

Modellen in de Ontwikkelingspsychopathologie

DEEL 1. Ontwikkeling en psychopathologie

1.1. OPP: conceptualisatie

Definitie Ontwikkelingspsychopathologie (OPP)

Achenbach: "A general approach to **understanding relations** between **development** and its **maladaptive deviations**"

=> nadenken over relatie tussen ontwikkeling en de maladaptieve afwijking vd ontwikkeling

Historiek van de Ontwikkelingspsychopathologie (OPP)

Heel recent onderzoeksdomein dat opgekomen is in de jaren '75 door Achenbach en geïntroduceerd werd door een artikel in handboek Child Psychology in '83 => aanzet tot meer onderzoek in dit domein



Het is een **JONGE DISCIPLINE:**

- Vroeger nauwelijks aandacht voor stoornissen bij kinderen.
Vroeger dacht men dat men volwassen moest zijn om een pathologie te ontwikkelen. Nu wordt er veel meer aandacht besteed aan gezondheid en pathologie bij kinderen: wat is eigen aan een normale ontwikkeling? Maar er zijn zodanig veel individuele verschillen tussen kinderen dat we de vraag kunnen stellen of we niet te snel en te veel 'normaliteit' verwachten van kinderen? Het is belangrijk dat we niet te snel pathologiseren.
- Ontbreken van adequaat instrumentarium: als men geen aandacht heeft voor stoornissen bij kinderen, gaat men er ook geen onderzoek naar doen, dus werd er ook niet naar methoden gezocht om die stoornissen in kaart te brengen. Belangrijk in de assessment: we kunnen niet dezelfde onderzoeksmethoden gebruiken bij volwassenen als bij kinderen.
! Er is nood aan een ontwikkelingsgevoelig, betrouwbaar en valide instrumentarium om zowel normale als pathologische ontwikkeling bij kinderen en jongeren te bestuderen
- Studies (specifiek aan ontwikkelingsdomein) zijn longitudinaal onderzoek (wil niet zeggen dat er geen crosssectioneel onderzoek gebeurt!): tijdsintensief en duur door follow-up en onderzoek wordt gedaan bij grote steekproeven vb. als je effect van iets tien jaar later wil bestuderen, moet je eerst tien jaar wachten, dan nog data analyseren, dan check-up doen, tot interpretatie komen, publiceren... maakt dat ontwikkelingsonderzoek heel lang duurt

VERSCHIL TUSSEN ONTWIKKELINGSPSYCHOPATHOLOGIE (OPP) EN KLINISCHE ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE (KLOP)

=> **Ontwikkelingspsychopathologie is het onderzoeksdomein van de klinische psychologie**

- OPP = beschrijven, verklaren en voorspellen van afwijkende gedragingen en processen door de tijd heen (=> bestuderen van afwijkende ontwikkeling)
- KLOP = stap verder, op grond van OPP komen tot voorkomen en behandelen van psychische problemen bij kinderen
 - OPP is onderzoeksdomein van KLOP
 - toevoeging van:
 - diagnostiek
 - preventie
 - interventie

KLOP en OPP situeren naast/bij twee andere onderzoeksdomeinen:

- Klinische psychologie = stoornissen in het hier en nu bestuderen
VS. OPP: stoornissen bestuderen vanuit ontwikkelingsperspectief,
 - ook interesse in kinderen met risico die geen stoornis ontwikkelen of terug in normale ontwikkeling komen vb. kinderen die ouders hebben met pathologische problemen, hebben zelf ook meer risico om pathologische stoornissen te ontwikkelen
 - geïnteresseerd in beschermende factoren, zoals veerkracht
- Ontwikkelingspsychologie = bestuderen van normale ontwikkeling adhv longitudinaal onderzoek
VS. OPP: wat afwijkt van de normale ontwikkeling

Voorbeeld onderzoek: een vd eerste studies, OPP = bestuderen

Doel: wat zijn de gevolgen van angst bij de moeder tijdens de zwangerschap voor het functioneren en het welbevinden van het kind?

- Onderzoekers: Bea Van den Bergh (< KUL)
- Start 1986-1987
- 86 zwangere vrouwen (18-30 jaar, eerste baby)
- Bestuderen en opvolgen van moeder, kind, moeder-kindinteractie: grootschalig, longitudinaal
- 4 grote fasen: **Follow-up!**
 - Eerste 7 levensmaanden
 - 8-9 jarige leeftijd (T2)
 - 14-15 jarige leeftijd (T3)
 - 17-jarige leeftijd (T4)
- **Multi-methodisch**
 - vragenlijsten (bv. STAI, CBCL)
 - observatie gedrag (bv. foetus via ultrasound)
 - ontwikkelingsschalen
 - Cognitieve taken
 - EEG,...

- **Meerdere informanten bevragen** info via kind, ouder, leerkracht...
- Resultaten:
 - Angst bij moeder effect op foetaal en neonataal gedrag: meer actief, prikkelbaar, huilen, krampen,...
 - Geen verschil op sommige vlakken: neurologische conditie bij geboorte, voedingsgedrag, mentale en motorische ontwikkeling, daar was angst allemaal niet predictief voor
 - **T2**: angst voorspellend voor psychopathologie (ADHD, stemmingsstoornissen,...)
 - **T3**: angst voorspellend voor gebrek aan responsinhibitie (temperamentskenmerk)
 - **T4**: angst voorspellend voor gebrek aan cognitieve controle (= doelbewust kunnen sturen van gedrag)

OPP = verklaren waarom iets afwijkt v bepaalde ontwikkeling

=> daarom hebben we modellen nodig die gaan verklaren waarom iemand

vb. eetstoornis heeft en waarom eetstoornissen blijven bestaan (extra slide op minerva)

vb. Mira: indicatie voor erfelijkheidscomponent waardoor ze meer risico heeft op eetstoornis

vb. Silke: gezinssituatie waarbij mensen haar verlaten/minder aandacht hebben voor haar wat leidt tot depressieve symptomen

vb. Loes: introvert temperament en geen aansluiting vinden bij leeftijdsgenoten, terwijl dit juist belangrijk is in de adolescentie

=> drie verschillende verklaringen bij drie verschillende meisjes voor depressie: er zijn altijd

verschillende verklaringen mogelijk, er worden verschillende verklaringen in theorieën naar voor

geschoven uit onderzoek op groepsniveau, maar de patiënt heeft altijd nog een individuele context en achtergrond

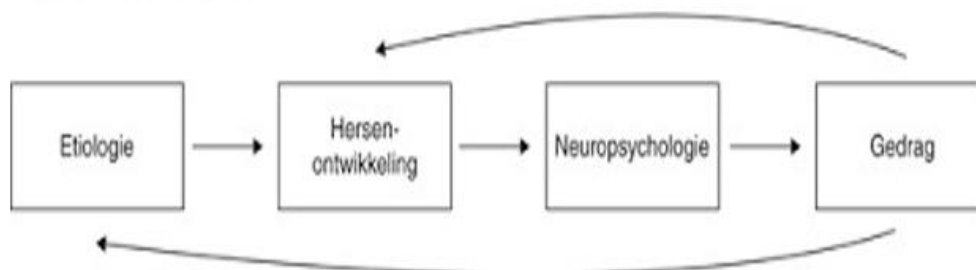
=> Welke verklarende processen en mechanismen zijn verantwoordelijk voor oorsprong, toename, afname, instandhouding van probleemgedrag?

Er zijn dus **verschillende verklaringsniveaus** waarop we verklaringen voor pathologie gaan zoeken: het ideaal is dat je een model hebt om die verschillende verklaringsniveaus te **integreren!**

vb. biologische verklaringen, op hersenniveau kijken nr verklaringen, niveau van omgeving (dichte omgeving, maar ook school en hobby's, ook maatschappij en cultuur, vb. slankheidsideaal kan eetstoornissen verklaren)

Integratiemodel vinden we bij **Pennington**:

Bidirectionele Causaliteit



Pennington onderscheidt vier, elkaar aanvullende, analyseniveaus bij de bestudering van psychopathologie bij een kind: genetische risicofactoren (etiologie), hersenmechanismen, neuropsychologie en het symptoomniveau (gedrag):

1. Genetische risicofactoren

Praktisch alle vormen van psychopathologie worden veroorzaakt door een mengeling van zowel genetische als omgevingsfactoren. De invloeden kunnen onafhankelijk van elkaar hun invloed doen gelden, maar ze kunnen ook interacteren of met elkaar correleren. Empirische methoden om die implicaties te ontrafelen zijn evenwel tot op heden zeer beperkt.

Een belangrijke (klinische) implicatie van dit analyseniveau is dat duidelijke uitspraken over de rol van omgeving in de etiologie alleen zinvol is als er gecontroleerd is voor genetische invloeden en vice versa.

2. Hersenmechanismen

Een goed begrip van psychopathologie bij het kind impliceert inzicht in de werking van de hersenmechanismen en de neurotransmitters. Onderzoek dient vast te stellen waarom bepaalde ervaringen een vormend effect hebben op de hersenontwikkeling en de andere niet. Tijdens zijn ontwikkeling laat het brein een overproductie van neuronen, dendrieten en synapsen zien die door ervaringen uitgeselecteerd worden, dat wil zeggen bepaalde elementen blijven en andere vallen af.

Een belangrijke (klinische) implicatie van dit analyseniveau is dat vroege ervaringen een zeer belangrijke rol spelen in het vormen van de connectivity van de zich ontwikkelende hersenen. En, hoewel de invloed van genen gedurende de gehele levensloop kan plaatshebben, lijkt ze vooral in te grijpen in de vroege hersenontwikkeling.

3. Neuropsychologie

Dit niveau slaat de brug tussen hersenen (tweede niveau) en gedrag (vierde niveau). Voor OPP is het belangrijk dat de neuropsychologie een analyseniveau aanlevert van gedrag naast de relevante hersenmechanismen, maar er wel consistent mee is. Zo kan de neuropsychologie de executieve functies bestuderen zodat er beter begrip ontstaat van gedragssymptomen. De neuropsychologische kennis van verschillende psychopathologieën is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen.

4. Gedrag

Psychopathologie is op dit niveau een cluster van symptomen waarvoor een verklaring wordt gezocht. De vorige analyseniveaus kunnen deze verklaring ondersteunen.

Integratiegedachte van Pennington:

- Alle gedrag (sociaal, emotioneel, cognitief) heeft een neurochemisch en neurologisch substraat => bestuderen van (neuro)biologische correlaten is belangrijk
 - <-> reductionisme, teruggaan naar enkelvoudige biologische oorzaken
- Verschillende analyseniveaus zijn complementair, door bepaalde gedragingen kan je andere niveaus opnieuw gaan beïnvloeden: bidirectionele causaliteit!
 - cf. epigenetica: invloed van stress en opvoeding op genexpressies en hersenontwikkeling
 - <-> lineaire causaliteit van biologie naar psyché
- Toekomst: psychopathologie gedefinieerd door mechanismen i.p.v. symptomen? Pennington had niet enkel aandacht voor de symptomen, maar ook voor de onderliggende verklaringsprocessen (= mechanismen)
 - bv. 'disinhibitieprobleem', 'emotieregulatieprobleem': zie modellen

- beter inzicht in comorbiditeit tussen aandoeningen (bv. ADHD en obesitas, twee stoornissen waar onderliggend sprake is van inhibitieproblemen): transdiagnostische visie
- > Louter gedragsdiagnostiek maar ook aandacht voor neurobiologische markers
 - cf. NIMH research priorities: nieuw classificatiesysteem!

OPP = voorspellen

Nood aan longitudinaal onderzoek: zijn factoren die voorafgaan in de tijd statistisch predictief voor latere uitkomstmaten?

- Bij voorspellen is het belangrijk dat je rekening houdt met aantal **nuances**:
 - statistisch bepaalde kans voor een geïdentificeerde risicogroep
=> zegt nooit iets over één specifiek individu
 - complexe interacties tss verschillende factoren in rekening brengen
=> cf. transactioneel model, vb. interactie weerbaarheid en omgeving
 - toevalsfactoren in rekening brengen
 - Opletten voor historicisme:
 - is de zoektocht naar 'de' oorzaak steeds mogelijk?
 - én zegt niets over beïnvloedbaarheid: het is niet omdat je de oorzaak weet van wat de problematiek heeft doen ontstaan, dat je deze ook kan veranderen

Toepassing: bestuderen van ontwikkelingstrajecten

Eigen aan OPP: men wil trajecten bekijken van jongeren, wie zijn traject zal afwijken en wie zijn traject zal normaal verlopen? En wat is nu het verschil tussen deze twee groepen? Hoe kunnen we de twee groepen gaan identificeren?

J Abnorm Child Psychol (2006) 34:481–487
DOI 10.1007/s10802-006-9038-7

ORIGINAL PAPER

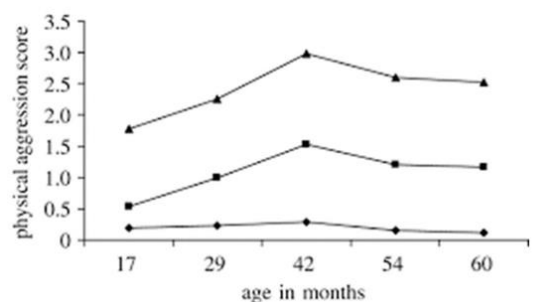
Prevention of Youth Violence: Why not Start at the Beginning?

