to thrive: geen verwachte gewichtstoename, er is een algemene groeistoornis (heeft vaak te maken met trauma of kinderen die in een instelling opgegroeid zijn)

5.4.3 Prevalentie en verloop

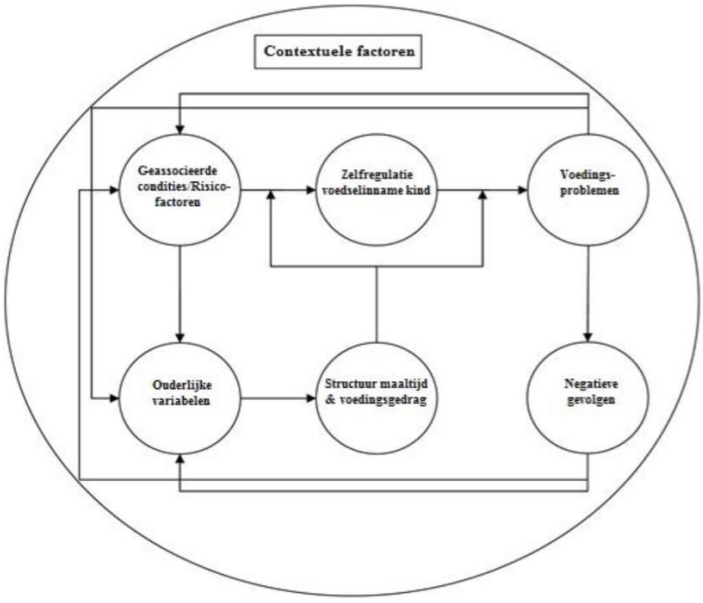
25-45% van de kinderen ervaren eet/voedingsproblemen. In de periode van 9 maanden tot 7 jaar is er bij 50% één voedingsprobleem en bij 20% meer dan één voedingsprobleem. Kinderen met ontwikkelingsstoornissen hebben tot 85% een voedingsprobleem. Bij ontwikkelingsstoornissen zijn er vaak kenmerken die doen denken aan autisme.
Voedingsproblemen in de vroege kindertijd blijven stabiel door de kindertijd en adolescentie heen, en het is voorspellend voor AN en BN op latere leeftijd (vandaar dat de stoornissen onder één categorie staan). Het is belangrijk om tijdig in te grijpen.

5.4.4 Ontwikkeling

Het is belangrijk om te kijken of de voedingsproblemen ontwikkelingsadequaat zijn. Je moet kijken naar de duur van de problemen, de psychosociale gevolgen (kijken wat er veranderd is sinds het ontstaan van het probleem) en de medische gevolgen (bijv. gewichtsverlies, vitaminetekorten etc.). Het is belangrijk om multidisciplinair te werken, samen met bijvoorbeeld een arts of logopedist. Ook moet je zicht krijgen op de groei van het kind en op de lichamelijke ontwikkeling, hierbij kan men gebruik maken van curves (bepalen gewicht en lengte). Er zijn kinderen bij wie vanaf de geboorte het gewicht precies gemiddeld was, maar er zijn ook kinderen die vanaf de geboorte een heel laag gewicht hebben. Zolang dat men mooi de ontwikkeling blijft volgen is dit geen probleem maar als men afwijkingen ziet moet dit wel goed opgevolgd worden. De ontwikkeling voor voedselvoorkeuren start al tijdens de zwangerschap. Als de moeder gevarieerd eet is dit een protectieve factor voor het ontwikkelen van voedingsproblemen later. Ook borstvoeding is protectiever dan flesjesvoeding, omdat hier meer variatie in zit. Rond 18 maanden ontwikkelen kinderen **neofobie**, kinderen worden plots bang om nieuwe dingen te gaan proeven. Dit kan evolutionair verklaard worden (je moest vroeger niet zo maar alles eten wat je vond). Neofobie is vaak een grote barrière voor de ontwikkeling naar een gezond en gevarieerd eetpatroon, en het kan leiden tot picky eating. Ouders hebben hier een grote invloed in, als ze snel zullen toegeven en iets klaarmaken zodat het kind het wel lust, zal het kind het nooit leren en daarnaast leren dat hij zijn eigen zin kan doordrijven. Hierdoor zal het kind nooit gewend raken aan de smaken. Voedselvoorkeuren worden steeds meer bepaald in interactie met sociale omgeving. Er zijn verschillende fasen in de eetontwikkeling:

Leeftijd (maanden)	Wat kan het kind met zijn mond?	Wat kan het kind met zijn lichaam?	Wat kan mijn kind eten?
4 à 6	Voedseltransport van voor naar achter. Bewustere mondbewegingen.	Leert grijpen	Gepureerde voeding, passief met de lepel in de mond gebracht
6 à 8	Beginnende kauwbewegingen	Geeft door van hand naar hand	Gepureerde voeding actief afhappen van de lepel
8 à 12	Kauwbewegingen, tongbewegingen die de voedselbrok in de mond houden, zelf voeding naar de mond brengen	Zit alleen, ellebogen, los van de romp, kan zelf beker naar de mond brengen	Brokjesvoeding (grof gemalen of geplet), koekje of korstje uit de hand
12 à 18	Verdere verfijning van het kauwen, betere zijdelingse tongbewegingen	Leert lopen, leert alleen eten, kan lepel naar de mond brengen	Zachte of fijngesneden voeding, vlees meestal gemalen
18 à 24	Kauwen en ronddraaien tussen kiezen	Eet zelfstandig	Zacht vlees, rauwe groenten en fruit

Tot de leeftijd van 2 jaar is het normaal dat kinderen alles in de mond steken (uitsluitingscriteria voor Pica). Er bestaat ook een koppigheidsfase. Kleuters streven naar autonomie en zelfstandigheid (dit kan zorgen voor een strijd aan tafel).



5.4.5 Etiologie, mechanismen en diagnostiek

Hiernaast staat het biopsychosociaal model (Berlin et al., 2009). Hier wordt uitgegaan van een misfit tussen het kind en de omgeving, dit is een transactionele visie. De ouders spelen een belangrijke rol in het aanbieden van gevarieerd voedsel, de interactie tussen kind en omgevingsfactoren is dus belangrijk. Ook biologische factoren spelen mee, onder andere oraal-motorische, cardiorespiratoire, metabole, neurologische aandoening en voedselallergie. Ook

kindfactoren zoals temperament (kinderen met veel angst gaan minder snel over de neofobie heen geraken dan minder angstige kinderen) en problemen met zelfregulatie (te weinig eten tot overregulatie) spelen mee. Ouderfactoren spelen ook mee, waaronder ouderlijke vaardigheden (druk/controle, te veel restrictie omtrent eten, belonen/troosten met voeding en inconsequente aanpak), onvoldoende sensitiviteit en responsiviteit, verdeeldheid tussen de ouders (bijv. scheiding, ouders met verschillende regels) en emotionele deprivatie/verwaarlozing. Als laatste spelen ook socioculturele factoren een rol, wegens maatschappelijke evoluties die eetgedrag beïnvloeden. Hieronder vallen media (bijv. reclame), voedselomgeving/cultuur en **Food-Away-from-Home** (steeds meer gezinnen gaan afhalen/uit eten).
Bij de diagnostiek gaan we uit van een multidisciplinaire aanpak (psycholoog, pediater, voedingsdeskundige, logopedist). Je sluit eerst medische/motorische oorzaken uit. Ook werken we multi-method, we brengen het eetpatroon in kaart (eetdagboek), nemen een klinisch interview en voedingsanamnese af en bekijken we de interactie tussen ouder en kind via video/observaties en ABC-schema's. Als laatste brengen we kind- en ouderfactoren in kaart door vragenlijsten.

5.4.6 Behandelcomponenten

Shaping: steeds kleine hoeveelheden toevoegen
Fading: steeds minder extra hulp, probeer zelfstandig eten te bevorderen
We leggen de focus niet op het voedsel maar op de voedingsrelatie. In behandeling wordt er soms gebruik gemaakt van **honger-manipulatie** (consequent niets aanbieden tussen maaltijden en zo de noodbevrediging laten uitstellen tot de volgende maaltijd). Consequentie is hier zeer belangrijk bij, dit is vaak erg moeilijk voor ouders. Bij stimuluscontrole is het hebben van een vaste plaats (een eetritueel) belangrijk, net als shaping en fading. Het doel moet niet zijn dat het kind een bepaalde groente super lekker gaat vinden, wel dat het kind het durft te proeven en zo de neofobie kan overwinnen en smaken leren kennen. Indien er veel angst is om te proeven doen we aan **exposure**: hierbij leert het kind om eten in de mond te nemen, te kauwen en het dan weer terug uit de mond te halen. Via kleine stapjes leren ze zo de angst te overwinnen. Het is belangrijk om te werken met de ouders via psycho-educatie, moddeling, positieve ondersteuning en wanneer met moet belonen. Let op, belonen met voeding is nefast!
De gouden regel is dat ouders bepalen wat een kind eet en wanneer, en dat het kind bepaalt hoeveel het eet. Er is gedeelde verantwoordelijkheid, zowel de ouders als de kinderen voelen zich hier goed bij. Het kind heeft controle over de hoeveelheid en de ouders leren om het kind los te laten maar houden toch nog wat controle.

5.5 Conclusie

Er is een wisselwerking tussen rijping en leerprocessen. Een onjuiste afstemming tussen ouder en kind bleek de oorzaak te zijn binnen diverse trainingsstudies. Voedings- of eetproblemen kunnen onderdeel zijn van een algemeen opvoedingsprobleem of gezinsprobleem. De assessment en interventies zijn klachtgericht en er moet aandacht zijn voor algemeen functioneren van het kind en het gezin.

Hoofdstuk 6: eetstoornissen bij adolescenten

6.1 Eetstoornissen

Christopher Fairburn (2001) gaf de volgende definitie: een persistente verstoring van het eetgedrag of gedrag dat bedoeld is om het gewicht te controleren en dat zorgt voor een significante aantasting van de fysieke gezondheid en/of het psychosociaal functioneren en niet secundair is aan een algemene medische conditie of een andere psychiatrische stoornis. Binnen de DSM-5 zijn er verschillende diagnoses: pica, ruminatiestoornis, vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge eating disorder en restcategorieën (gespecificeerde en ongespecificerede voedings- of eetstoornis). In DSM-5 wordt ook veel meer rekening gehouden met criteria die van toepassing zijn voor kinderen en adolescenten met meer focus op gedragingen die ouders kunnen rapporteren.

6.2 Anorexia Nervosa (DSM-5)

A. Restrictie van energie-inname relatief ten opzichte van wat men nodig heeft resulterende in een significant te laag gewicht rekening houdend met leeftijd, geslacht, ontwikkelingsfase en fysieke gezondheid.
B. Een intense angst om in gewicht toe te nemen of dik te worden, of persistent gedrag dat gewichtstoename belet, terwijl er juist sprake is van een significant te laag gewicht
C. Een verstoring in de manier waarop de patiënt haar gewicht of lichaamsvormen ervaart, waarbij er een zeer grote invloed van gewicht en lichaamsvormen is op de zelf-evaluatie of een hardnekkig gebrek aan erkenning van de ernst van het lage gewicht

Er zijn hierbinnen twee subtypes: het beperkende type (te weinig calorieën opnemen) en het eetbuien-purgerende type (achteraf compenseren).

Anorectisch gewicht	BMI < 17.5
Ondergewicht	17.5 < BMI < 18.5
Normaal gewicht	18.5 < BMI < 25
Overgewicht	25 < BMI < 30
Obesitas	BMI > 30

BMI = gewicht/(lengte in cm's^2). BMI is echter niet zo'n goede maatstaf bij kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar. In plaats daarvan gebruiken we groeiscores, BMI z-scores en adjusted BMI.
Adjusted BMI = (actuele BMI/normale BMI voor leeftijd) x 100.

Ondergewicht	ABMI < 90%
Normaal gewicht	90% < ABMI < 120%
Obesitas	120% < ABMI < 140%
Ernstige (morbide) obesitas	ABMI > 160%

In de praktijk ga je niet iemand wegsturen als de BMI normaal is, het gewicht kan snel veranderen en dit kan onderscheid maken tot welke categorie iemand hoort, de psychologische en cognitieve symptomen blijven echter hetzelfde. We zien vaak dat bij deze jongeren dat het hun gelukkig maakt hoe de buitenwereld ziet en hoe hun lichaam eruit ziet (bijv. mager zijn, goede punten halen etc.). Het is belangrijk dat naar de behandeling toe de verdeling in het cirkeldiagram verandert doordat ook andere dingen opgenomen worden die de jongere gelukkig maken (bijv. hobby's, leuke vrienden etc.). Het gewicht aspect zal nooit volledig uit de cirkel kunnen verdwijnen, maar de stukken die ze innemen in de cirkel kunnen wel verkleind worden door andere zaken toe te voegen.
Onder de lichamelijke kenmerken van AN valt gewichtsvermindering, amenorroe (uitblijven menstruatie), obstipatie, droge huid, daling van het basaal metabolisme (leidt tot koude handen en voeten), aantasting hartspier, aantasting executieve functies in de hersenen en daling immuunsysteem. Onder de psychische en sociale aspecten van AN valt de angst om volwassen te worden, perfectionisme, labiele stemming en isolement.

6.3 Bulimia Nervosa (DSM-5)

A. Recidiverende periodes van eetbuien waarbij een eetbui bestaat uit het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel in korte tijd, en daarnaast is er een gevoel van controleverlies over eten tijdens de eetbui
B. Recidiverende inadequate compensatiegedragingen met als doel gewichtstoename te voorkomen

C. Zowel de eetbuien als het compensatiegedrag moeten gemiddeld minstens éénmaal per week gedurende drie maanden voorkomen
D. De zelf-evaluatie is overdreven beïnvloed door lichaamsvormen en gewicht
E. De stoornis komt niet exclusief voor tijdens episoden van AN

Je kan niet AN en BN hebben, maar je kan wel eerst de ene stoornis hebben en later de andere stoornis ontwikkelen. Eetbuien zijn een mogelijk symptoom bij AN, BN en Binge Eating Disorder. Als er geen controleverlies is, kan je niet van een eetbui spreken maar van overeten. Bij controleverlies spreken we van een eetbui. Bij AN komen subjectieve eetbuien meer voor en bij BN komen objectieve eetbuien meer voor.

	Grote hoeveelheid	Geen grote hoeveelheid
Controleverlies	Objectieve eetbui	Subjectieve eetbui
Geen controleverlies	Objectief overeten	Subjectief overeten

Objectieve eetbui: andere mensen zouden deze hoeveelheid ook als groot omschrijven
Subjectieve eetbui: niet echt een grote hoeveelheid voedsel
Er zijn verschillende vormen van compenserend gedrag, namelijk vasten, zelfopgewekt braken, misbruik van laxantia/diuretica/medicatie en intensieve lichaamsbeweging. Compenserend gedrag komt steeds voor met als doel iets aan het gewicht of het lichaam te veranderen. Het zit vaak verborgen, dus je moet letten op de signalen (excuses om niet te eten, met eten spelen, excuses na de maaltijd, overbeweeglijkheid en in conditie willen blijven). Onder de lichamelijke kenmerken van BN vallen gewichtsschommelingen, uitrekken van de maag, een tekort aan vitaminen, nier-, lever- en darmstoornissen, maaguitrekking en andere lichamelijke stoornissen door het compenseren.(bijv. hartritmestoornissen en letsel aan de slokdarm). Onder de psychische aspecten vallen gewichtsobsessie, schaamte en angst voor controleverlies en stemmingswisselingen. Er is vaak geen ondergewicht, maar dat wil niet zeggen dat men er niet obsessief mee bezig is.

5.4 Binge Eating Disorder (DSM-5)

A. Recidiverende periodes van eetbuien (grote hoeveelheid en lichamelijke compensatie)
B. De eetbuien zijn geassocieerd met drie (of meer) van de volgende karakteristieken
    a. Er wordt veel snellere gegeten dan gewoonlijk
    b. Er wordt doorgegeten totdat men zich ongemakkelijk vol voelt
    c. Er worden grote hoeveelheden gegeten zonder honger te hebben
    d. Er wordt heimelijk gegeten omwille van de schaamte over de hoeveelheid voedsel
    e. Men walgt van zichzelf en voelt zich depressief of schuldig na de eetbui
C. De eetbuien brengen heel wat stress met zich mee
D. De eetbuien komen gemiddeld minstens éénmaal per week gedurende 3 maanden voor
E. De eetbuien zijn niet geassocieerd met recidiverende inadequate compensatiegedragingen zoals bij BN en treden niet exclusief op tijdens episodes van BN of AN

BED is erbij gekomen in de DSM-5. Het is te vergelijken met BN (objectieve eetbuien), maar er wordt achteraf niet voor gecompenseerd. Onder de lichamelijke kenmerken van BED vallen gewichtstoename, basaal metabolisme is verstoord, maaguitrekking en andere lichamelijke stoornissen. Onder de psychische en sociale aspecten vallen discriminatie, laag zelfbeeld, schaamte en schuldgevoelens. Door de schaamte en schuldgevoelens trekken ze zich terug en beginnen ze weer emotioneel te eten (vicieuze cirkel).