Richard E. Tremblay

The Development of Physical Aggression from Toddlerhood to Pre-Adolescence: A Nation Wide Longitudinal Study of Canadian Children

Sylvana M. Côté,^{1,6} Tracy Vaillancourt,² John C. LeBlanc,³ Daniel S. Nagin,⁴ and Richard E. Tremblay⁵

- Doel en methode
 - bestuderen van traject van fysieke agressiviteit bij kinderen
 - 13 439 Canadese gezinnen met kind tussen 9 en 48 maanden oud
 - follow-up tot leeftijd van 11 jaar!
 - huisbezoeken om de 2 jaar (interview + vragenlijsten)
- Resultaten:
 - piek fysieke agressie in peutertijd
 - 3 groepen:
 - **licht** (31.1%): weinig FA als peuter + daling met ouder worden



- **middelmatig** (52.2%): occasioneel FA als peuter + daling met ouder worden
- **hoog** (16.6%): frequent FA als peuter + niveau blijft hoog en stabiel met ouder worden
=> er zijn dus verschillende trajecten van fysieke agressie bij peuters

Wat onderscheidt die groepen nu?

Table IV. Child and Family Characteristics by Physical Aggression Trajectory Group

	Group 1: Low (n = 3,315) %	Group 2: Desister (n = 5,563) %	Group 3: High stable (n = 1,769) %			
Boys	43.86	52.25	61.75			
Family characteristics						
Low income	22.94	24.29	32.66			
Early motherhood ^a	21.97	24.69	28.17			
Low maternal education ^b	18.84	21.09	44.81			
Separated family	21.21	22.71	17.44			
Family processes	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Positive interaction	14.17	1.89	13.82	2.47	13.49	1.4
Hostile ineffective parenting	7.74	1.99	9.46	2.88	11.34	1.74
Consistent parenting	15.15	1.97	14.68	2.67	14.31	1.47
Family functioning	7.45	2.92	8.15	3.77	8.86	2.14

^a21 years old or less at the birth of the first child.

^bMother did not graduate from high school.

Vergelijking tussen trajecten

hebben grotere kans om in fysiek agressief traject terecht te komen:

- jongens
- kinderen in gezin met lage inkomens en moeder met laag opleidingsniveau
- vijandige ineffektieve ouderschapstijl

=> zegt dus iets over groepsniveau, niet over individueel niveau, anders zou elke jongen in agressief traject komen en dat is zeker niet het geval

Table V. Predictors of High Physical Aggression Trajectory: Multivariate Logit Model

	Model 1			Model 2		
	Estimate (SD)	OR	95% CI ^a	Estimate (SD)	OR	95% CI ^a
Boys	0.51 (0.06)	1.67**	1.5–1.87	0.44 (0.07)	1.56**	1.37–1.77
Family characteristics						
Low income	0.37 (0.07)	1.45**	1.27–1.67	0.48 (0.08)	1.61**	1.36–1.90
Early childbearing	0.05 (0.07)	1.05	0.92–1.20	0.01 (0.08)	1.01	0.86–1.18
Low maternal education	0.19 (0.07)	1.20*	1.05–1.38	0.16 (0.08)	1.18*	1.00–1.38
Separated family	-0.04 (0.10)	0.96	0.79–1.17	-0.09 (0.11)	0.91	0.73–1.15
Family processes						
Positive interaction	—	—	—	-0.01 (0.01)	0.99	0.97–1.01
Hostile ineffective parenting	—	—	—	0.15 (0.01)	1.16**	1.14–1.18
Consistent parenting	—	—	—	0.02 (0.01)	1.02	1.00–1.04
Family functioning	—	—	—	0.01 (0.01)	1.01	0.99–1.03

Note. n = 9635 in model 1; n = 7276 in model 2.

^aCI indicates confidence interval.

*p < 0.05. **p < 0.001.

Predictoren traject 3?

zie vorig schema

Conclusies en implicaties: je hebt twee trajecten, het normatieve en het atypische traject

- 'Typical (normative) trajectory': dit traject is eigen aan de normale ontwikkeling
 - kinderen leren in het normale traject FA te inhiberen
 - kinderen leren in het normale traject alternatieve problem solving strategieën in plaats v FA
 - ~ socialization of aggression: agressie leren inhiberen
- 'Atypical (elevated) trajectory': dit traject is niet eigen aan normale ontwikkeling
 - problemen met inhibitie, slagen er niet in FA te inhiberen
 - vormen risicogroep om later agressiestoornissen te ontwikkelen
 - Verklaring? Familiekarakteristieken (interactie met neurologische, genetische deficieten?)
- Geen stijgend traject (positief!): weinig kinderen die niet agressief zijn als peuter en het pas op latere leeftijd aanleren

- Limitaties
 - generalisatie naar andere vormen van agressie, hier gaat het enkel over fysieke agressie? Hoe ontstaat de 'piek' in peutertijd? Enkel moeder als informant, wat zou gerapporteerd worden als we zelf kind zouden observeren?
- Belang vroege interventie!
 - aanleren adaptieve strategieën op jonge leeftijd: zelf socialization of aggression aanleren aan kinderen, proces van inhibitie bespoedigen zodat vermeden wordt dat atypische traject gevolgd wordt, dus gedrag proberen afbuigen naar het normatieve traject
 - DUS identificeren van risicogroepen, zodat we preventieprogramma's kunnen opstellen

Classificatie van ontwikkelingspsychopathologie?

OPP = beschrijven

OPP gaat beschrijven **wat afwijkend is van de normale ontwikkeling**, dat is belangrijk voor...

- communicatie tss clinici: wnr spreekt men over een probleem, van een stoornis...
- bestuderen van incidentie en prevalentie: hoe vaak komt bepaalde problematiek voor?
- bestuderen van verloop

Dat is ook **klinisch heel relevant voor de (onderkende) diagnostische cyclus**: uitspraak over aanwezigheid en aard van de psychopathologie bij kind of jongere, om assessment te kunnen doen over ontwikkelingspsychopathologische processen

→ om hier uitspraken over te kunnen doen is er dus nood aan een heel goede beschrijving over ontwikkelingspsychopathologische stoornissen bij jongeren

TWEE VERSCHILLENDE BENADERINGEN OM TE GAAN BESCHRIJVEN:

Categorische benadering	Dimensionele benadering
Kwalitatief verschil tussen afwijkend en normaal functioneren	Gradueel verschil tussen afwijkend en normaal functioneren (kwantitatieve, psychometrische benadering)
Klinisch-psychiatrisch	Empirisch-statisch
< psychiatrische invalshoek (observaties, top-down)	< psychologische invalshoek (grote steekproeven, bottom-up)
Rutter	Achenbach
Stoornissen, diagnoses: er moeten aan een aantal criteria voldaan worden om aan stoornis te 'voldoen'	Psychologische problemen, (sub)klinische symptomen/syndromen
Deze persoon heeft wel/geen probleem	Deze persoon heeft in meer of mindere mate kenmerken van een bepaald probleem
DSM, ICD	CBCL (ASEBA)

Men heeft lang gedacht dat beide benaderingen onverzoenbaar zijn, dat iets ofwel categorisch ofwel dimensioneel bekeken wordt, maar als je goed gaat kijken, zie je ook een aantal overeenkomsten tussen beide systemen:

- beide classificatie op gedragsniveau (beschrijvende/fenotypische classificaties)
 - gaan beide niks zeggen over achterliggende oorzaken of biologische markers
- beide a-theoretisch: steunen niet op theorie over ontstaan, beloop en behandelen van problemen en stoornissen, màr zijn wel beide wetenschappelijk onderbouwd
- wetenschappelijk onderbouwd (cf. revisie DSM)
- beide wereldwijd verspreid én gebruikt (màr rekening houden met mogelijke culturele verschillen – er is onderzocht bij CBCL dat er niet zoveel verschillen zijn, maar vb. zowel tussen en binnen culturen zijn er soms andere manieren om psychopathologie in kaart te brengen, ook worden sommige gedragen in bepaalde culturen als pathologisch gezien, terwijl dit in andere culturen als normaal beschouwd wordt)
- dynamische ontwikkelingen: integratie van categorische en dimensionele benadering
 - DSM-systeem: aandacht voor pathologie bij kinderen en jongeren, vb. bepaald cut-off gewicht voor eetstoornissen voor verschillende leeftijden => houdt veel meer rekening met ontwikkelingsperspectief dat kinderen lager cut-off hebben dan volwassenen (~dimensionaliteit)
 - ASEBA-systeem: intro klinische grensscores (dan begin je in categorieën in te delen) & DSM-georiënteerde subschalen (indicaties, geen diagnose!)

! MEN MOET ALTIJD REKENING HOUDEN MET EVENTUELE FOUTEN IN CLASSIFICATIES:

- **Verschil tss informanten**
 - vb. tss klinici bij stellen van DSM-diagnose
 - vb. rapportering depressie bij bepaalde persoon door verschillende informanten, informanten kunnen verschillend zicht hebben op symptomen (depressie is internalisering probleem), informanten kunnen 'depressie' anders gaan interpreteren => belangrijk om in onderzoek vragenlijsten multi-informant af te nemen!
- **Dimensionele schalen categorisch gebruiken (bij gebruik van cut-offs)**
 - vals positieven: 'over-identificeren' => sensitiviteit
vb. screening mogelijke risicogroep (door vragenlijst kan je enkel screenen, niet diagnosticeren), sommige jongeren kunnen vb. boven cut-off zitten, terwijl als er een klinisch interview afgenomen wordt, er blijkt dat er geen stoornis aanwezig is (zegt iets over sensitiviteit van instrument)
 - vals negatieven: 'onder-identificeren' => specificiteit
vb. enkel die kinderen identificeren van wie men praktisch zeker is dat ze de stoornis hebben
=> hierdoor ga je niet alleen multi-informant werken, maar ook multi-methodisch, eerst screenen via vragenlijst om groep te gaan beperken, maar later ook klinische interviews afnemen om zeker te zijn van resultaat
 - Foutenmarge berekenen
 - Klinische grensscores aanpassen afhankelijk van het doel
 - Illustratie: sensitiviteit CDI (box 9.3): HB pg. 223
 - score 13 als cutoff in klinische groep
 - score 19 als cutoff in algemene populatie

Andere aspecten voor bepalen van afwijking?



We maken van beide visies gebruik en gaan beide visies integreren: er wordt niet meer gekozen voor ofwel categorisch ofwel dimensionele benadering, maar we gaan proberen te integreren.

Ook is het belangrijk om te gaan kijken of bepaald gedrag leeftijdsadequaat is?

Het is belangrijk de normale ontwikkelingspsychologie te blijven kennen om te kunnen kijken of bepaald gedrag normaal is op bepaalde leeftijd. Bepaalde gedragingen zijn normaal op bepaalde leeftijd en zijn dus niet te identificeren als pathologie, andere gedragingen zijn niet meer normaal op een bepaalde leeftijd en zijn dus wel te identificeren als een pathologie.

vb. fysieke agressie bereikt piek in peuterleeftijd, dat is normaal, maar een adolescent die fysiek agressief is, dat is niet normaal

- levensloopperspectief in rekening brengen
- verschillende manifestaties van gedrag afhankelijk van ontwikkelingsniveau
 - iets is maladaptief als het leeftijdsinadequaat is
 - bepaald gedrag gaan we dus altijd situeren binnen de ontwikkeling
- extra aandacht voor ontwikkelingstrajecten en prognose
- aandacht voor ontwikkelingstaken (zie verder)

Ook belangrijk om in rekening te gaan brengen is om te kijken of we een hulpvraag hebben of niet?

Als we zicht willen hebben op hoe vaak psychopathologie voorkomt bij jongeren en we kijken enkel naar de hulpvraag, dan gaan we prevalentie van psychopathologie serieus gaan onderschatten.

- Hulpvraag?
 - slechts 2% zoekt hulp!
 - culturele verschillen op vlak van hulpvraag: voor mensen die geëmigreerd zijn uit andere landen is er een nog grotere drempel om bij mentale problemen hulp te gaan zoeken
 - Wat verkleint de drempel? (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007)
 - Kennis omtrent problematiek én kennis omtrent bronnen van hulp (vaak heel moeilijk, vooral bij jongeren, om te weten bij wie kan ik terecht?)
 - Zich competent voelen om gevoelens te uiten
 - Vertrouwensrelatie met mogelijke hulpverleners of significante anderen

Nog een belangrijk aspect om afwijking te bepalen is of er sprake is van lijden of impairment?

Men kan een aantal symptomen hebben, maar als er lijden is in het dagelijks functioneren, kan je de vraag stellen of er dan wel sprake is van een stoornis?

- Lijden/impairment?
voorbeeld: studie Carter et al., 2010
 - klinisch interview bij 1329 ouders over kind (M age = 3 jaar)
 - 32% van kleuters hadden stoornis op basis van het interview

- MAAR: bij 10% geen sprake van significant lijden die het gewone functioneren belette, bij 22% wel ernstige problemen die *school readiness* beperken

Het storen van het dagelijkse leven is op iedere leeftijd anders. Bij adolescent kan het zijn dat hij/zij zijn/haar hobby's niet meer wil uitoefenen, niet meer naar school wil gaan... bij kleuters kunnen er problemen optreden bij het slapen bij iemand anders, problemen met de zindelijkheid...

Prevalentie

Prevalentie van kinderpsychopathologie: meestal tss 15-20%

EERSTE EPIDEMIOLOGISCHE STUDIES (IN VERENIGD KONINKRIJK)

- **Rutter** (in 1964): eiland Wight, om de gehele prevalentie te kunnen berekenen
 - alle kinderen tussen 9-11 jaar (in de hele populatie; N = 3500)
 - gedragsvragenlijst voor ouders en leerkrachten
 - 13% in problematische groep (> kritische score)
 - Stabiliteit? **FU-onderzoek**: climbers, fallers, permanents (was verschillend per stoornis)
 - climbers: jongeren die nog klinischer werden
 - fallers: jongeren die minder klinisch of weer normaal werden
 - permanents: jongeren die stabiel bleven doorheen de ontwikkeling
- Champion, Goodall, & Rutter (1995): Rutter had onderzoek gedaan op eiland, is dit onderzoek nu iets wat replicerbaar is op het vasteland in een grootstad als London? (studie opnieuw)
 - prevalentie van 25%: 25% van kinderen in London kwamen boven kritische grensscore
 - Verklaringen?
 - verschil in levensstijl: vb. drukker en meer stress in een stad, minder tijd voor kinderen
 - andere levensomstandigheden: vb. meer contact met criminaliteit

PREVALENTIE IN BENELUX

- Studies van **Verhulst** (sinds 1983, om de twee jaar)
 - kinderen 4-16 jaar (n = 1615; aselechte representatieve steekproef)
 - vragenlijst bij ouders
 - prevalentie: 10-15%
 - **F.U. na 14 jaar:**
 - geen toename in psychopathologie
 - stabiliteit bij 41% van de jongeren met klinische score op T1 (bij 59% dus verdwenen)
 - meer stabiliteit bij adolescenten
 - internaliserende en externaliserende problemen even stabiel!
 - soms 'verspringen' van stoornis, vb. bepaalde gedragsstoornissen in kindertijd evolueren naar depressie in adolescentie
 - nadeel: geen controle voor hulpverlening tussendoor in de vragenlijsten, dus bij 59% waarbij psychopathologie verdwenen is, weet men niet of dit eigen was aan de ontwikkeling van het kind of aan tussentijdse hulpverlening

- **F.U. na 24 jaar:**
 - jongeren tussen 28-40 jaar
 - respons rate 66%
 - klinisch interview bij jongeren zelf
 - bij 26% nu wel stoornis (niet in 1983)
 - bij 33% stabiliteit met klinische score op T1 (**risicogroep** op jonge leeftijd);
 - opnieuw 'verspringen' van problemen (vb. gedragsprobleem => depressie of gedragsprobleem)

PREVALENTIE IN VLAANDEREN

- Studie van Hellinckx (1993)
 - Kleuters 3-6 jaar (N = 800) + jongeren 6-12 jaar (N = 1218); CBCL bij ouders
 - Prevalentie: 15,4% ernstige emotionele of gedragsproblemen (1 op 6!)
= 240 000 hulpbehoevende jongeren op totaal van 1 555 362 jongeren op dat moment
=> problemen, geen stoornissen, want bevraagd obv vragenlijsten, waardoor geen diagnostiek mogelijk is
 - MAAR: slechts 1 op 10 had hulp => heel weinig jongeren zoeken dus effectief hulp
 - belangrijk: 84,6% doet het dus wel goed!
 - er is geen FU gebeurd

VERSCHILLEN IN PREVALENTIE?

- Studiegroep (vb. Europa vs. VS; culturele verschillen)
- Instrument (categoriaal vs. dimensioneel; ene instrument kan veel strenger zijn dan andere)
- Leeftijd (kleuters, lagere school, adolescenten)
- Informant (ouders, leerkrachten, jongere zelf)
- Soort probleem/stoornis (Anorexia nervosa – 8% – vs. Angststoornis – 20%)
- Geslacht (gedragsproblemen bij jongens vs. emotionele problemen bij meisjes)

Soorten prevalentiestudies

- Voorbeeld 1: Kessler et al., 2005
 - Amerikaanse volwassenen (vanaf 18 jaar)
 - Meer dan 9000 participanten
 - Interview over symptomen van psychopathologie tijdens jeugd
 - 46% rapporteert ooit stoornis gehad te hebben

=> **Age of onset-studie** (op welke leeftijd wordt een stoornis voor het eerst gesignaleerd?)

 - angst: 5 jaar
 - drankmisbruik :15 jaar
 - depressie: 11 jaar
 - Nadeel: retrospectief, vaak grote mediaan (niet altijd even betrouwbaar)
=> longitudinaal, prospectief onderzoek kan hier dus meer voordeel opleveren
- Voorbeeld 2: Costello et al., 2003: longitudinaal onderzoek
 - Jaarlijks opvolgen van 1420 jongeren (9-13 jaar) tot leeftijd van 16 jaar (en verder)
 - Gestructureerd interview van jongere zelf

- Resultaat:
 - PP binnen één meting: 13%
 - Op 16 jaar, over alle metingen: 37% minstens één psychologische stoornis = **lifetime prevalentie** (= over verschillende metingen heen, hoe vaak komen stoornissen nu voor?)

 - Op 21 jaar, som alle stoornissen ooit gedetecteerd in deze groep = **cumulatieve prevalentie** (= als men over een bepaalde periode verschillende prevalentiecijfers van verschillende stoornissen optelt bij een groep mensen)
 - 61% mensen tussen hun 9 – 21 jaar voldeed minimum 1 diagnose
 - 21% subklinische symptomen
 - Ooit meemaken van psychiatrisch probleem blijkt universeel
 - Kanttekeningen: stabiliteit? Lijden? Andere landen?

Dat was Amerikaans onderzoek, fragment over psychische problemen van jongeren bij ons, zie slidecast 2u11min

Prevalentie 1/5, dus iedereen is al in contact geweest met andere jongeren die zich niet goed voelen. We moeten zowel inzetten op meer preventie van psychopathologische stoornissen, als meer hulpverlening. Het belang van de preventie is grote noodzaak! Hoe langer we wachten met preventie, hoe meer stoornis zich kan ontwikkelen en hoe moeilijker het wordt om er de juiste behandeling aan te kunnen koppelen en ervan af te geraken.

1.2. Afwijking van normale ontwikkeling?

ONTWIKKELINGSTAKEN = normale uitdagingen voor een kind op een bepaalde leeftijd

- kunnen spanningen meebrengen
- verschilt individueel, maar iedereen moet erdoor
- leiden tot veranderingen in gedrag, gevoelens, gedachte, (bv. stemmingswisselingen, opstandig gedrag)
- DUS: niet noodzakelijk signaal van afwijkende ontwikkeling of psychische stoornis, wel onderdeel van doorlopen van bepaalde ontwikkelingsstap (al dan niet succesvol)
 - gedragsveranderingen kunnen soms gepercipieerd worden door omgeving als 'oei er is iets aan de hand', maar dit is meestal niet het geval: niet iedereen die vb. adolescentie doormaakt gaat een klinische stoornis gaan ontwikkelen, het hebben v stemmingswisselingen (wat gezien kan worden als afwijkend van de ontwikkeling door de omgeving) is zelfs teken van het doorlopen van een normale ontwikkeling
 - spanningen zijn bij meeste mensen tijdelijk, maar als je erin blijft hangen (vb. als je geen steunend netwerk hebt), dan kunnen deze spanningen wel tot psychopathologie leiden
- Kennis van ontwikkelingsstapen is dus belangrijk om te kunnen onderscheiden of gesteld gedrag eigen is aan de ontwikkelingsfase (kunnen we gedrag normaliseren?) of is gedrag in die mate waardoor ontwikkelingsstapen niet op een succesvolle manier zijn aangevat en waardoor er dus een beginnende psychopathologie ontstaat.
- Dus als kind aangemeld wordt met bepaald klinisch probleem, gaan we dit probleem altijd gaan kaderen binnen de ontwikkelingsfase. (zonder gedrag te gaan normaliseren, want tegen dat mensen hulp gaan zoeken, hebben ze wel al een hele fase doorlopen) Dan kan je mensen tips geven om anders met het gedrag om te gaan, zodat kinderen op een normale manier de ontwikkelingsstapen kunnen doorlopen.

Ontwikkelingsstapen 0-2 jaar

Wat het kind moet leren	Kenmerkende gedragingen
<ul style="list-style-type: none"> - gebruik zintuigen en spieren, lichaamsbeheersing - aanpassing aan dag/nachtritme en voedingsporties/tijden - differentiatie van personen, hechting aan moeder, vader, broers en zussen - overwinning scheidingsangst - exploreren omgeving/voorwerpen 	<ul style="list-style-type: none"> - zuigen, sabbelen op alles, graaien, kwijlen, voedsel uitspugen, kruipen, te lang staan, zich vastklampen, vallen, omgooien - slecht inslapen, veel wakker worden, huilen, hoofdbonzen, schommelen, voedsel weigeren, spugen, volproppen, knoeien met eten - lachen, geluidjes herhalen, kleven, zich afwenden van derden - huilen, klampen, duimen, rituelen, knuffelbeest/lapjes, nachtelijke angsten, paniek, apathie bij scheiding - graaien, sabbelen, bijten, vernielen, smeren en kliederen

Ontwikkelingsstapen 2-6 jaar

Wat het kind moet leren	Kenmerkende gedragingen
<ul style="list-style-type: none"> - van afhankelijkheid naar zelfstandig gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> - imiteren, ook in spel, nalopen, willen zijn als moeder/vader, daarna juist niet

<ul style="list-style-type: none"> - via experimenteren leren omgaan met eigen temperament; eigen gedragsstijl ontwikkelen - frustratietolerantie vergroten - plaats delen met anderen; minder egocentrisch; socialer gedrag - naar school gaan (eerste schooljaar) 	<ul style="list-style-type: none"> - koppigheid, alles zelf willen doen, driftbuien, grenzen testen, angst bij onvermogen, soms regressie, magische rituelen - ruziën en rivaliseren met broers en zussen, soms terugtrekken en regressie naar afhankelijker gedrag - trots; soms weer hevige separatieangst, nachtmerries, lichamelijke klachten
---	--

Ontwikkelingstaken 6-11 jaar

Wat het kind moet leren	Kenmerkende gedragingen
<ul style="list-style-type: none"> - aanpassing aan leeftijdgenootjes, vorming van sociaal invoelingsvermogen en omgaan met grotere sociale omgeving (door hobby's) - school en leerstof (concentratie, discipline) - vorming van eigen normen en waarden 	<ul style="list-style-type: none"> - spelinitiatieven nemen, vriendschappen sluiten, in groepjes functioneren, rivaliseren, sociale angst, zich terugtrekken - leren presteren, interesses opbouwen - soms schoolfobische klachten, soms leerstoornissen - minder af-en aanhankelijk gedrag; zelfstandiger, gewetensvoller

Ontwikkelingstaken 12-15 jaar

Wat het kind moet leren	Kenmerkende gedragingen
<ul style="list-style-type: none"> - omgaan met veranderingen in het lichaam - verdere afwegingen van normen en waarden; opbouw eigen referentiekader/identiteit - vaardiger omgaan met leeftijdgenoten en anderen 	<ul style="list-style-type: none"> - lichamelijke klachten (pijn, eten en slapen onregeldd), hormonale problemen - debatteren, ruziën, selftalk, dagboeken, schuldgevoelens, rationaliseren, fantaseren, zich afzetten tegen ouders, idolenverheerlijking - probleem oplossen, vriend- en vijandschappen, soms sociale angst, zich terugtrekken, apathie

Ontwikkelingstaken 15-20 jaar

Wat het kind moet leren	Kenmerkende gedragingen
<ul style="list-style-type: none"> - verder onafhankelijk worden van feedback van ouders/leraren e.a. - kiezen voor eigen strategieën en ideeën; ontwikkelen steviger gevoel van eigenwaarde - verdere verwerving van sociale en beroepsvaardigheden - zich losmaken van ouders en 'nest'; plaatsbepaling - oplossen van loyaliteitsconflicten; verwerking van verlies, afscheid 	<ul style="list-style-type: none"> - experimenteren met extreme gedragsalternatieven, debatteren, grenzen testen - zichzelf over-en onderschatten/afkeuren; depressieve buien, soms angst, rationaliseren, intellectualiseren - stapsgewijs, maar ongelijkmatig soms provocerend - verminderen van afhankelijk gedrag - 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

Belangrijk is ook als je het hebt over normale – afwijkende ontwikkeling, dat je rekening houdt met **CULTURELE FACTOREN!**

- Belangrijk: er zijn **verschillen tussen culturen én verschillen binnen culturen** in hoe wordt omgegaan met kinderen en jongeren, verwachtingen en uitingen van psychopathologie
 - verschillen tussen culturen: veel verschillen in wat ouders verwachten van hun kind en hoe bepaalde symptomen van gedrag gepercipieerd worden
 - vb. ongehoorzaamheid als symptoom van ODD
 - Westerse cultuur = externaliserend gedrag, regels overtreden
 - Oosterse cultuur = ongeïnteresseerd lijken, aarzelend reageren
 - Rutter en collega's (2002): sommige stoornissen zijn eerder universeel, anderen zijn meer afhankelijk van de sociale omgeving/cultuur
 - vb. Anorexia: meer in Westerse cultuur, vooral bij culturen met hoge prestatiedruk
 - Margaret Mead: bepaalde fasen in de ontwikkeling zijn meer eigen aan bepaalde cultuur
 - adolescentiefase een typisch westers fenomeen? (< Anglo-Amerikaanse visie op PP): typische puberteitsproblemen wel bij Amerikaanse jongeren, niet op eiland Samoa
 - Verschillen tussen band ouder-kind (gehechtheidsrelatie), afhankelijk van hoeveel tijd kinderen en ouders samen besteden
 - Japan en Noorwegen: kinderen zelden gescheiden van moeders
 - Groter risico op slechtere gehechtheidsrelatie als je als ouder minder tijd bij je kind besteed (omdat er vb. minder lang zwangerschapsverlof is, worden kinderen sneller nr de crèche gebracht)