5.5 Andere gespecificeerde eetstoornissen (DSM-5)

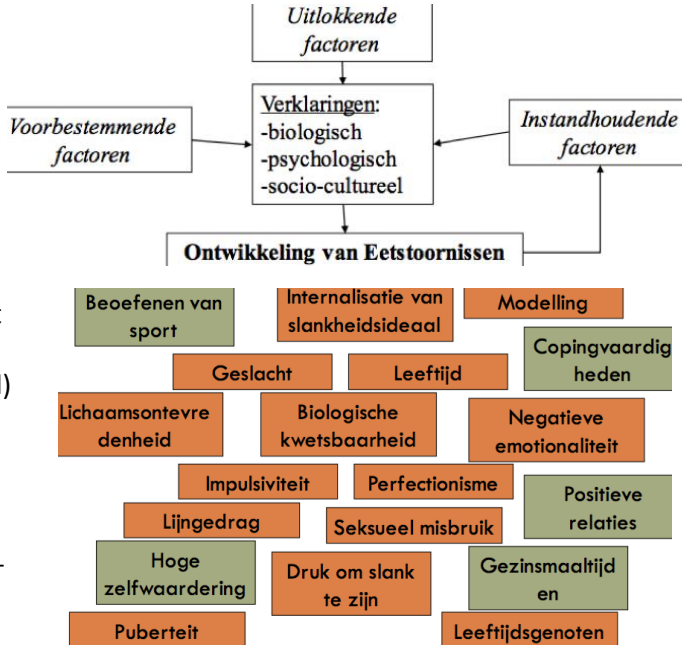
Atypische AN: alle criteria van AN maar ondanks significant gewichtsverlies valt het gewicht van het individu nog steeds binnen of boven het normale bereik
Purgeerstoornis: inadequaat compensatiegedrag na het nuttigen van een geringe hoeveelheid voedsel, in afwezigheid van eetbuien
Night eating syndrome: nachtelijk eten nadat men al gaan slapen is of excessieve voedselinname na het avondmaal (dit maakt geen deel uit van slaapwandelen, of kan niet verklaard worden door

veranderingen in de slaap-waakcyclus of plaatselijke sociale normen). Deze stoornis zit nog niet in de DSM-5 maar er wordt over gedacht deze op te nemen in de volgende DSM.
Men kan ook voldoen aan alle criteria van BN of BED, maar waarbij de eetbuien en/of het compensatiegedrag treden niet frequent genoeg op.

5.6 Prevalentie, verloop en prognose van eetstoornissen

Bij adolescenten komen DSM-5 eetstoornissen bij meisjes 5,7% voor en bij jongens 1,2%. De man/vrouw verhouding is 1/9 bij AN en BN, en 1/3 bij BED. Van de obesen die behandeling zoeken heeft 1/3 BED. Slechts een beperkte groep zoekt professionele hulp: 33% bij AN en 6% bij BN. In België zijn 12,5% met eetstoornissen jonger dan 15 jaar, en 44% is 15 tot 20 jaar. Adolescenten en jongvolwassenen vormen dus een grote risicogroep. Er zijn al mogelijke voorlopers op jongere leeftijd te detecteren, zoals lichaamstevredenheid, ongezonde dieettechnieken en eetbuien. Jongeren met overgewicht en eetbuien vormen een risicogroep. Uit longitudinale studies blijkt dat stabiliteit in eetbuien een grotere kans geeft op subklinische/klinische eetstoornissen. In de praktijk merken we vaak dat anderen aan de alarmbel trekken dan dat de jongeren zelf hulp zoeken, omdat ze eerder voordelen ervaren van de eetstoornis. Zolang dit opweegt tegen de nadelen is de kans klein dat men gemotiveerd is om hulp te gaan zoeken.
De aanvangsleeftijd van AN is vroeg in de adolescentie, maar BN later. Het duurt van 6 maanden tot tientallen jaren. Er is soms overgang van de ene eetstoornis naar de andere. AN wordt vaak gezien als iets dat moeilijk vol te houden is, daarom wordt er overgeschakeld op een andere eetstoornis die langer vol te houden is. 50% van de VN-patiënten herstelt volledig na behandeling, 30% verbetert maar herstelt niet volledig, 20% herstelt niet (chronisch). Hoe vroeger behandeling gestart wordt des te gunstiger de prognose, maar er zijn hoge moraliteitscijfers (5 à 10% bij AN). Het ondergewicht zorgt voor grote medische complicaties, of er wordt zelfmoord gepleegd. In België is de gemiddelde ziekteduur 5,5 jaar, met 20% een **chronische eetstoornis** (>8 jaar) heeft.

5.7 Ontstaan en instandhouding



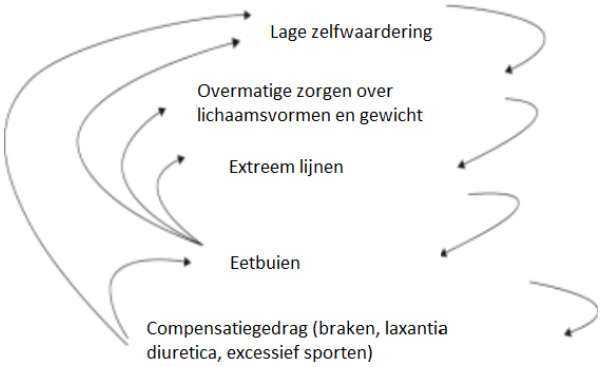
Er zijn duizenden artikels over risicofactoren die zijn bijeengebracht in een multicausaal model (Jansen, 2001). Dit staat hiernaast. De assumptie is dat er steeds een mix van factoren is (verschillend per individu die leiden tot eetstoornissen. Dezelfde mix leidt bij twee verschillende individuen niet noodzakelijk tot een eetstoornis, de persoon die het niet krijgt zal meer protectieve factoren hebben. Hiernaast staan risicofactoren (rood) en protectieve factoren (rood) afgebeeld. Ook gezinscontext is erg belangrijk om te bevragen, net als de ruimere context. Het multicausale model bestaat uit uitlokkende, instandhoudende en voorbestemmende factoren. Er zijn biologische, psychologische en socio-culturele verklaringen. De socio-culturele verklaringen zijn als volgt:

- Schoonheidsidealen door de eeuwen heen
- Socio-culturelen in de 20ste eeuw
- Er wordt vaak gedacht dat het enkel bij vrouwen voorkomt, maar het komt ook voor bij mannen. Bij jongens zal in de adolescentie meer de focus komen te liggen op gespierd zijn dan mager.
- Socio-cultureel perspectief: onrealistische schoonheidsidealen in de huidige samenleving -> het versterken van de wens/het verlangen om slank te zijn -> worden aanvaard en geïnternaliseerd maar zijn bijna onmogelijk om te bereiken -> risico op lichaamsontevredenheid.

- Rol van sociale vergelijking, dit zijn cognitieve beoordelingen die iemand maakt over zichzelf en zijn eigen competenties in vergelijking met anderen (of de media). Vergelijkingen met betrekking tot het lichaam beginnen vooral een rol te spelen in de late kindertijd/vroege adolescentie door lichamelijke/hormonale veranderingen, het zoeken naar de eigen identiteit en een groter belang van de ruimere sociale omgeving.
- Boodschappers van deze idealen
    - Familie: via modeling, negatieve commentaren op gewicht en lichaam en de beschikbaarheid/sensitiviteit/responsiviteit
    - Leeftijdsgenoten: via modeling, negatieve commentaren op gewicht en lichaam, pesten, het belang van behoren tot de groep (praten over eten, gewicht en lichaam), het vermijden van sociale afwijzing/uitsluiting. Protectieve factoren zijn positieve communicatie met vrienden en hechte vriendschapsrelaties.
    - Media: onrealistisch beeld door actrices met ondergewicht, airbrushing, cosmetische chirurgie en Photoshop
- Sociale media: meer tijd op het internet zorgt voor meer internalisatie van het slankheidsideaal, meer waakzaamheid over lichaam en meer gedrevenheid om slank te zijn. Dit zien we vooral bij Facebook-gebruik (let op, enkel correlatie, geen causatie).

5.8 Modellen met betrekking tot instandhouding: transactioneel

5.8.1 Restraint Model (Fairburn en Wilson, 1993)



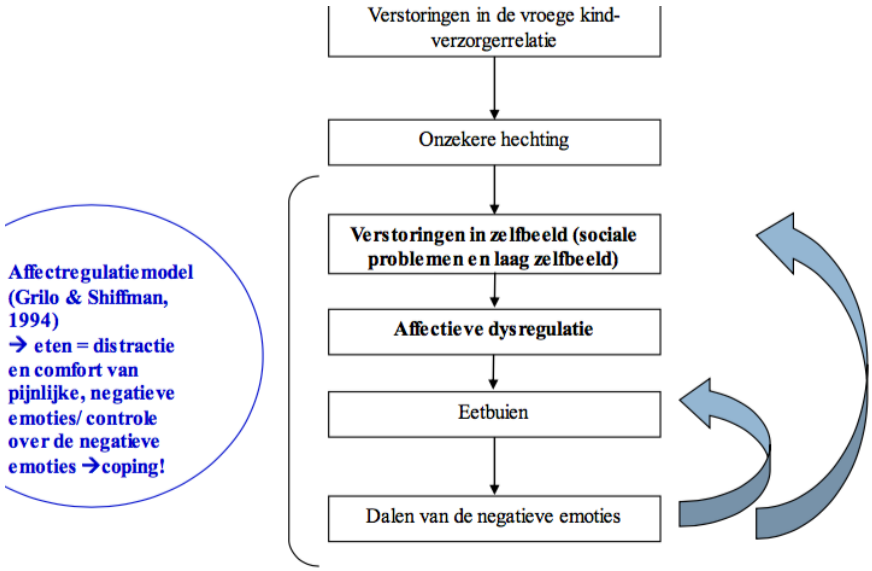
Cognitief-gedragsmatige conceptualisering van eetbuien (Fairburn & Wilson, 1993)

Hiernaast staat het cognitief/gedragsmatig **Restraint Model**. Hierin wordt een verklaring gegeven voor hoe een lage zelfwaardering kan leiden tot eetbuien. Lage zelfwaardering en zorgen over het lichaam waardoor de persoon actie gaat ondernemen en extreem gaat lijnen. Op een bepaald moment gaat men breken waardoor er controleverlies over eten ontstaat. Bij BED stopt hier de verklaring, maar de pijlen kunnen ook terugkeren waardoor men spijt en schuld ervaart wat gaat inwerken op het zelfbeeld. Men gaat nadenken over compensatiegedrag, na het compenseren ervaart men weer schuld en spijt (vicieuze cirkel). Er kan sprake zijn van een jojo-effect (lijnen, zondigen en opnieuw beginnen).