INTERMEZZO

- Aanmeldingsklacht: angst om te eten en over te geven, teruggetrokken, ongelukkige indruk volgens mama
- Diagnostisch
 - Beschrijven
 - Angststoornis? Eetstoornis? Depressieve stoornis?
 - Verklaren
 - Oorzakelijke en instandhoudende factoren?
 - = hypothesen o.b.v. theoretische modellen, wetenschappelijke evidentie omtrent risico/protectieve factoren

1.3. Modellen van normale ontwikkeling

We gaan eerst op zoek naar modellen die de normale ontwikkeling van een kind kunnen verklaren. Daarna gaan we onderzoeken of deze modellen ook kunnen helpen om de pathologische/afwijkende ontwikkeling van een kind te gaan verklaren. **Normale ontwikkelingsmodellen schuiven assumpties naar voren rond welke rol kindfactoren en omgevingsfactoren spelen binnen de ontwikkeling van het kind.**

3 soorten modellen:

1. trekmodel
2. contextueel model/omgevingsmodel
3. interactiemodel

Trekmodel

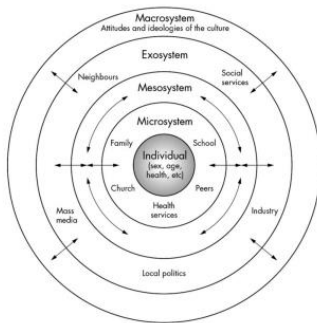
- Ontwikkeling wordt bepaald door trekfactoren, individuele intrapersonlijke karakteristieken (**endogene factoren**)
- Trek/trait is relatief onbeïnvloedbaar, een trek gaat autonoom de ontwikkeling gaan beïnvloeden
 - aangeboren trait: vb. temperament, impulsief zijn
 - verworven trait: vb. copingvaardigheden, manier waarop je omgaat met problematische situaties
 - klinisch ben je niet veel met een trek, want het is onbeïnvloedbaar
- Houdt geen rekening met effecten van omgeving op de ontwikkeling van een kind!! Trekken zijn puur intrapersonlijk, endogeen en gaan zo ontwikkeling van een kind beïnvloeden!
 - vb. gehechtheidstheorie van Bowlby werd vroeger gezien als een trekmodel: gehechtheidsschema werd gevormd in 1^{ste} levensjaar en gaat de rest v het (sociaal en emotioneel) leven gaan beïnvloeden volgens die theorie en je kan daar niets meer aan veranderen. Je hebt geluk als je veilig gehecht bent, als je onveilig gehecht bent, heb je pech, en in het deterministische beeld van de theorie kan je aan die gehechtheid en de gevolgen ervan niets meer aan veranderen. Ondertussen stapt men daar door onderzoek wel al vanaf, er kunnen fluctuaties zijn!!
- Momenteel verworpen: men kan niet volhouden dat ontwikkeling van een kind enkel intrapersonlijk bepaald wordt, zonder dat de omgeving daar iets mee te maken heeft.
- Variant: littekenmodel = kind blijvend getekend door blootstelling aan aversieve ervaring, als kind ben je getekend en dat blijf je je hele leven meedragen, maar de aversieve ervaring komt wel vanuit de omgeving, dus het is door de omgeving dat je getekend bent (omgeving speelt dus wel een rol)
vb. effect van mishandeling op PP via persoonlijkheid (Oshri et al., 2013)

Contextueel model/omgevingsmodel

- Ontwikkeling wordt volledig beïnvloed door externe omgevingsfactoren (**exogene factoren**)
- Verschillende contexten bij kind: in de eerste jaren van een kind is de omgeving beperkt, maar naarmate je ouder wordt, wordt de omgeving verruimd
 - prenatale omgeving
 - opvoeding
 - school & leeftijdsgenoten
 - partner
- Dynamisch: omgeving beïnvloedt sociaal-emotioneel functioneren, elk gedrag die gesteld wordt door een kind kan veranderen als de omgeving verandert
 - als omgeving verandert, verandert ook het individu
 - m.a.w. elke eigenschap van kind kan bijgestuurd worden mits juiste omgeving
 - vb. (sociale) leertheorie (Granic & Patterson, 2006): basis gedragstherapie, gedrag kan veranderd worden als je iets in de omgeving gaat wijzigen vb. door beloning en straf kan je gewenst gedrag bekomen
- Klinische invalshoek!
 - vb. gedragstherapie (Patterson) om gedrag van kinderen bij te sturen: straffen versus belonen (zie ook les gedragsproblemen)

Ecologisch model

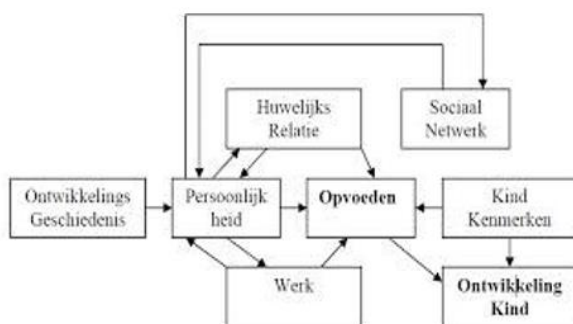
Voorbeeld Bronfenbrenner (1977): contexten op micro-, meso- en macroniveau



vb. werk vd ouder kan beïnvloeden hoe vaak ouders en kind elkaar zien

Voorbeeld Belsky (1980): opvoedingsomgeving in ecologisch model

(! evidentie gevonden vr PP en obesitas voor verschillende mechanismen binnen model)



Ontwikkeling vh kind wordt niet alleen door kindkenmerken beïnvloed, maar ook door opvoedingsomgeving. Opvoedingsomgeving wordt heel breed omschreven: werk, persoonlijkheid ouders, huwelijksrelatie, sociale relaties vd ouders (als men breed sociaal netwerk hebben met andere ouders zullen ze minder bezorgd zijn over bepaalde situaties, omdat ze v andere ouders horen dat andere kinderen ook

zo'n gedrag stellen; sociaal netwerk kan ook negatieve invloed hebben)...

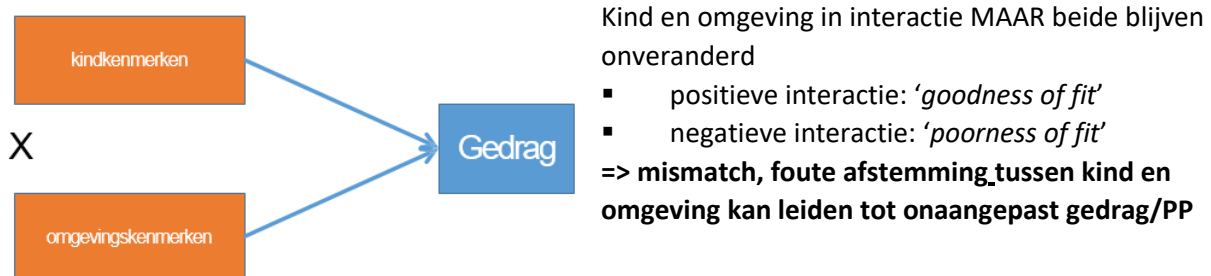
Kritische kanttekeningen

- Passief mensbeeld: kind moet zich aanpassen aan de omgeving, (probleem)gedrag wordt puur gezien als functie van de omgeving (**exogene factoren**)
- Andere:
 - maladaptieve omgeving (bv. trauma) kan leiden tot adaptief gedrag (bv. emotionele vervlakking om trauma niet constant opnieuw door te maken)
 - Hoe positieve/negatieve omgeving definiëren? Sommige omgevingen zijn positief voor een kind, terwijl dezelfde omgeving negatief zijn voor een kind
 - Kritische perioden voor impact van bepaalde omgevingsfactoren? Wordt niet besproken in model.
 - Welk effect heeft omgevingsverandering op kind? Model zegt daar niet veel over
 - vb. mama die hersteld is van depressie => effect op kind? Heeft kind dan nog evenveel of minder risico om psychopathologie te ontwikkelen?
 - nood aan longitudinaal onderzoek!

Interactiemodel

= actieve wisselwerking tussen kind- en omgevingskenmerken, kunnen veel meer verklaringen gaan stellen voor gedrag
=> gedrag gevormd door *it's adaptive adaptability*

Goodness of fit-model



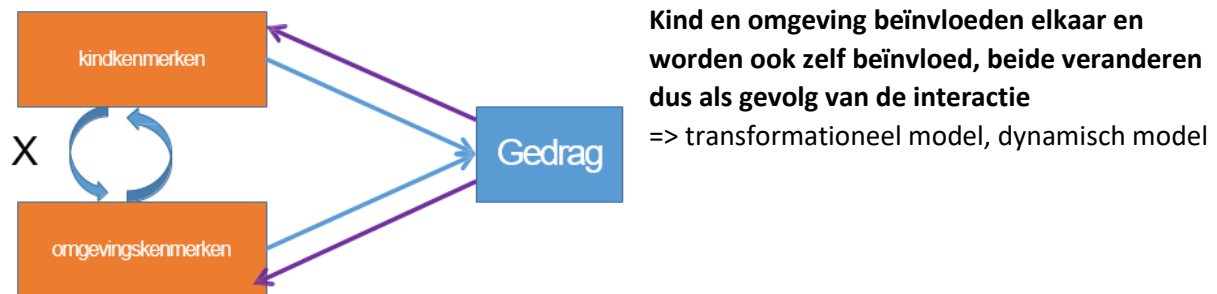
vb. Temperamentvol kind: als je die in een omgeving plaats waar er veel activiteiten zijn samen met andere temperamentvolle mensen, dan is de kans groot dat anderen niet gaan klagen over temperament vh kind én dan gaat kind geen problemen ontwikkelen. Dan is er dus een match. Als het kind in een omgeving terecht komt waar hij stil moet zitten, dan kan er een mismatch ontstaan en kunnen er veel meer conflicten ontstaan.

- Klinisch relevant:
 - kenmerken van kind kunnen probleem verklaren
 - kenmerken van omgeving kunnen probleem verklaren
 - ook interactie tussen beide

=> in klinische context dus altijd beide in acht nemen
=> geen 'schuldige', maar er is dus wel een mismatch
vb. 'gevoelig' kind x sensitieve ouders x drukke school: er zijn verschillende omgevingen waar een kind in terecht komt, deze hebben allemaal een andere invloed op het kind: mismatch met schoolomgeving, maar match met ouders

- Kritieken:
 - Relativisme?
 - Is alles slechts een kwestie van foute afstemming?
 - Zijn er niet al bepaalde omgevingsfactoren die op zich al voldoende zijn om psychopathologie te gaan veroorzaken vb. mishandeling, incest...?
 - Zijn er niet bepaalde kindfactoren die kans op psychopathologie verhogen vb. prikkelbaar temperament?
 - Transformaties t.g.v. interacties?
 - Wat gebeurt met eerder verworven gedrag? vb. In een behandeling kan je kind anders leren omgaan in bepaalde gedragingen, maar het temperament zelf ga je niet gaan veranderen. Je weet ook niet hoe interactie tss kind en omgeving verder verloopt.
 - Goodness of fit model zegt dat kind en omgeving interageren om gedrag te bepalen, maar zegt niks over welk effect kind heeft op omgeving, of omgeving op het kind.
 - Dynamische relaties tussen kind en omgeving?
 - => Nood aan transactioneel model om effecten op elkaar te verklaren!

Transactioneel model



- Transactioneel model biedt meeste info over hoe psychopathologie in stand gehouden wordt, omdat veroorzaking/causaliteit kan verklaard worden door enkele pijlen, maar als je iets wil zeggen over de instandhouding van een probleem, moet je bidirectionele relaties/pijlen hebben. Door circulariteit blijft iets bestaan.
- Om processen over psychopathologie te gaan verklaren, biedt het transactioneel model heel interessante assumpties (stoornisspecifiek)
- Opmerking: niet alle variabelen hebben zelfde positie
vb. **diathese-stressmodel**
 - Centrale **kwetsbaarheidsfactoren**: kindkenmerken, biologische/psychologische diathese

X

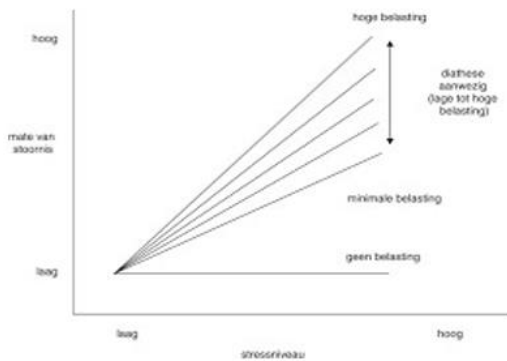
- Activatie door **omgeving/stress**

= noodzakelijke voorwaarde

Kwetsbaarheidsfactoren bevinden zich meestal op intrapersoonlijk niveau, zowel biologisch als psychologisch en worden geactiveerd door omgeving en stress en zo kan psychopathologie ontstaan.