5.8.2 Interpersoonlijk Kwetsbaarheidsmodel (Wilfley, Pike en Striegel-Moore, 1997)

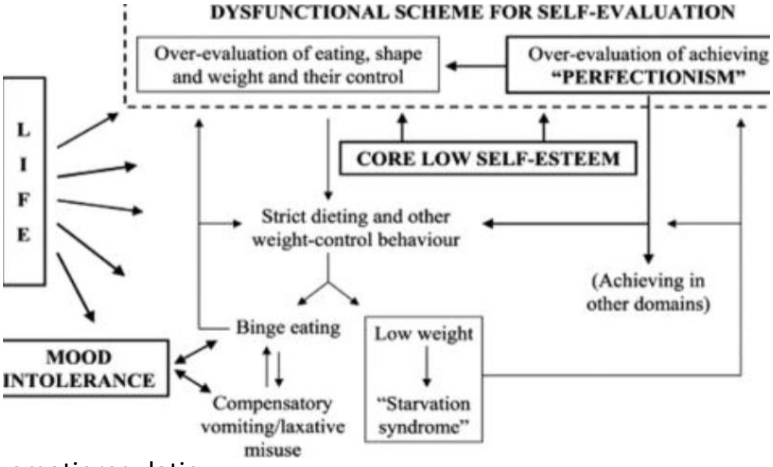
Hiernaast staat het interpersoonlijk kwetsbaarheidsmodel afgebeeld. Gehechtheid heeft een grote invloed op de manier waarop kinderen met hun emoties omgaan, als dit niet goed zit kan dit voor verstoringen in het zelfbeeld zorgen. Eten wordt gezien als een distractie, dit zorgt voor een tijdelijke afleiding van de negatieve emoties (net als drugs en alcohol). Het probleem is dat de negatieve emoties terugkeren en men gaat meer eten nodig hebben om hetzelfde effect te krijgen.

Maladaptieve emotieregulatie: eten als een strategie gebruiken om emoties te kunnen reguleren.



5.8.3 Transdiagnostisch model eetstoornissen (Fairburn, Cooper en Shafran, 2003)

Hiernaast staat het transdiagnostisch model eetstoornissen afgebeeld. De twee vorige modellen zijn samengebracht in dit model. Volgens de auteur is dit model toepasbaar op alle eetstoornissen, je ziet de combinatie van de verschillende mechanismen.



5.9 Mechanismen van pathologisch eetgedrag bij adolescenten

Er zijn er twee factoren die een rol spelen, namelijk temperament/executief functioneren en emotieregulatie.

5.9.1 Temparement/executief functioneren

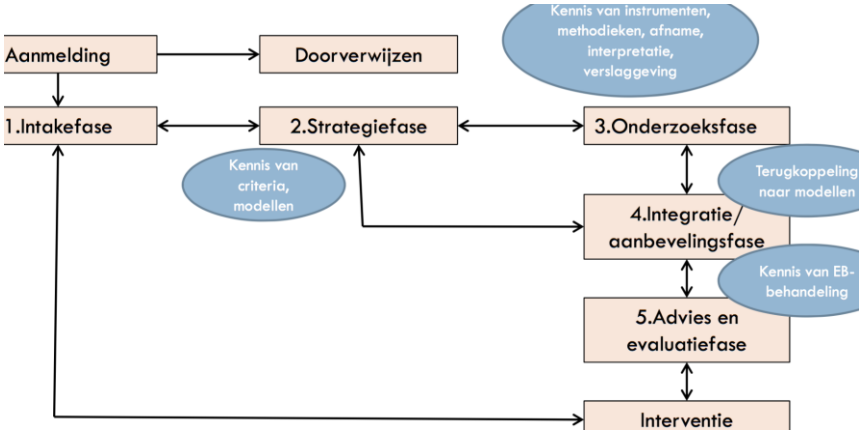
Uit onderzoek bleek dat een combinatie tussen hoge beloning (SR) en hoge SP (gevoeligheid voor straf) leidt tot meer pathologisch eetgedrag en lichaamsontevredenheid (Matton et al., 2013). Een belangrijke kanttekening bij de modellen is dat ze afkomstig zijn uit de literatuur over eetstoornissen bij volwassenen. De executieve functies zouden veel kunnen verklaren maar dit is nog redelijk nieuw zoek. Andere bottom-up processen zoals informatieverwerkingsbiases worden steeds meer onderzocht. Adolescenten met een eetbuistoornis zouden een aandachtsbias hebben naar voedsel toe (Schmidt et al., 2016). Dit kan mogelijks verklaren waarom ze in hun omgeving eerder toenadering zullen zoeken tot voedsel. Zelfregulatie heeft anderzijds ook te maken met top-down processen, hierover staat een artikel op Minerva.
Dual Process Theory: de hypothese is dat dit transdiagnostisch kan verklaren waarom bepaalde jongeren eetproblemen hebben
Het ultieme doel is om door de mechanismen in kaart te brengen de behandeling kunnen verbeteren. Er moet gezocht worden naar andere technieken om jongeren meer hun eigen eetgedrag te laten controleren.

5.9.2 Emotieregulatie

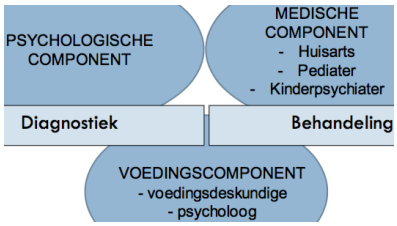
Bij adolescenten binnen de algemene populatie bleek via de FEEL-KJ dat er meer maladaptieve ER-strategieën bij jongeren met eetbuien waren en minder adaptieve ER-strategieën bij meisjes met eetbuien: ze zijn minder probleemgericht handelen, aanvaarden, humor, afleiding zoeken en cognitieve probleemstelling (Goossens et al., 2016) . Dit kan verklaren waarom we de eetproblemen meer bij meisjes dan jongens zien. Emotieregulatie blijkt een mogelijke verklarende factor te zijn voor eetproblemen, voornamelijk restrictief diëten. Uit recent onderzoek (Van Wolvelaer et al., 2017) is gebleken dat meisjes met AN veel meer maladaptieve strategieën en minder adaptieve strategieën vertonen dan meisjes zonder AN.

5.10 Diagnostiek

We detecteren signalen op verschillende domeinen: thuis (veranderingen in gewicht, gedrag tijdens maaltijden, obsessief bezig met eten, gewicht en lichaam, lichamelijke signalen), school (fysiek, gedrag, sociaal en emotioneel), vrije tijd (stijging/daling energieniveau en sociale activiteiten gelinkt aan eten). Men moet alert zijn voor de signalen, door tijdig in te grijpen is er een betere prognose. We kijken naar ernst, duur en of het geïsoleerd is of andere signalen. De assessment gaat pas beginnen als er vanuit een bepaalde omgeving signalen zijn aangegeven. De psychologische assessment is multi-disciplinair, multi-methodisch, multi-informant, ontwikkelingsgericht en handelingsgericht. Onder handelingsgericht kijken we naar het onderkennende (ernst, duur, gevolgen van de symptomen, comorbiditeit), het verklarende (kind-in-context) en de protectieve factoren. Dit doen we volgens het model van Pameijer (zie afbeelding volgende pagina).



Strategiefase: op basis van een eerste gesprek stel je verklaringshypotheses op
Onderzoeksfase: hypotheses toetsen
Integratiefase: hypothese en onderzoeksresultaten integreren
Adviesfase: advies geven naar bijv. de ouders toe en het voorstellen van mogelijke behandelingen
Bij eetstoornissen werken we multidisciplinair:



- Psychologische component
  - Diagnostiek
    - Onderkennend (welk eetprobleem, ernst, comorbiditeit)
    - Verklarend (hoe is het ontstaan en instandgehouden)
    - Indicerend (welke interventies)
  - Ondersteunde rol: motiveren, stimuleren, aandacht voor de schuldvraag, gezinsconflicten en psychosociale gevolgen/problematieken
- Voedingscomponent
  Voedingsanamnese: inzicht in het (di)eetpatroon van de jongere
- Medische component
  - Tijdig herkennen van (zich ontwikkelende) eetstoornis en differentiaal diagnose met andere medische aandoeningen
  - Assessment van de huidige fysieke toestand: welke fysieke gevolgen zijn reeds aanwezig (en opvolging hiervan door het proces heen)
  - Inschatting van ernst in functie van de doorverwijzing

We brengen eetproblematiek in kaart via een klinisch interview, vragenlijsten, observatiematen. Daarnaast kijken we, afhankelijk van de hypothesen, naar geassocieerde problematiek en onderliggende mechanismen om een zo volledig mogelijk beeld te creëren (bijv. depressieve symptomen, zelfbeeld, cognitieve schema's, temperament en persoonlijkheid, emotieregulatie, life-events en omgevings/gezinsfactoren. We kijken ook naar de relevante ontwikkelstaken in een bepaalde levensfase, het is belangrijk hiernaar te vragen in de diagnostiek, waaronder het leren omgaan met de ruimere sociale omgeving, leeftijdsgenoten, veranderingen in het lichaam ten gevolge van de puberteit, het leren loskomen van de ouders, het leren afwegen van normen/waarden en het opbouwen van de eigen identiteit. Aan de hand van een getoetst integratief beeld dat we samenstellen over een patiënt kunnen we hypothesen duidelijk maken. Op basis hiervan kunnen we bespreken met de ouders hoe we dit gaan aanpakken. Alles wordt aan elkaar gelinkt en daarom is het belangrijk dat de onderzoeksfase goed verloopt.