DIATHESE-STRESS MODEL

voorbeeld: longitudinale studie van Mezulius, Hyde en Amramson (2006)



Hebben evidentie gevonden van diathese-stress model bij kinderen en jonge populaties. Interactie is belangrijk en stress is nodig om diathese tot uiting te kunnen laten komen, maar als iemand een hoge belasting kwetsbaarheid heeft is minimale blootstelling aan stress voldoende om tot psychopathologie te leiden. Omgekeerd, wanneer je mindere kwetsbaarheid hebt, maar toch heel vaak wordt blootgesteld aan veel stress, kan dat ook leiden tot psychopathologie. => **kwetsbare kinderen**

Uitzondering zijn de **veerkrachtige kinderen**, die geen belasting of kwetsbaarheid hebben, zij mogen zowel met veel als weinig stress geconfronteerd worden, de kans dat ze een psychopathologie ontwikkelen is eerder klein.

Vanuit diathese-stress model is een noodzakelijke voorwaarde om aan blootgesteld te worden om een psychopathologie te ontwikkelen natuurlijk stress. Factoren die stress bezorgen zijn verschillend tijdens de verschillende fasen van de ontwikkeling. Ook op jonge leeftijd kan diathese-stress model al verklaren waarom ene kind meer moeilijkheden heeft met bepaalde gedragingen in vergelijking met een ander kind (verschillende kwetsbaarheden).

- baby's: wnr moeder weggaat, als vreemde mensen op bezoek komen, medische onderzoeken, honger, als basisbehoefte niet voldaan is...
- lagere schoolleeftijd: toetsen maken, knuffelbeer kwijt zijn als je gaat slapen, scheiding...
- adolescent: andere dingen bezorgen ons nu stress ivm vroegere leeftijd
=> **elke leeftijds- en dus ontwikkelingsfase heeft verschillende stressoren!**

Stress = levensgebeurtenissen die het fysiologisch, emotioneel of cognitief evenwicht van een persoon verstoren. Er is een verschil tussen acute en chronische psychosociale stressoren:

- acute psychosociale stress-factoren: eenmalige life-events
verandering van school, geboorte van broer of zus, scheiding van de ouders, gearresteerd worden, ongewenst zwanger raken, overlijden van een ouder, seksueel misbruik/mishandeling
 - ontwikkelingsfase is hierin belangrijk
 - **maar ook subjectieve beleving van kind of jongere is belangrijk!**
vb. 15-jarige die gedumpt wordt, voor de ene zal dit heel stressvol zijn, anderen zullen daar misschien veel makkelijker over geraken
- chronische psychosociale stress-factoren
gepest worden, teveel mensen in huis, ruzie in het gezin, chronisch zieke ouder, opgroeien in armoede (sociocultureel), strenge en/of afwijzende ouder, veelvuldige gezinsveranderingen

weer belang van subjectieve beleving, naast belang van ontwikkelingsfase: vb. wnr ouders scheiden na jarenlang ruzie gemaakt te hebben, kan scheiding voor een kind eerder een opluchting betekenen in vergelijking met een kind die de scheiding nooit had zien aankomen, waar ouders heel gelukkig leken

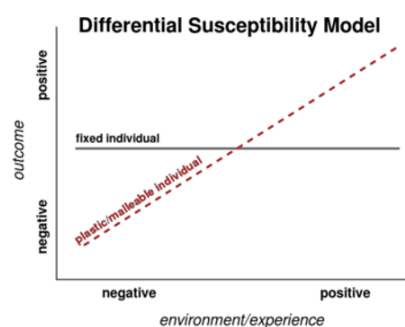
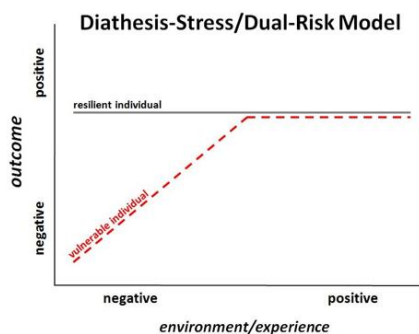
- Onderzoek heeft aangetoond dat specifiek focussen op specifieke stressoren belangrijk is om trajecten naar psychopathologie te gaan verklaren.
 - terugkerend seksueel vs. fysiek misbruik: cf. studie Bentall et al. (2012): twee trajecten mogelijk naar psychosen afhankelijk van soort stress beleefd in kindertijd (seksueel en fysiek misbruik hadden verschillend traject om psychose te verklaren, leidde beiden tot andere symptomen)
 - seksueel misbruik: auditieve hallucinaties
 - fysiek misbruik: paranoïde symptomen
 - Het is dus belangrijk om naar specifieke stressoren te gaan peilen en niet gewoon te vragen vb. hoeveel stress heb je op schaal van 0 tot 10

Er zijn ook verschillende varianten in het diathese-stress model:

- **Stress generation-model**
 - Diathese + meer opzoeken/uitlokken van stresserende omgeving => grotere kans op PP
 - Bepaalde kinderen hebben bepaalde kwetsbaarheid/diathese en gaan ook sneller een stresserende omgeving opzoeken, waardoor er een grotere kans is op het ontwikkelen van een psychopathologie

- **Vantage sensitivity** (recent model)
 - Diathese moet niet alleen negatief zijn, maar sommige kinderen zijn alleen gevoelig voor positieve omgeving, niet voor negatieve
 - Onderzoek: focust ook op positieve uitkomstmaten! Voor klinische relevantie is het ook belangrijk om te kijken naar positieve uitkomsten om te kijken wat ervoor zorgt dat het goed gaat.

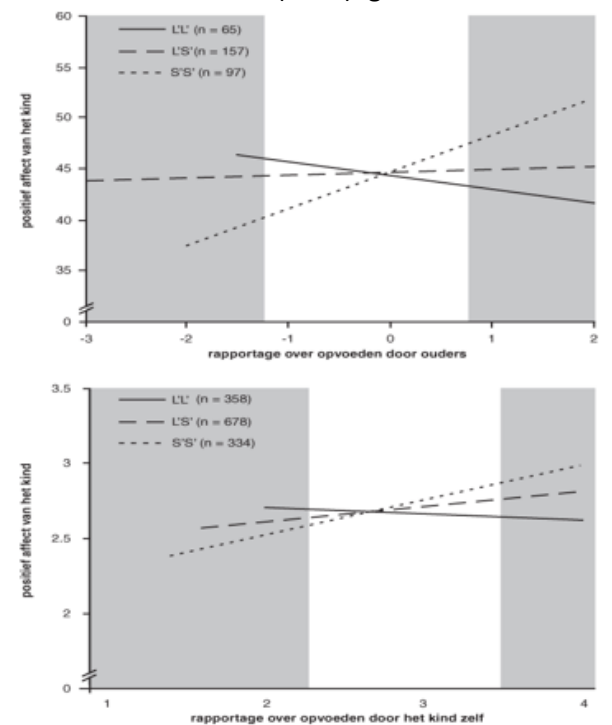
- **Differential susceptibility-model** (recent model) = differentiële kwetsbaarheid
 - Gaat ook meer naar de positieve uitkomst gaan kijken
 - diathese X negatieve omgeving => meer PP (= diathese-stress visie)
 - diathese X positieve omgeving => meer positieve uitkomst
 - kwetsbaarheid hoeft dus niet altijd een negatieve uitkomst te kennen, als dezelfde kwetsbaarheid in een positieve omgeving terecht komt, kan dit leiden tot meer positieve uitkomsten vb. goede aanpassing aan veranderende omstandigheden, sociale competentie, positieve affect
 - Onderzoekers hebben model ook vergeleken met twee soorten bloemen
 - dandelion children (paardenbloem): paardenbloem zijn sterke bloemen, hebben weinig diathese, veerkrachtig
 - orchid children: hebben wel bepaalde kwetsbaarheid, maar wnr ze in positieve omgeving terecht komen, kan de orchidee uitbloeien tot een zeer mooie bloem, maar wnr die in een nefaste omgeving staat gaat die bloem verwelken



Voorbeeld differential susceptibility model:

- Kim & Kochanska (2012): longitudinaal, gekeken naar ontwikkeling van zelfregulatie vaardigheden
 - 7 maand: temperament
 - 15 maand: kwaliteit moeder-kindinteractie (zagen ze als omgevingsfactor die kon interageren met de diathese)
 - 25 maand: zelfregulatie kind
 - Resultaten:
 - Hoge negatieve emotionaliteit x niet-responsieve omgeving => minder zelfregulatie
 - Hoge negatieve emotionaliteit x responsieve omgeving => meer zelfregulatie
 - Lage negatieve emotionaliteit: geen interactie met ouder-kindrelatie op zelfregulatie => het hebben van kwetsbaarheid, kan juist voordeliger uitkomen in juiste omgeving => **zelfregulatie is dus niet enkel gekoppeld aan trekfactoren, maar ook aan omgeving!!**

- Illustratie Hankin et al (2011): genetische kwetsbaarheid bij kind S'S' allel (vr depressie)

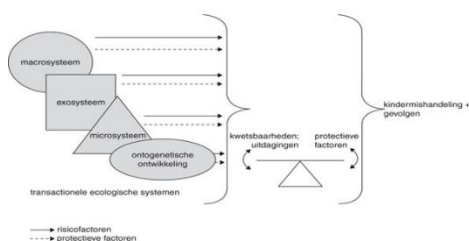


Zowel bij rapportage v ouders als van het kind heb je een bepaalde genetische kwetsbaarheid (komt tot uiting in SS-allel):

- als die kwetsbaarheid terecht komt in negatievere omgeving (opvoeding wordt als minder positief gescoord), leidt dat tot minder welbevinden
- als kwetsbaarheid in interactie met positievere opvoeding, zowel bij ouder als bij kind, wordt gerapporteerd, gaat dit tot meer welbevinden leiden

=> ook met genetische kwetsbaarheid kon men evidentie vinden voor dat differential susceptibility model

ECOLOGISCH TRANSACTIONEEL MODEL: ILLUSTRATIE, CICHETTI, TOTH EN MAUGHAN (2000)



Model dient ter illustratie van transactioneel model voor kindermishandeling.

Binnen ontwikkelings-psychopathologie gaan we gebruik maken van kennis die we opgedaan hebben rond algemene modellen, en we dan stoornisspecifiek gaan kijken welke modellen toepasbaar zijn. Er zijn ook een aantal algemene

modellen die toepasbaar zijn op meerdere stoornissen, maar voor sommige stoornissen heb je specifieke transactionele modellen die nog andere factoren toevoegen of specifieke uitspraken doen over welke omgevings- en intrapersoonlijke factoren een rol spelen in de specifieke stoornis. Transactionele modellen zijn binnen psychopathologische benadering de belangrijkste visie, omdat je bidirectionele relaties hebben binnen verschillende kaders in die modellen. Klinisch gezien zijn modellen dus belangrijk om in de praktijk verklarende hypothesen naar voren te kunnen schuiven.

1.4. Risico- en beschermende factoren

- Om in de klinische wereld verklarende hypothesen naar voor te kunnen schuiven heb je ook kennis nodig over welke risicofactoren het risico verhogen op een bepaalde pathologie en welke protectieve factoren van belang zijn. Ook is dit van belang voor de assessment.
- Emotionele en gedragsproblemen hebben nooit één oorzakelijke (risico)factor => steeds combinatie van factoren:
 - altijd impact van aanleg (intrapersoonlijk) & omgeving (interpersoonlijk)
 - er zijn zowel noodzakelijke als voldoende voorwaarden vb. diathese-stress model: stress is noodzakelijk om diathese tot uiting te laten komen
 - er is altijd dynamiek tussen risico- en protectieve factoren: belangrijk om te bestuderen wat jongeren veerkrachtiger maakt en wat maakt dat het risico kan verkleinen, belangrijk voor onderzoek als voor de praktijk

Conceptualisatie risicofactoren

Risicofactor = factor die een negatieve invloed heeft op de (normale) ontwikkeling van een kind en die de kans op een bepaalde ontwikkelingsuitkomst verhoogt – bij ontwikkelingspsychopathologie gaat dit dus over maladaptieve ontwikkelingsuitkomst (Kazdin et al., 1997)

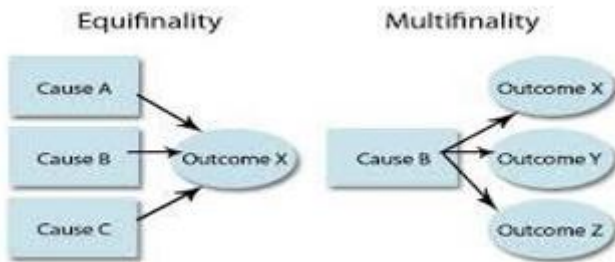
- Kansuitspraak (probabilistic risk)
 - altijd studies bij grote groep, er worden geen uitspraken gedaan m.b.t. individu
 - maar die studies bij grote groepen gaat men dan wel gebruiken om id praktijk, wnr we het dus hebben over een bepaald individu, een bepaalde hypothese voorop te stellen rond wat het risico bij die persoon kan verhoogt hebben op een stoornis
 - hypothese moet ook altijd getoetst worden, daarom is in praktijk toetsen even belangrijk als het hebben van een goede hypothese
 - vb. roken als risicofactor van longkanker, maar er zijn mensen die roken en nooit longkanker ontwikkelen, evengoed zijn er mensen met longkanker die nooit geraakt hebben
- Risicofactor gaat vooraf aan de uitkomst: zegt iets over de kans op het ontwikkelen van een bepaalde uitkomst
- Onderscheid tussen bepaalde termen en 'risicofactor':
 - Correlaat: twee variabelen die op hetzelfde moment samenhangen, terwijl risicofactor vooraf gaat aan een bepaalde uitkomst
 - Kwetsbaarheid
 - interactie-effect vs. hoofdeffect: kwetsbaarheid zal eerder in interactie uiten in een stoornis (vb. in interactie met stress), terwijl risicofactor spreekt over een hoofdeffect waar kans sowieso al groter is op een bepaalde uitkomst
 - vb.: diathese-stressmodel, IQ, PI (= punishment insensitivity, ongevoeligheid voor straf, temperamentsfactor: in je temperament heb je een inhibitiesysteem, dat is de mate waarin je gevoelig bent voor negatieve effecten uit de omgeving, vb. voor kritiek, voor straf... Je hebt ook het activation system – BAS – de gevoeligheid voor beloning. Vaak werd er gedacht dat iemand met PI een groot risico had om pathologie – psychopathie –

te ontwikkelen, maar nu heeft men daar meer onderzoek naar gedaan en blijkt het meer een kwetsbaarheidsfactor te zijn in het temperament en de kans verhoogt op psychopathie, maar dan vooral als persoon in een negatieve omgeving terecht komt.)

- Markers:
 - fixed marker = kan je niet veranderen, vb. als een bepaalde leeftijd gevoeliger is voor het ontwikkelen van een pathologie: op een bepaald moment heb je die leeftijd en daar kan je niet veel aan veranderen, dan zit je in die risicofase
 - variable marker = vb. emotieregulatiestijl, daar kan je wel gaan op inwerken door meer adaptieve stijl te gaan aannemen
- Causale risicofactoren:
 - Meer experimenteel onderzoek nodig, waarbij je alle omliggende factoren zoveel mogelijk kan controleren, je kan om causale risicofactoren te onderzoeken geen longitudinale studies gebruiken, die gebruikt worden om risicofactoren te bestuderen!
 - Met gewone risicofactoren kan je zeggen dat het de kans verhoogt op ontwikkelen van een psychopathologie, maar dat zijn niet noodzakelijk causale uitspraken, iets kan wel de kans verhogen op bepaalde negatieve uitkomst, maar naar causaliteit toe kunnen andere factoren in de omgeving nog mee die negatieve uitkomst gaan bepalen.
- Risicoperioden: perioden die hoog risico vormen op bepaald ontwikkelingsuitkomst
 - vb. agressie in lagere schoolleeftijd heeft veel negatievere uitkomsten dan wanneer men agressief is in de adolescentie
- Risicomechanismen: onderliggende processen die gebeurtenis in gang zetten vormen risico
 - vb. echtscheiding: mechanisme vd scheiding verhoogt risico op de pathologie, eerder dan het moment wanneer de scheiding plaatsvindt vb. ouder kan kind minder zien, minder aandacht voor kind, veel geruzie...

Risicofactoren in transactioneel model

- Als je lijst van risicofactoren bij kinderen gaat bevragen, gaat elk kind wel een bepaald risicofactor in zijn omgeving of temperament hebben. Dat gaat er niet voor zorgen dat elk kind een psychopathologie gaat ontwikkelen.
- Er is wel sprake van een meetkundige reeks wnr men kijkt nr additioneel effect van risicofactoren => **cumulatief risicomodel**: het hebben van 4 risicofactoren heeft groter risico op ontwikkelen van pathologie dan hebben van 3 risicofactoren
 - Durlak (1999): meetkundige i.p.v. rekenkundige reeks
 - meer risicofactoren, slechter ontwikkelingsverloop
 - ook cumulatieve interacties tussen factoren, wat transactioneel ook voorop stelt => risicofactor neemt toe in ernst: iemand met zowel intrapersoonlijke als omgevingsrisicofactoren zal ook sneller pathologie ontwikkelen, zeker als dit dan nog eens gepaard gaat met gebrek aan protectieve factoren



- **multifinaliteit:** zelfde (combinatie van) risicofactoren leidt tot verschillende uitkomsten
 - vb. agressieve kinderen: kinderen die agressief zijn in lagere school, kunnen in adolescentie gedragsprobleem ontwikkeld hebben of kunnen in adolescentie depressieve stoornis ontwikkeld hebben, maar agressie kan ook verdwijnen waardoor er geen pathologie ontstaat
- **equifinaliteit:** bepaald probleem kan door verschillende risicofactoren verklaard worden
 - vb. druggebruik in adolescentie, vb. depressie casussen in les 1

Klinisch gezien is het heel belangrijk om multi- en equifinaliteit altijd mee in rekening te brengen. Iedereen heeft zijn unieke factoren die in interactie staan om vb. depressieve symptomen te gaan verklaren (equifinaliteit). Ook is het belangrijk voor onderzoek om te kijken hoe mensen met dezelfde symptomen gaan evolueren, wie gaat pathologie ontwikkelen en wie niet (multifinaliteit)? Zo kunnen we ook protectieve factoren achterhalen en preventieprogramma's opstellen.

Risicofactoren op verschillende niveaus: algemeen

- organisch (genetisch/neurologisch) niveau
 - ondervoeding, neurologische defecten, genetische aanleg, biochemische verstoring
- intrapersoonlijk niveau
 - onveilige hechting, temperament, intelligentie, informatieverwerkingsstijl
- interpersoonlijk niveau
 - familie functioneren (conflicten), stressvolle ervaringen, in interactie met omgeving
- hogere-orde niveau
 - armoede, sociaal-culturele factoren

Als we kijken naar klinische relevantie, naar de praktijk, wordt het duidelijk dat we slechts op enkele factoren – intra- en interpersoonlijk niveau – kunnen inwerken. Organische factoren kan je niet echt veranderen. Inwerken op hogere-orde niveau is een doel, maar is veel moeilijker te behandelen.

Erfelijke belasting als risicofactor

- Opmars **gedragsgenetica:** onderzoek naar invloed van genen op gedrag
 - Belangrijke conclusie: er is niet één bepaald gen voor één bepaald gedrag of één bepaald symptoom. Moest dit wel zo geweest zijn, dan konden we waarschijnlijk veel makkelijker ingrijpen op dat gen dat gedrag bepaalt.
 - Overerving van gedrag?

- Tweelingstudies: methodologisch voordeel
 - rol van erfelijkheid: mono vs. dizygote tweelingen
 - rol van gedeelde omgeving: tweelingen vs. gezinsleden die samen opgroeien
 - rol van niet-gedeelde omgeving: specifieke levenservaringen vb. hobby's
=> vanuit onderzoek naar tweelingen kan je dus rond interacties met genen en omgeving interessante studies gaan doen

- Opmerking: rol van de genen wordt vaak overschat! Genen kan je eerder als zien als kwetsbaarheid die in combinatie met bepaalde risicofactoren gaat leiden tot pathologie, maar er is zeker geen één op één relatie tussen genen en pathologie!
 - bijvoorbeeld: recente meta-analyse (Polderman et al., 2015 in Nature Genetics)

- Soms verschil van resultaten tussen onderzoek naar tweelingenstudies ivm adoptiestudies
 - vb. overerving van angst: **box 1.8, HB. pg. 30**

- Identificatie van genen voor psychische kenmerken is moeilijk, want psychische kenmerken zijn multifactorieel bepaald! cf. Pennington
- Aanlegfactoren bekijken binnen transactioneel model
=> in rekening brengen van contexten en omgeving!
 - vb. '*slapende genen*': genen die getriggerd worden in bepaalde contexten of bepaalde ontwikkelingsfasen (cf. Hankin et al., 2011, zie sv. pg.24): in lagere schoolleeftijd spelen omgevingsinvloeden een rol in ontwikkelen van Anorexia Nervosa, op middelbare schoolleeftijd spelen genen wel een rol in de ontwikkeling van anorexia
 - oppassen met onderschatten *niet-genetische invloeden* (gedeelde & niet-gedeelde omgeving)!

Temperament als risicofactor

- Wat is **temperament**?
 - biologische basis, manifestatie op jonge leeftijd, stabiel gedurende levensloop
 - wordt gebruikt om individuele verschillen te gaan beschrijven vb. introvert/extravert
 - mogelijke risicofactor voor instandhouding van problematiek

- Illustratie: Dunedin-studie (Nieuw-Zeeland; Caspi et al., 1997)
 - observatie checklist bij 3-jarige peuters
 - opgevolgd tot jongvolwassenheid
 - Resultaat: voorspelling van 3 ontwikkelingstrajecten afhankelijk van temperament
 - 'geïnhibeerd': positieve ontwikkeling, beperkter sociaal netwerk (10%)
 - 'undercontrolled': later op alle vlakken minder aangepast gedrag (10%)
 - 'adequate': positieve ontwikkeling op alle vlakken (80%)

- Kanttekening: op basis waarvan ga je temperament indelen, want er zijn verschillende temperamentsmodellen en aan de hand van een specifiek temperamentsmodel gaat men specifieke types gaan benoemen (vb. Theorie van Gray deelt temperament op in BIS/BAS). Het is niet gezegd dat temperament per se op te delen is in deze 3 types, maar Dunedin studie is wel een interessant onderzoek, omdat het aantoont dat een bepaald type temperament een risicofactor kan zijn voor negatieve uitkomsten.

Omgeving als risicofactor: niveau van interpersoonlijke risicofactoren

- Onderscheid tussen niveaus:
 - distaal niveau vb. lage SES, armoede, werkloosheid (socio-economische staat)
 - proximaal niveau vb. problematische ouder-kindrelatie
- Rol van de ouders bij ontwikkeling van kind: diverse factoren spelen rol
 - opvoedingsstrategieën als belangrijkste risicofactor: de rol van opvoedingsstijl is al voor elke specifieke stoornis onderzocht, in welke mate interacties en relatie ouder-kind een invloed hebben op ontstaan van een bepaalde stoornis
 - emotioneel klimaat: sensitiviteit die ouders aan dag leggen, manier waarop ouders er zijn op momenten van stress voor het kind, gehechtheid...
 - vb. model van Morris (zie les gedragsproblemen): model dat transdiagnostisch – niet alleen voor gedragsstoornissen, maar ook voor andere vormen van psychopathologie – probeert te verklaren hoe verschillende ouderfactoren rol kunnen spelen bij ontwikkeling v een stoornis
- Rol van onverwachte factoren/negatieve 'life events' (verhuizing, ziekte, ongeval)
- Diathese-stress: meeste gezins- en omgevingsfactoren worden als stressoren gezien, terwijl de kindfactoren eerder als diathese gaan gezien worden
 - Gest, Reed, & Masten (2009): impact van verhuizing (4 jarig kind) of echtscheiding (7-jarig kind) enkel bij kwetsbare kinderen
 - Mezulius et al. (2006): meemaken van negatieve life events speelt enkel rol bij kinderen met de temperamentstrek 'emotionele reactiviteit' als kwetsbaarheid

Rol van cultuur in risicofactoren?

- **Cultuur** = levensstijl, waardepatronen, betekenisystemen, technologische ontwikkelingen en inrichting van de samenleving.
Cultuur kan je niet negeren als risico- of protectieve factor. Binnen 'cultuur' zijn er een aantal concepten die in onderzoek voorkomen als mogelijks risicovol vr het ontstaan v pathologie:
 - acculturatie = ervaring van het verlies van contact met een eerdere gemeenschap en van het nieuwe contact met een of meer andere culturele gemeenschappen.
vb. Antilliaanse kinderen in Nederland
 - acculturatiestress = minder vertrouwde sociale relaties, onzekere toekomst, nieuwe taken, andere cultuur en routines, taal, discriminatie, ...
- Mulder et al (2011): Welke factoren verhogen risico op PP bij immigranten?
 - eerder crimineel gedrag en gedragsproblemen, gebrekkige pedagogische vaardigheden van ouders, fysieke – en emotionele mishandeling, slechte vrienden, beperkte cognitieve vermogens, gebrek aan positieve copingstrategieën, laag zelfbeeld, drop-out en slechte schoolprestaties
 - zelfde factoren die bij mensen die niet immigreren ook het risico op PP verhogen: hun resultaten kloppen dus wel, maar gelden voor iedereen (er was geen controlegroep in de studie om te bewijzen dat factoren enkel voor immigranten zouden gelden)

- MAAR: dit was overwegend correlatieel onderzoek, dus je kan niet spreken over een risico, want er is geen longitudinaal onderzoek naar gebeurd!
- Er moet nog veel meer onderzoek gebeuren naar rol van cultuur in psychopathologie bij jongeren. Ook moet proces en mechanismen van risicofactoren veel beter onderzocht worden, want vb. jongere kan door acculturatiestress lager zelfbeeld ontwikkelen en daardoor kan het zijn dat acculturatiestress risico vormt tot PP (maar dit is dus nog niet onderzocht)
- Illustratie: ouder-kindconflicten (Phinney & Vedder, 2006)
 - In welke mate verschillen interacties tussen gezinsleden in gezinnen die nog in land van oorsprong zijn en gezinnen die geïmmigreerd zijn? Het is moeilijker voor immigrantenouders om hun waarden omtrent het gezin en de verantwoordelijkheden op kinderen over te dragen dan voor autochtone ouders.
 - Oorzaak? Er is een verschil in acculturatiesnelheid tss ouders en kind: immigrantenjongeren passen zich sneller aan dan hun ouders door meer contact met mensen van de autochtone gemeenschap
 - Gevolg? Er is daardoor meer onenigheid in gezin over verantwoordelijkheden en verplichtingen van kinderen in het gezin => spanningen => negatieve invloed op sociaal gedrag en welbevinden vd jongeren?
- Illustratie: culturele verschillen in risico op externaliserende problemen? (Piko et al., 2005)
 - Participanten: middelbare scholieren
 - Hongarije versus VSA
 - Resultaten om risicofactoren v externaliserende problemen - PP- bij jongeren te verklaren:
 - 'universele' risicofactoren: middelenmisbruik, lid van bende, lage academische prestaties
 - 'specifieke' risicofactoren: gescheiden gezin enkel bij jongeren uit Hongarije
 - rol van geslacht kan ook soms hoger risico bepalen dan rol van cultuur: depressieve symptomen verhoogd bij meisjes (zowel VSA als Hongarije), niet bij jongens
 - ook universele (bv. ouderlijke monitoring) en specifieke (bv. tevredenheid op school, enkel specifiek bij VSA) protectieve factoren
 - Belangrijke kanttekening: studies waren cross-sectioneel, er moet meer longitudinaal onderzoek gedaan worden

Risicofactoren: implicaties voor KLOP?