5.11 Behandeling

Bij jongeren moeten we binnen de behandeling rekening houden met ontwikkelingsfase/taken en de motivatie (ze worden vaak aangemeld door de ouders). Daarnaast kunnen er ook medische complicaties zijn ontstaan zoals groeiachterstand, uitbijvende menstruaties en osteoporose. Ouders worden betrokken in de therapie voor steun en psycho-educatie maar ook praktische hulp zoals het plannen van maaltijden. Er is een voorkeur voor een multidisciplinaire ambulante setting omdat dit dichter bij het alledaagse leefmilieu ligt (minder ingrijpen) en men aan stepped care kan doen. Er wordt soms toch direct doorverwezen naar een residentiele setting als er een medisch of psychiatrisch risico is. Wanneer de stoornis heel lang duurt of wanneer de ambulante behandeling niet voldoende blijkt wordt er ook doorverwezen naar een residentiële setting. Bij adolescenten met AN is er vooral evidentie voor de **FBT** (**family based therapy**). Bij BN is er vooral evidentie voor CGT

en IPT (interpersoonlijke therapie). Bij een eetbuistoornis is er vooral evidentie voor guided self help, indien nodig aangevuld met CBT.

5.11.1 Behandeling Anorexia Nervosa

De behandeling bij AN staat los van het theoretisch model over de oorzaak (in tegenstelling tot BN). Er wordt gebruik gemaakt van voedingsprogramma's, het overwinnen van weerstand tegen verandering, veranderen van het lichaamsbeeld en irrationele cognities, verschillende soorten therapieën en vaak herhaalde langdurige opnames. 55% verbetert (remissie, niet abstinent) op een 6 jaar FU, 6% is gestorven (Fichter en Quadflieg, 1999). Tegenwoordig wordt er gekeken naar familietherapie (FBT) en CBT. FBT werkt protocollair met 20 sessies voor adolescenten met AN (12-18 jaar). Het gezin is een essentiële component van de behandeling. Men betrekt de familie als een coach bij de behandeling. Dit is zeer intensief want het hele gezin moet telkens mee naar de sessie komen. Als er geen goed netwerk is, is dit een tegenindicatie om FBT op te starten. FBT bestaat uit drie fasen:

1. Refeeding (gewichtsherstel)
   Gezin neemt de controle van de jongere over om te eten. Ze gaan proberen de jongere te motiveren om bijv. één schepje meer te eten
2. Controle terug overdragen naar de jongere
3. Adolescenten-issues
   Terugplaatsen van de adolescent in de adolescentiefase (terug in contact brengen met leeftijdsgenoten, identiteit terug opbouwen). Hierbij moet rekening worden gehouden met de ontwikkelingstaken van de ouders, ze moeten kun kind terug loslaten en leren te vertrouwen.

Vergeleken met gewone individuele therapie was er direct na de behandeling niet veel verschil, maar uit een follow-up studie bleek dat FBT een veel langer effect had. Daarnaast was er een grotere tevredenheid over de manier van werken bij de ouders en de jongeren.

5.11.2 Behandeling Bulimia

- CBT
  Het doel is het veranderen van specifieke gedragingen en gedachten die de eetstoornis onderhouden. We werken hier protocollair. In het basisprotocol maken we gebruik van 20 sessies met 2 globale fases:
  1. Fase 1: voorbereidend werk (psycho-educatie en motivatie) en het normaliseren en herwinnen van controle over eetgedrag (dieetmanagement).
  2. Fase 2: doorbreken van zichzelf versterkende processen (exposure, cognitieve interventies). Hier leren we omgaan met triggers en negatieve emoties, we gaan cognitief herstructureren.
- CBT-E
  Een uitgebreide versie van CBT waarbij de focus leggen op overige factoren die de eetstoornis in stand houden, waaronder emotieregulatieproblemen, klinisch perfectionisme, extreem laag zelfbeeld en interpersoonlijke problemen.
- IPT
  Dit is oorspronkelijk ontwikkeld voor depressie en is gegroeid vanuit principes (attachment theory). We werken protocollair (16-20 sessies) en leggen niet de focus op de symptomen. Het doel is je richten op de wederkerige relaties tussen stemming en interpersoonlijke ervaringen, focust zich niet op verklarende interpersoonlijke mechanismen (huidige rollen, in hier en nu). Er zijn hier drie fasen:

1. Identificatie en clustering van huidige interpersoonlijke problemen (4 sessies)
2. Focus voor behandeling bepalen (4 sessies)
3. Inoefenen via rollenspel en hervalpreventie (8 sessies)

CBT is de voorkeursbehandeling maar tegenwoordig wordt IPT ook gebruikt. Bij eetstoornissen waarbij er interpersoonlijke mechanismen naar voren zijn gekomen als instandhoudende factoren kan IPT zeker helpen. Uit studies blijkt dat bij een deel CBT werkt, maar niet bij iedereen. Bij adolescenten is hier nog bijna geen onderzoek over gedaan. CBT komt sneller tot resultaten (op vlak van herstel, remissie en het behalen van "normale" vorm van eetgedrag) maar op termijn zien we dat IPT een inhaalbeweging doet zodat ze uiteindelijk beiden gelijk zijn. Bij IPT duurt het langer omdat je aan de onderliggende mechanismen werkt terwijl je bij CBT enkel op de symptomen werkt, waardoor er bij CBT meer kans is op herval. CBT blijkt veel effectiever dan niets doen, en de korte CBT (de normale) is als standaardbehandeling de beste behandeling. Enkel bij patiënten met uitgesproken perfectionisme, mood intolerance, laag zelfbeeld en interpersoonlijke problemen wordt het aangeraden om CBT-E te doen. Het resultaat is onafhankelijk van de soort diagnose. Echter is bij deze studie van Fairburn et al. (2009) enkel gekeken naar volwassenen zonder ondergewicht, men weet dus niet of het bij AN even effectief zou zijn als bij BN.

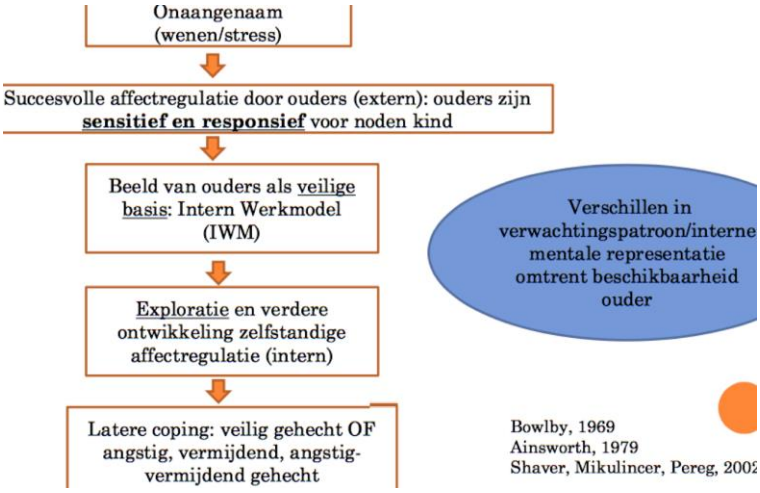
Er zijn dus al interventies die effectief gebleken zijn, maar we moeten nog meer weten over voor wie het wel en niet werkt, waarom dat zo is en welke andere behandelingen we zouden kunnen ontwikkelen. De echte protocollen worden ook weinig toegepast, er wordt veel meer gehandeld naar wat men al weet. Daarnaast is stepped-care werken ook belangrijk (eerste lijn). Ook is er meer onderzoek nodig hoe men aan preventie kan doen, zodat jongeren van het pad richting eetstoornissen kunnen afbuigen.

Hoofdstuk 7: gehechtheid en kindermishandeling

7.1 Gehechtheid

"The propensity to make strong emotional bons to particular individuals is a basis component of human nature" – Bowlby. De grondlegger van de gehechtheidstheorie is Bowlby (1969). Kinderen zijn biologisch geprogrammeerd om steun te gaan zoeken bij een verzorger, voornamelijk op momenten wanneer er gevaar dreigt. Dit is ook belangrijk voor het reguleren van behoeften. Gehechtheid vormt ook een belangrijke basis voor emotieregulatie. In de eerste levensjaren is lichamelijke nabijheid vanaf de geboorte tot 3 jaar (communicatie met ouders, steeds meer herkenning/voorkeur voor bekenden, rond 1 jaar scheidingsangst en angst voor vreemden). In de kindertijd hechten kinderen zich ook aan andere gezinsleden/leerkrachten. In de adolescentie hechten jongeren zich aan anderen buiten het gezin. In de jongvolwassenheid zien we dit terug in de partnerkeuze. Een veilig gehechte volwassene heeft positieve partnerinteracties en transgenerationele transmissies naar de kinderen toe.

7.1.1 Ontwikkeling van (onveilige) hechting: recente hypothese



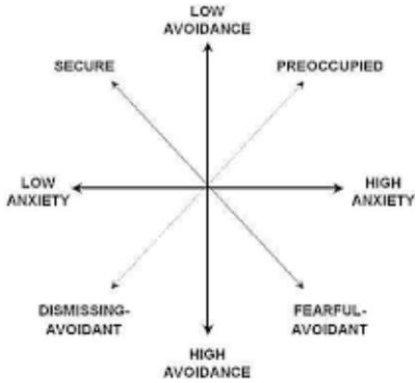
Men gaat er vanuit dat de eerste gehechtheidssignalen gericht zijn op het reguleren van behoeftes. Op jonge leeftijd gebeurt de eerste affectregulatie extern (de ouder die iets gaat doen om het kind een positief affect te doen krijgen). Als ouders op een sensitieve, responsieve manier op de signalen ingaan, gaat het kind een mentale representatie gaan ontwikkelen (kan erop vertrouwen dat de ouders er zijn).

Secure base script: een idee in je hoofd; "wanneer ik mij onaangenaam voel gaat er een bepaald proces ontstaan, ouders gaan ingrijpen en ik ga mij beter voelen". Dit script zorgt ervoor dat het kind zich veilig genoeg voelt om de wereld te gaan exploreren. Het kind weet dat als men het moeilijk heeft, men kan terugkeren naar de veilige haven bij de ouders. Zo is er sprake van veilige of onveilige gehechtheid. Het intern script wordt verondersteld te ontwikkelen op jonge leeftijd, wat de verdere emotionele en cognitieve ontwikkeling stuurt.

Het intern werkmodel stelt dat bij veel vertrouwen het kind sneller nabijheid en hulp zal zoeken bij de ouders in geval van stress, bij weinig vertrouwen zal het kind langer wachten om nabijheid en hulp te zoeken (angstige of vermijdende hechting). Ieder individu scoort op deze twee dimensies.

- **Angstige hechting**: wel zoeken van nabijheid, maar continu alert blijven voor mogelijke afwijzing, er is een sterke aanwezigheid van de focus op emoties (hyperactiverende emotieregulatie strategieën)
- **Vermijdende hechting**: geen nabijheid meer zoeken en zelf problemen proberen te oplossen, hierbij worden emoties en stress onderdrukt (deactivatie)

Hiernaast staan de gehechtheidsdimensies afgebeeld. Het wil niet zeggen dat omdat je een hoge score hebt op de angstig gehechte dimensie, je daarom een hechtingsstoornis hebt. Hechtingsstoornissen komen maar voor bij 1% van de kinderen. Laag scoren op angstig en vermijdend komt voor bij 60% van de kinderen. 40% heeft wel een hogere score, maar dit wil daarom niet zeggen dat zij allemaal een stoornis hebben. Gehechtheid is een risicofactor voor gedragsproblemen bij kinderen. Kinderen moeten van hun ouders de mogelijkheid krijgen om de wereld te exploreren, ouders kunnen ze zich niet ontwikkelen. Tegelijkertijd moet de ouder ook een veilige haven zijn om naar terug te keren als er iets mis is.



Verwachting (trust) heeft invloed op de cognitieve verwerking van de info over de ouders. Het feit dat kinderen vertrouwen hebben in de beschikbaarheid van de ouder zal ervoor zorgen dat ze veel minder biases gaan hebben in de informatieverwerking. Minder trust leidt tot:

- **Geheugenbias**: herinnering van meer negatieve interacties in plaats van positieve
- **Aandachtsbias**: meer automatische aandachtsfocus op moeder (in tegenstelling tot exploratie) en meer strategische vermijding van de moeder
- **Interpretatiebias**: meer negatieve interpretatie van gedrag van moeder

Informatieverwerkingsbiases zijn cognitieve zaken die dus gelinkt zijn aan het feit of kinderen al dan niet vertrouwen hebben in de beschikbaarheid van de ouders.

7.1.2 Risicofactoren, protectieve factoren, classificatie en SSP

Kinderen met een moeilijk temperament vertonen een groter risico om een slechte band op te bouwen met de ouder. Een mismatch tussen kind- en ouderfactoren zorgt voor een interactie tussen een bepaalde pedagogische stijl (niet/minder responsief of sensitief) en bepaalde kindfactoren. Geboorte van een boer/zus kan positief zijn in het leven van het kind, maar het zorgt er wel voor dat de ouder de aandacht moet verdelen, wat voor angst kan zorgen bij het kind. Als tijdens de vroege socialisatie alles (voedingsritme, slaap- en waakritme) alles vlot verloopt is de kans groter dat er een veilige hechting ontstaat, maar als het minder vlot loopt moet je als ouder een bepaalde pedagogische stijl gaan ontwikkelen.

We kunnen hechting op vier manieren classificeren:

- Veilig (60%): balans nabijheid en exploratie, snel getroost
- Vermijdend (15%): geen nabijheid en troost zoeken (wel stress maar ze tonen het niet)
- Ambivalent (10%): emotioneel aanklampend vs. afwerend gedrag, worden moeilijk getroost
- Gedesorganiseerd (15%): geen consistente strategie, ze bevriezen vaak

De Strange Situation Procedure (Ainsworth, 1978) heeft 8 fasen: het kind en de verzorger spelen samen in de kamer, de verzorger doet niets en laat het kind exploreren. Een onbekende komt binnen en praat kort met de verzorger en het kind, waarna de verzorger de ruimte verlaat en de onbekende en het kind alleen in de kamer zijn. Als de verzorger terugkeert verlaat de onbekende de kamer, waarna de verzorger de baby geruststelt en de verzorger de kamer verlaat. Het kind is even alleen, hierna keert de onbekende terug en zoekt hij contact met het kind. Hierna keert de verzorger terug en gaat de onbekende weg. Als observatoren kijken we hoe het kind gaat exploreren en reageren in zo'n onbekende situatie en hoe het kind reageert wanneer de ouder terugkeert (al dan niet nabijheid zoeken). Op basis van de reacties kan je verschillende types van gehechtheid diagnosticeren, deze staan hiernaast afgebeeld.

Main en Solomon hebben nog één categorie toegevoegd (gedesorganiseerde kinderen, 15%). Deze kinderen hebben geen consistente strategie, ze vertonen tegenstrijdig, stereotyp en verkeerd gericht/onafgemaakt gedrag. Ook verstijven ze, vertonen ze angst voor hechtingsfiguur en is er sprake van desoriëntatie. De verzorger is tegelijk een bron van veiligheid én angst. Dit is vaak het gevolg van verwaarlozing, verlies of fysiek/seksueel misbruik.

	Veilig (B)	Gepreoccupeerd/ambivalent (C)	Vermijdend/gereserveerd (A)
Angst bij scheiding?	Gestresseerd als moeder weggaat	Toont intense stress	Toont geen tekenen van stress
Angst vreemden?	Vermijdend tov vreemde indien alleen, vriendelijke als moeder erbij	Vermijdt de vreemde, toont angst voor de vreemde	Speelt normaal als vreemde aanwezig is
Gedrag bij reunie?	Positief en blij bij terugkeer moeder	Toenadering moeder maar vermijdt contact, aanklampen-afstoten (ambivalentie)	Weinig interesse
Exploratie?	Moeder = veilige basis om omgeving te exploreren	Meer huilen/boos, verminderde exploratie	Exploratie, maar emotioneel uit evenwicht
Ouderlijke stijl?	Sensitiviteit & responsiviteit	Onvoorspelbaar? Ouders: vooral inconsequent responsief	Teveel nadruk op zelfstandigheid (fysiek & emotioneel) Ouders: vooral insensitief/afwijzend, niet beschikbaar

7.1.3 Gehechtheidsstoornissen in DSM-5

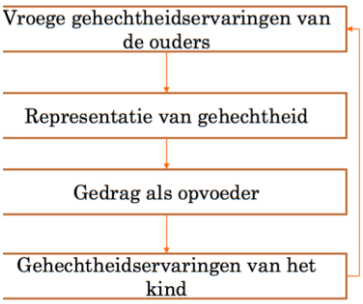
De stoornissen zijn beide een reactie op de pathogene zorg, dit moet voor de leeftijd van 5 jaar zijn. Er zijn twee types gehechtheidsstoornissen:

- **Inhibited type**: **reactieve hechtingsstoornis**, met extreme geremdheid en emotioneel teruggetrokken gedrag

A. Een consistent patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag jegens volwassen verzorgers, wat tot uiting komt in beide kenmerken: het kind zoekt en reageert zelden of nauwelijks (op) troost als het van streek is
B. Een persisterende sociale en emotionele stoornis
C. Het kind heeft een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging meegemaakt
D. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de verzorging genoemd in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag uit criterium A
E. Er wordt niet voldaan aan de criteria voor de autismespectrumstoornis
F. De stoornis is voor het vijfde levensjaar duidelijk aanwezig
G. Het kind heeft een ontwikkelingsniveau van minstens 9 maanden