- Rutter (1996): weten wat risicofactoren zijn ≠ weten hoe deze te veranderen
 - OPP: ontstaan en instandhouding
 - risicofactoren op verschillende niveaus
 - dynamische interactie (transactionele visie)!
- Assessment : risicofactoren inventariseren id praktijk => hoe is het probleem ontstaan en wordt het in stand gehouden?
- Mechanismen om risicofactoren te veranderen? Kijken naar studies rond effect v behandelingen:
 - behandelingen worden opgesteld obv basisonderzoeken naar risicofactoren
 - vb. behandeling oppositieel opstandig gedrag:
 - oudertraining (< omgeving als risicofactor) = evidence-based

- Hoe effectiviteit verbeteren, want behandeling werkt niet bij elk kind: om behandeling te verbeteren, moeten we terugkeren naar onderzoek over risicofactoren om te kijken wat we aan behandeling kunnen toevoegen om deze te verbeteren.
 - Rol van kindkenmerken? Frustratietolerantie, BAS, cognitieve tekorten...
vb. we kunnen dus in praktijk gaan testen of behandelingen of modules van behandelingen die inwerken op beperkte frustratietolerantie of dat die de effectiviteit van zo'n behandeling nog kunnen gaan verhogen
vb. gaat training van cognitieve tekorten behandeling van PP versterken?
 - Rol van ouder-kindinteractie? Werken aan interactie om effectiviteit te verhogen
=> Nood aan transactioneel perspectief!!

Risicopopulatie

Het bestuderen van risicopopulaties is heel interessant als we gaan kijken naar ontwikkelingstrajecten. Bepaalde kinderen die tot risicopopulatie behoren gaan wel stoornis ontwikkelen, anderen die tot risicopopulatie behoren gaan geen stoornis ontwikkelen. Die kinderen opvolgen doorheen hun ontwikkeling kan heel veel informatie verschaffen in het ontstaan van psychopathologie bij jongeren.

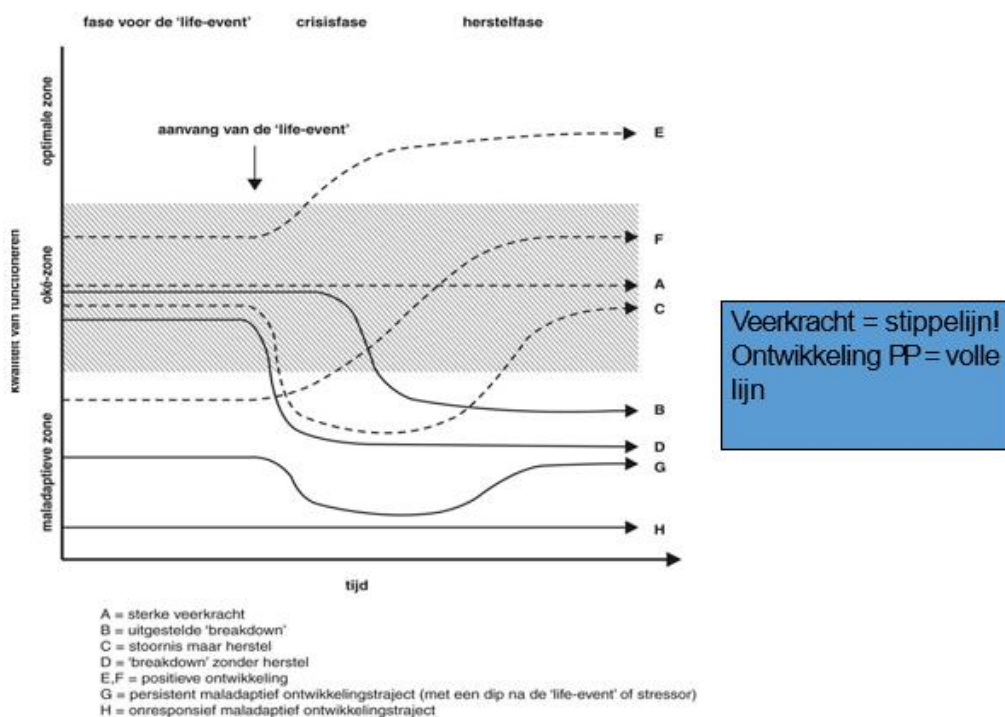
- aanwezigheid van (meerdere) risicofactoren, vb. hebben van ouders met PP
- KLOP: bestuderen, opvolgen van risicokinderen:
 - voordat stoornis zich manifesteert
 - studie biedt veel inzicht in verklaringsprocessen
=> preventie van psychopathologie vb. opvolgen van KOPP-kinderen
- Kanttekening: wat is 'nature', wat is 'nurture'? vb. kind met depressieve mama, dan kan het zijn dat kind genetische kwetsbaarheid bevat, maar het kan ook zijn dat depressieve mama haar kind anders gaat opvoeden, vb. minder aandacht geeft...
- Andere problemen:
 - verschillende concepten => moeilijk risicogroep af te bakenen, vb. ouder moet sommige symptomen hebben v depressie of ouder moet al x aantal maanden depressief zijn
 - nood aan controlegroep
 - prospectief opvolgen gedurende hele tijd
 - grote proefgroep nodig: tijdsintensief, duur, moeilijk terug te vinden
 - enkel uitspraken op groepsniveau mogelijk
 - ook rekening houden met risicomechanismen: hoe komt het dat bepaald kind hoger risico heeft om PP te ontwikkelen, het hebben van een ouder met depressie is niet genoeg

Beschermende factoren en veerkracht

Conceptualisatie

- jong onderzoeksdomein (ongeveer 40 jaar oud): begon doordat men onderzoek deed naar ontwikkeling van psychopathologie bij kinderen en men zag dat sommige van die kinderen die toch al heel wat meegemaakt hadden, geen problematiek ontwikkelden

- Resilience-studies: 2 componenten die je in beschouwing moet nemen als je uitspraken moet doen rond resilience
 - **Aantoonbare tegenslag:** stress, adversity (trauma, ramp,...)
 - **Aantoonbare adaptatie:** stellen van aanpassingsgedrag, ondanks die stressor
 - externe aanpassing aan de omstandigheden
bv. slagen op school, succesvol door ontwikkelingstaken
 - later: ook goede interne aanpassing
bv. mentale & fysieke gezondheid
- Recent: “Capaciteit van dynamisch systeem om stand te houden of te herstellen na substantiële uitdagingen die het systeem bedreigen of bedreigd hebben” (Masten, 2011)
=> er moet een substantiële uitdaging zijn dat het systeem kan in stand houden of herstellen
=> adaptieve en maladaptieve pathways/ontwikkelingstrajecten mogelijk: Figuur 1.6!



DUS veerkracht is niet alleen de rechte lijn van iemand die iets meemaakt en daar nadien geen effect van heeft, maar het gaat ook over de mensen die iets meegemaakt hebben, even een dip krijgen, maar nadien toch weer positief gaan ontwikkelen.

Beschermende factoren

- Wat is **beschermende factor** (BF)?
 - de factoren die men gaat onderzoeken bij kinderen die veerkracht tonen: wat maakt dat die kinderen beschermd zijn, wat maakt dat zij tegenslagen zo positief kunnen verwerken?
 - meer BF bij kinderen met veerkracht
 - in risicovolle situatie: BF doet negatieve invloed van risicofactor op ontwikkeling geheel of gedeeltelijk teniet
 - BF te plaatsen op vier niveaus: organisch, intrapersonaal, interpersoonlijk en hogere orde
 - BF kunnen verschillende verhoudingen hebben t.o.v. risicofactor
 - vb. uiteinde continuüm: vb. positief zelfbeeld als BF aan de ene kant van het continuüm, laag zelfbeeld als RF aan de andere kant van het continuüm

- vb. zelfde factor als risicofactor voor het ene kind, en voor het andere kind een beschermende factor: vb. verhuizen
- van belang om beschermende factoren in **transactioneel model** te plaatsen samen met de risicofactoren!
 - vb. ecologisch transactioneel model (Cicchetti et al., 2000), sv pg. 24
- cf. differential susceptibility hypothese, waarbij verondersteld wordt dat bepaalde kwetsbaarheid in combinatie met negatieve omgeving de kwetsbaarheid van kind nog meer kan verhogen en ervoor kan zorgen dat iemand psychopathologie ontwikkelt, maar dat dezelfde kwetsbaarheid in combinatie met een positieve omgeving kan leiden tot betere zelfregulatie
- ernst van blootstelling = belangrijk (Artikel: Cumulatief risico): hoe meer risicofactoren er zijn, hoe meer protectieve factoren je nodig hebt om het negatieve effect van risicofactoren teniet te doen
 - kan gaan over ernst van bepaalde stressor (vb. ernst van trauma)
 - kan gaan over accumulatie van stressoren

Artikel: Resilience

Bestand op Minerva!!

VEERKRACHT ALS TREK?

Het concept 'veerkracht' is niet te reduceren tot een intrapersoonlijke, vaststaande factor. Het is het vermogen van een systeem om zich op een succesvolle manier aan te passen aan uitdagingen en stressoren, om zo verder te blijven ontwikkelen en functioneren. Enerzijds dragen individuele verschillen in persoonlijkheid en cognitieve capaciteiten wel bij tot iemands veerkracht, maar veerkracht is ook afhankelijk van de relaties met anderen en systemen extern aan het individu. Daarnaast betreft het ook het vermogen tot aanpassen op een bepaald tijdstip, in een bepaalde context, aangezien individu en context continu veranderen/ontwikkelen. Individuen beschikken vaak over zoveel vermogen om zich aan te passen net omdat veerkracht afhankelijk is van verschillende interagerende systemen. Bij kinderen is er vaak sprake van een bescherming door meerdere 'back-up' systemen die specifiek gegrond zijn in hun relaties met anderen (bv. veilige gehechtheid, effectief ouderschap).

GESCHIEDENIS RESILIENCE STUDIES?

- De eerste 'wave' van studies bevatte case-studies: Mensen die oké functioneerden, ondanks het grote risico dat ze liepen op het ontwikkelen van problemen, werden vergeleken met mensen met een zelfde risico-profiel die minder goed functioneerden op bepaalde domeinen. Daarnaast werden ze ook vergeleken met mensen die oké functioneerden maar weinig risicofactoren beschikken. Deze case studies hadden het doel om te identificeren welke factoren een succesvolle uitkomst kunnen verklaren op momenten van tegenslag/stress.
- De tweede 'wave' van studies focuste op welke verklarende processen bijdragen tot veerkracht.
- De derde 'wave' gebruikte de evidentie m.b.t. de verklarende processen om (via RCT's) interventies te ontwikkelen en te testen om resilience te bevorderen.
- De vierde 'wave' bestudeert wederom de processen van resilience, maar op een meer integratieve manier. Er wordt rekening gehouden met het meer complexe karakter van resilience waarbij

interacties tussen systemen op verschillende niveaus (van moleculair tot sociocultureel) een rol spelen

CENTRALE VRAGEN RESILIENCE STUDIES?

1. Vraag 1: Wat zijn de uitdagingen, risicofactoren? vb. trauma, armoede, mishandeling, oorlog, hospitalisatie,...
2. Vraag 2: Hoe gaat het met het individu, wat zijn de criteria voor adaptatie, positieve ontwikkeling? vb. mentale gezondheid, fysieke gezondheid, geluk, succesvol doorlopen van ontwikkelingstaken,...
3. Vraag 3: Welke processen ondersteunen het succesvol kunnen omgaan met tegenslag? (protectieve factoren of processen) vb. neurobiologische, culturele, familiale, relationele processen...