- **Disinhibited type**: **ontremd-sociaalcontactstoornis**, met oppervlakkige relaties en gebrek aan selectiviteit
  A. Een gedragspatroon waarbij een kind actief onbekende volwassenen benadert en met hen omgaat
  B. Het gedrag in criterium A is niet beperkt tot impulsiviteit (zoals bij ADHD) maar betreft sociaal ontremd gedrag
  C. Het kind heeft een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging meegemaakt
  D. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de verzorging genoemd in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag uit criterium A
  E. Het kind heeft een ontwikkelingsniveau van minstens 9 maanden

Deze stoornissen mogen beide niks te maken hebben met autisme, zwakbegaafdheid of een angststoornis. Hechtingsstoornissen zijn heel voorspellend voor latere psychopathologie. We moeten de DSM-criteria niet vanbuiten kennen maar het is wel belangrijk om het verschil tussen de twee te zien. Er zijn verschillende kanttekeningen te maken: onveilige hechting staat niet gelijk aan psychopathologie, is de diagnose wel valide en stabiel en de theoretische basis van de diagnoses zijn ook onbekend. Vandaag maakt men veel meer gebruik van de dimensionele visie dan van de categoriale visie. De vraag is of labo-onderzoek nog wel waarde heeft en kan je de meetinstrumenten wel klinisch gebruiken? Er is nog veel werk aan de winkel om het allemaal verder te onderzoeken.



7.1.4 Overerving van gehechtheid en psychopathologie

In het OP model, wat hiernaast staat afgebeeld, wordt er uitgegaan van intergenerationele overdracht van hechting. De eigen hechtingservaringen die ouders hebben gehad zal hun stijl van opvoeden beïnvloeden. Als je als ouder geen veilige hechting ervaren hebt is de kans groter dat je dit zelf ook op een negatieve manier gaat overdragen naar de kinderen. Men kan dit beschouwen als een transdiagnostische risicofactor. De link tussen hechting en psychopathologie kan verklaard worden door cognities en emoties. Onveilige hechting staat niet gelijk aan psychopathologie, maar er is evidentie voor het feit dat hogere scores op de onveilige hechtingsdimensies gelinkt zijn aan meer psychopathologie (internaliserende en externaliserende problemen). De relatie kan verklaard worden door maladaptieve cognitieve schema's.

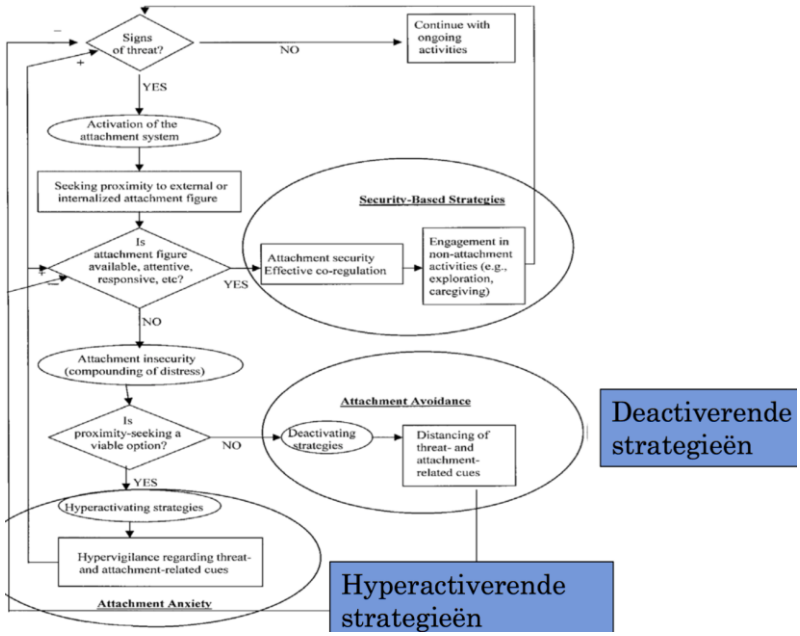
7.1.5 Schema's en werkingsmechanismen

Hechting wordt geassocieerd met psychopathologie, net als schema's. Sommige cognitieve schema's zijn gelinkt aan angstige hechtingsscores en anderen zijn gelinkt aan vermijdende hechtingsscores. Schema's kunnen grotendeels verdeeld worden over twee hechtingsdimensies:

- Angstige hechting (HA): verlating/instabiliteit, verstrengeling, meedogenloze normen (perfectionisme)
- Vermijdende hechting (HV): emotionele deprivatie, mislukking
- HA en HV: wantrouwen/ misbruik, onvolwaardigheid

- Zowel geen HA als HV: zelfopoffering

Er is een model ontwikkeld door Mikulincer en Shaver (2002) waarbij men het heeft over de primaire emotieregulatie strategie (nabijheid zoeken of andere strategieën wanneer dit niet mogelijk is, zoals piekeren). Het longitudinale evidentie mediatiemodel van Van Durme et al. (2017) zegt dat hogere scores op hechtingsangst en vermijding eetstoornissen cross-sectioneel kunnen verklaren. Er is ook longitudinale evidentie voor eetstoornissen: hogere scores op vermijding zijn voorspellend voor stijgingen in eetstoornissymptomen, vooral voor het onderdrukken van emoties.



7.1.6 Kindermishandeling en gehechtheid

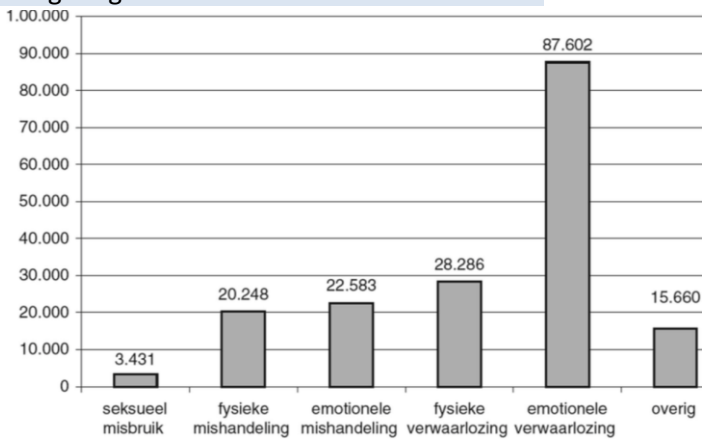
Kindermishandeling is een onveilige en beangstigende situatie voor het kind en is een risicofactor en belangrijke oorzaak van onveilige gehechtheid op latere leeftijd. Cichetti vond dat bij meer dan 70% van de mishandelde kinderen een onveilige/gedesorganiseerde vorm van hechting voorkomt. Dit werd ook gevonden als er werd gecontroleerd voor een gedepriveerde omgeving zoals een lage SES. Er is dus een duidelijke link tussen mishandeling en onveilige vormen van gehechtheid.

7.2 Kindermishandeling

Kindermishandeling: bedreigende of gewelddadige interactie bij een minderjarige, waarbij de aard van de interactie fysiek, psychisch, seksueel is. Het wordt actief of passief opgedrongen. Het gaat over een relatie waarbij het kind afhankelijk is ten opzichte van de andere. Er moet daadwerkelijke of dreigende psychische of fysieke schade zijn. De introductie van kindermishandeling in de wetenschap is gedaan door Henry Kempe (1962), vroeger lag de focus voornamelijk op fysiek en seksueel misbruik. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen mishandeling en verwaarlozing.
Mishandeling: actieve handeling van de dader (bijv. slaan, schelden)
Verwaarlozing: nalatigheid (bijv. geen emotionele steun bieden)
Er zijn verschillende soorten misbruik, bij de helft zag men comorbiditeit (bijv. zowel fysieke verwaarlozing als verwaarlozing van onderwijs).

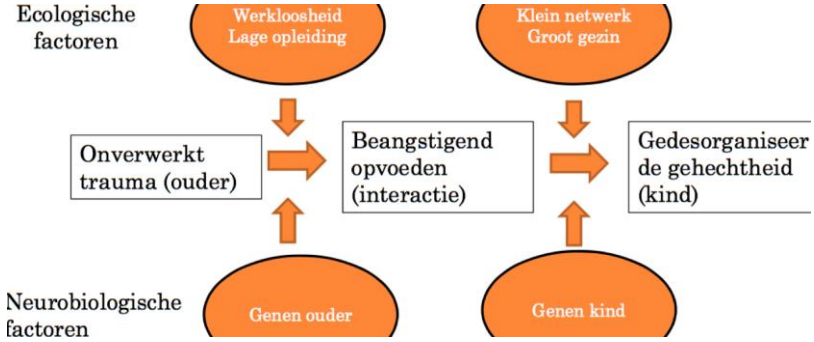
Soort mishandeling	Subcategorieën
Seksueel misbruik	Seksueel misbruik/aanranding/het toelaten ervan, waarbij al dan niet sprake is van genitaal contact van of door het kind
Fysieke mishandeling	Opzettelijke lichamelijke mishandeling al dan niet met behulp van een voorwerp, wapen of vreemde substantie
Emotionele mishandeling	Bewegingsbeperking
	Verbale dreigingen, uitschelden, patroon van kleineren
Fysieke verwaarlozing	Weigering lichamelijke zorg na indicatie
	Uitstel/afstel van noodzakelijke lichamelijke zorg
	Weigering om de zorg voor het kind op zich te nemen
	Ontoereikend toezicht
Verwaarlozing van onderwijs	Bewust toestaan van chronisch spijbelen
	Thuishouden/niet inschrijven van het kind
	Geen aandacht voor onderwijskundige behoeften
	Ontoereikende genegenheid

Emotionele verwaarlozing	Bewust toestaan van onaangepast gedrag
	Weigering emotionele zorg na indicatie
	Huiselijk geweld waarvan het kind getuige is



7.2.1 Prevalentie en risicofactoren

3% van de kinderen 0-17 jaar zijn slachtoffer van mishandeling in Nederland, maar jongeren zelf rapporteren echter veel vaker slachtoffer te zijn van mishandeling (19,5%), wat aantoont dat professionals niet altijd op de hoogte zijn van de mishandeling. Als je enkel gaat kijken naar wie in de hulpverlening terechtkomt, kan dit een onderschatting teweeg brengen van je prevalentie. Bij de helft van de slachtoffers is er meer dan één type mishandeling. Emotionele verwaarlozing is het meest prevalent. De schatting op basis van informantengegevens is de ondergrens, omdat ze niet altijd op de hoogte zijn. Zelfrapportagecijfers zijn vaak hoer, net als de lifetime prevalentie. Op het niveau van het gezin zijn de risicofactoren een lage opleiding van de ouders, beide ouders werkloos, alleenstaande ouders, allochtone achtergrond (dit valt weg bij controle voor opleiding) en grote gezinnen (>3 kinderen) en stiefgezinnen. Op de niveau van de ouder is er bij 30-40% intergenerationele overdracht als ze zelf mishandeld. Een verklaring voor de intergenerationele overdracht is dat gehechtheidsproblemen een risico voor kindermishandeling vormen. Vooral de gedesorganiseerde gehechtheid verhogen het risico op kindermishandeling. Onveilige/gedesorganiseerde hechting heeft een negatieve invloed op de opvoeding van de eigen kinderen. Deze ouders hebben incoherente mentale representaties van gehechtheid, voelen zich minder gewaardeerd (lager zelfbeeld), zijn minder sensitief voor gehechtheidssignalen van hun kind en zijn sneller negatief geprikkeld door gehechtheidssignalen van hun kind. Dit is bevraagd met 't **gehechtheids-biografisch interview** (GBI). Uit het longitudinale onderzoek "Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood" van Sroefe et al. (2005) bleek dat er voornamelijk overdracht is van angstige vormen van gehechtheid. 40% van de ouders die zelf mishandeld waren gingen hun eigen kind mishandelen, 30% gaf onvoldoende zorg en de overige 30% gingen hun kinderen niet mishandelen, er was geen overdracht. Beschermende factoren zijn het hebben van een ondersteunende opvoeder in de kindertijd, psychotherapie (minimum 6 maanden), een ondersteunende partnerrelatie in de volwassenheid en afwezigheid van financiële problemen.



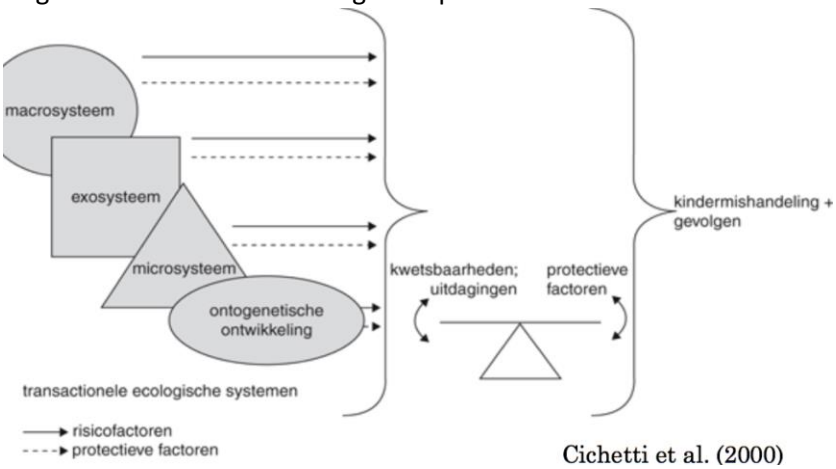
7.2.2 Bio-ecologisch model van gehechtheidsproblemen en kindermishandeling

Hiernaast staan belangrijke factoren afgebeeld die een rol kunnen spelen. Naast het niveau van het gezin en de ouders moet men ook nog rekening houden met kindfactoren en neurobiologische factoren. Kinderen met een moeilijk temperament kunnen bepaalde gedragingen uitlokken bij de ouders en ongevoeligheid bij zichzelf, maar dit speelt een beperkte rol. Voornamelijk omgevingsfactoren zijn belangrijk. In de toekomst zou er onderzoek moeten worden gedaan naar de rol van gen-omgevingsinteracties en het effect van structurele verwaarlozing op ontwikkeling van het brein. Kinderen uit een tehuis hadden minder white matter, maar vroeg ingrijpen kan de effecten van mishandeling deels tegengaan door plasticiteit. Bepaalde factoren maken een kind ontvankelijker voor de gevolgen van negatieve ervaringen/een bepaalde opvoedingsstijl. Daarnaast zijn er ook

individuele verschillen in stress-regulatie. De link tussen de ouder en omgeving, tussen ouder en kind speelt ook een rol. Het script van de opvoeding van de ouder wordt overgezet op het kind.

7.2.3 Ecologisch transactioneel model

Hiernaast staat het ecologisch transactioneel model van Chichetti et al. (2000) afgebeeld. Er is interactie tussen bepaalde factoren op verschillende niveaus, van macroniveau tot biologisch niveau. Afhankelijk van de protectieve factoren en de balans hierin gaat een kind ernstige of minder ernstige gevolgen ervaren van mishandeling.



7.2.4 Assessment en interventies

In België zijn er diverse meldingscentra voor (vermoedelijke) kindermishandeling en -verwaarlozing (VK, Kind & Gezin). Dit wordt gebruikt door professionals maar ook door anderen uit de omgeving van het kind. Voor kindermishandeling zijn er maar weinig betrouwbare instrumenten. Men kan relevante risicofactoren objectief inschatten met het risicotaxatie-instrument (bijv. CARE-NL). Daarnaast zijn er screeningsinstrumenten voor psychosociale problemen, opvoedingsproblemen en ouderlijke stress. Voor de assessment van gehechtheid zijn er verschillende instrumenten voor verschillende leeftijdscategorieën. Dit zijn echter vooral onderzoeksinstrumenten en geen klinische instrumenten. Daarnaast staan gehechtheidsstoornissen niet gelijk aan individuele stoornissen in gehechtheid.

Bij kindermishandeling kunnen we als interventie CBT doen en/of sociale steun verhogen. Dit doen we als deel van multi-componentprogramma's. Een voorbeeld van zo'n programma is Nurse Family Partnership, welke is gericht op preventie bij hoog-risico ouders op basis van huisbezoek. Dit start al van voor de geboorte tot dat het kind 2 jaar is. Door dit programma is er minder partnergeweld, wordt er minder gerookt, meer borstvoeding gegeven en zijn er minder AMK aanmeldingen. Een nadeel van dit onderzoek is dat gehechtheid niet in kaart werd gebracht. Je kan dus wel zeggen dat er minder aanmeldingen zijn bij de centra, maar men kan geen uitspraken doen of de hechtingsrelatie beter was.
Een controversiële interventie is **holdingtherapie**, waarbij (gedwongen) lichamelijk contact leidt tot een terugkeer in de ontwikkeling wat zorgt voor goede gehechtheid. Dit staat echter haaks tegenover de hechtingstheorie, waarbij je juist sensitief en responsief reageert op de signalen van dit kind. Holdingtherapie is niet empirisch ondersteund en is daarom gevaarlijk.
Video feedback to Promote Positive Parenting (**VIPP**) is een kortdurend, gedragsgericht preventieprogramma die poogt ouderlijke sensitiviteit te verhogen en het stellen van grenzen te verbteren. Dit is voor een brede categorie gezinnen, en niet enkel voor gezinnen met een hoog risico op kindermishandeling. Hiervan is de effectiviteit bewezen, er is onder andere vermindering van gedesorganiseerd hechtingsgedrag, verhoogde sensitiviteit en verbeterde stelling van grenzen.
Attachment Based Family Therapie is nog een interventie waarbij het doel het herstellen van vertrouwen in de beschikbaarheid van het hechtingsfiguur is. In een periode van stress gaat de jongere daarom opnieuw nabijheid en steun zoeken. Er wordt gepoogd om het oorspronkelijke script te herschrijven door kinderen en ouders samen in therapie te laten komen, waarbij ouders leren om responsiever te zijn voor de signalen van het kind. Het uiteindelijke doel is dat het kind leert dat hij wel op de ouders kan rekenen in periodes van stress. Dit wordt bijvoorbeeld toegepast bij depressieve adolescenten, uit een onderzoek bleek dat er bij hen een positief effect is op de kwaliteit van gehechtheid en vermindering van de depressieve symptomen.