Onderzoekdesigns

We gaan even terug naar de eerste fase om in kaart te brengen welke protectieve factoren er zijn. Men deed aan 3 types onderzoek om die protectieve factoren te achterhalen:

- Type 1: kinderen onderzoeken met positieve ontwikkeling **tegen alle verwachtingen** in
 - Voorbeeld studie van Werner (1993):
 - Hawaïaans eiland, alle kinderen geboren in 1955, 30 jaar opgevolgd
 - 1/3 van die kinderen zaten in risicogroep (> 4 risicofactoren aanwezig, vb. lage financiële zekerheid, ouders met lage opleiding...)
 - resultaat: 1 op 3 van die risicogroep toch positieve ontwikkeling
 - **BF**: temperament ('vechters'), persoonlijkheid (openheid nieuwe ervaringen), harmonieus gezin, goede fysieke gezondheid, goede relatie met minstens één verzorger (ookal werd kind mishandeld door één verzorger, als het een goede relatie had met een andere verzorger, bleek dit ook beschermend te werken)
- Type 2: kinderen onderzoeken die zich adequaat aanpassen ondanks **stressvolle ervaringen**
 - kinderen uit gezinnen met economische moeilijkheden (bv. ouders werkloos)
 - KOPP-kinderen: kinderen die ouders hebben met psychische problematiek
 - kinderen die langdurig gescheiden zijn van biologische ouders, die geen veilige gehechtheidsrelatie hebben met ouders om goed te ontwikkelen (bv. kinderen opgegroeid in een instelling)
 - **BF**: goede relatie met een verzorger/volwassene, IQ, positief zelfbeeld, kwaliteit omgeving, self-efficacy
- Type 3: kinderen die goed herstellen na **traumatische ervaringen**
 - vb.: natuurramp, moord, misbruik,...
 - **BF**: kwaliteit van zorg aangereikt door de ouder (sensitief ouderlijk gedrag), IQ
 - Dagleish, Joseph & Jule (2000): deed onderzoek bij jongeren uit oorlogsgebied welke BF beschermend waren tegen ontwikkeling van PTSS = mate van sociale ondersteuning van competente volwassene na de ramp, positief sociaal netwerk voor de ramp

Protectieve factoren zijn dus zowel intrapersoonlijk als interpersoonlijk.

Top 10 factoren veerkracht (algemene shortlist, 2011)

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. zelfwaardering, besef van zelfcontrole (self-efficacy)
9. religieus vertrouwen, geloof dat leven zinvol is
10. ondersteunende partner (jongvolwassenen)

In artikel vind je een nieuwe shortlist uit 2018, maar veel protectieve factoren overlappen elkaar:

Table 2. Shortlist of common resilience factors for child development.

Caring family, sensitive caregiving (nurturing family members)
Close relationships, emotional security, belonging (family cohesion, belonging)
Skilled parenting (skilled family management)
Agency, motivation to adapt (active coping, mastery)
Problem-solving skills, planning, executive function skills (collaborative problem-solving, family flexibility)
Self-regulation skills, emotion regulation (co-regulation, balancing family needs)
Self-efficacy, positive view of the self or identity (positive views of family and family identity)
Hope, faith, optimism (hope, faith, optimism, positive family outlook)
Meaning-making, belief life has meaning (coherence, family purpose, collective meaning-making)
Routines and rituals (family routines and rituals, family role organization)
Engagement in a well-functioning school
Connections with well-functioning communities

Note: Promotive/protective factors from the child literature are listed with corresponding family factors in parentheses.

! Protectieve factoren bevinden zich dus op intra- en interpersoonlijk niveau

! Rol van de factor verschilt afhankelijk van ontwikkelingsfase, vb. geloof dat het leven zin heeft, is vooral belangrijk voor oudere jongeren, voor kindjes zijn zorgende ouders belangrijker

! Factoren die over culturen heen belangrijk zijn

Conclusies en implicaties

- Aan de hand van onderzoeken hebben we factoren gevonden, waarvan we weten dat ze beschermend zijn, er is daarnaast ook aandacht nodig voor de processen en mechanismen (tweede en vierde wave van onderzoek):
vb. adoptie, humor als proces eerder dan als individuele factor – vb. tegenslagen op humoristische manier kunnen bekijken, w gezien als emotieregulatie strategie en kan veerkracht gaan bevorderen
- veerkracht = veerkracht gaat er niet over om negatieve ervaringen te vermijden, maar veerkracht gaat erover of dat je op het moment dat je adversity hebt, of je dat op een goede manier kan tegemoet treden en of je de vaardigheden hebt om daarmee om te gaan, zodat je erna op een goede manier verder kan ontwikkelen
=> het is dus niet 'risico's vermijden', maar wel 'gedoseerde blootstelling'
 - cf. immuniteit infectie: er wordt gedoseerde dosis vd ziekte in je lichaam gespoten, zodat je lichaam antilichamen ervoor kan creëren en zo kan omgaan met de ziekte

- vb.: **steeling effect/strengthening effect**: sterker worden, doordat je een gedoseerde dosis van risicofactoren in je leven kan tegemoet treden
- kinderen volledig afschermen van risicofactoren/negatieve gebeurtenissen, zal hen niet veerkrachtig maken
=> Belang van aanleren van succesvolle copingvaardigheden door anderen!!

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK?

- Intake: zoeken naar positieve protectieve factoren (adaptieve emotieregulatie strategieën), kan je ook gebruiken in behandeling, en niet alleen de risicofactoren gaan bevragen!
- Preventie: bevorderen beschermende factoren, wat kinderen veerkrachtiger gaat maken
 - vb. in risicogezinnen
 - in behandeling is het vaker eenvoudiger/efficiënter om BF te beïnvloeden om jongeren veerkrachtiger te maken dan om een risicofactor te laten afnemen, vb. jongere leren om gaan met negatieve feedback is makkelijker dan ervoor te zorgen dat jongere nooit meer negatieve feedback krijgt vanuit zijn omgeving
- Sommige BF meer beïnvloedbaar dan andere: je kan minder op financiële factoren inspelen in vergelijking met kinds- en gezinsfactoren
 - vb. 'Family resilience' (Walsh, 2003): 3 soorten factoren waarop je kan werken om de veerkracht binnen dat gezin te gaan bevorderen
 - communicatie: hoe doet gezin aan conflictoplossing?
vb. een positieve vorm van conflictoplossing werkt beschermend tgo ouder die wordt gezien als autoritair dominant figuur
 - waardesystemen: hoe kijken gezinnen naar tegenslag? Zijn ouders model voor positieve emotieregulatie?
 - organisatie: netwerk bij tegenslag? Kijken naar netwerk buiten het gezin: heeft het gezin bij tegenslagen mensen buiten het gezin waarbij zij terecht kunnen, heeft het gezin hulpbronnen? Hulpbronnen en uitgebreid netwerk zorgen dus voor resilience bij het gezin
 - vb. op intrapersoonlijk niveau de rol van self-efficacy: bevorderen van positieve competentiegevoelens via feedback en succeservaringen!

fragment busramp Sierre: [slidecast 11/10, 45min](#)

=> toont hoe kinderen kunnen herstellen na een traumatische gebeurtenis

=> een traumatische gebeurtenis leidt door veerkracht niet per se tot PTSS

1.5. Ontwikkelingstrajecten

Onderzoeksmethoden/designs in OPP

- cross-sectioneel versus longitudinaal onderzoek
- epidemiologisch/longitudinaal-epidemiologisch
- risicofactoren
- risicogroepen
- follow-back
- resilience
- protectieve mechanismen
- ontwikkelingstrajecten
 - => idealiter maakt OPP gebruik van longitudinale, prospectieve studies
- **Longitudinaal-epidemiologisch onderzoek:** vb. eiland van Wight
 - voordelen: men kan verschillende zaken van een stoornis achterhalen...
 - verloop/stabiliteit van een stoornis?
 - ontstaan van een stoornis?
 - equifinaliteit en multifinaliteit
 - nadelen: beperkt aantal studies tot op heden door...
 - lange duur: kostbaar
 - representativiteit
 - drop-out kans is heel groot
 - steeds selectie meetinstrumenten (keuzes maken: instrumenten zijn beperkt bij kinderen)
 - Men kan de ontwikkeling van een stoornis bestuderen die als abnormaal wordt beschouwd op elk ontwikkelingsniveau (vb. autisme). Deze stoornissen zijn al vanaf de geboorte aanwezig.
 - Men kan problematisch gedrag bestuderen dat in lichtere vorm ook voorkomt tijdens de normale ontwikkeling (vb. separatieangst)
 - Men kan bestuderen hoe stress en trauma's interacteren met het normale ontwikkelingsproces tot aan de volwassenheid (vb. kinderen die in instituten verblijven, kinderen die afgestaan werden voor adoptie, kinderen met een trauma)
 - Men kan die stoornissen in de tijd bestuderen die nog geen aangetoond verband met de ontwikkeling hebben (vb. fobieën)
 - Men kan meer leren over de normale ontwikkeling vanuit de ontwikkeling van problemen (vb. agressie: wat leert onderzoek bij mensen met een antisociale gedragsstoornis ons over de normale ontwikkeling?)
 - Men kan meer leren over ontwikkelingsmechanismen (vb. wat is de impact van conflicten tijdens de kindertijd en de adolescentie op het leven als volwassene?)
 - Men kan meer leren over de prevalentie en de verschijningsvorm van een stoornis gedurende de verschillende ontwikkelingsfasen in de context van de ontwikkeling van het kind (vb. hyperactiviteit)
 - alternatief: representatieve steekproef binnen populatie en die steekproef opvolgen

- **Prospectieve studies**
 - representatieve groep opvolgen
 - uitspraken doen of bepaalde voorspeller leidt tot een bepaalde uitkomstmaat
 - voorbeelden: zie ook les 1 en 2

- **Follow-backstudies** bij volwassenen met problemen
 - voorspellers van stoornissen zoeken via reconstructie van verleden bij volwassenen die al die stoornis hebben
 - uitspraken mogelijk op kortere termijn, minder 'intensief': om volwassenen op één moment te bevragen over verschillende levensjaren duurt minder lang, dan kinderen gedurende die levensjaren effectief op te volgen
 - gelijkend aan het retrospectief onderzoek, maar follow-back is breder
 - vb. ook omgeving (vrienden, ouders,...) interviewen over individu

 - maar het heeft ook de nadelen van retrospectieve studies:
 - vaak ver terug in tijd => nog betrouwbaar?
 - bij klinische groep: info gebiased door de problematiek? ('false memories'), vb. negatieve cognitieve vertekeningen bij depressie: mss gaan ondervraagden zich enkel negatieve zaken herinneren uit hun leven door die bias
 - specificiteit is groter dan sensitiviteit: mensen kunnen zich vaker herinneren wat niet is voorgekomen (vb. zindelijkheidsprobleem), maar ze gaan dan zaken die wel voorgekomen zijn, onderrapportereren

=> oppassen met foute interpretaties! cf. studie Wenar

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

Wenar wilde in een follow-back studie onderzoeken of er een link is tussen alcoholmisbruik en spijbelen. Mensen met drankprobleem werden ondervraagd of zij vroeger gespijbeld hebben: 75% antwoordde 'ja'. Op basis van die resultaten zal je denken dat er waarschijnlijk wel een verband zal zijn tussen spijbelen en een alcoholprobleem. Als je anderzijds een prospectieve studie opzet, waarbij je kinderen gaat volgen door hun ontwikkeling, hebben slechts 11% mensen gespijbeld en een drankprobleem ontwikkeld, terwijl 8% gespijbeld hebben en geen drankprobleem ontwikkeld hebben. Hier is er geen verband meer.

Ontwikkelingstrajecten

Die studies gaan we gebruiken om ontwikkelingstrajecten uit te tekenen.

Pathways: voorspelling over uitkomst van bepaalde risicofactor ('*chains of adversity*') en kijken of risicofactor bij bepaalde jongeren andere uitkomsten kan bieden doorheen de tijd

- Kenmerken:
 - op grond van statistische analyses uit longitudinale en prospectieve studies
 - niet altijd rechtlijnig: altijd multifinaliteit & equifinaliteit mee in rekening brengen

- één risicofactor kan wel volgens statistische analyse het risico verhogen op een bepaalde uitkomst
 - maar als je bij bepaalde persoon gaat kijken, moet je altijd multifinaliteit & equifinaliteit mee in rekening brengen, want er is altijd een interactie van factoren op verschillende niveaus
 - niet normatief/deterministisch, er is altijd een mogelijkheid om pad te verlaten, daar spelen protectieve factoren een grote rol (preventie!)
vb. niet iedereen die agressie vertoont in lagere school, ontwikkelt agressieprobleem
 - situeren in transactioneel model:
 - traject = resultaat van interactieprocessen tussen variabelen op verschillende niveaus
 - steeds wisselwerking risico- en protectieve factoren!
- ontwikkelingstrajecten bieden interessante inzichten, omdat je voor preventie dan weet op welke protectieve factoren je het best zal inwerken

vb. Depressie:



vb. Delinquentie

- Type 1: **vroege starters** (early onset, < 11 jaar): life course persistent
 - verbale/fysieke agressie als *kleuter* (eigenzinnig, impulsief temperament)
 - *ouders*: weinig supervisie/weinig discipline => weinig consequente straf
 - negatieve *interacties*, weinig positieve betrokkenheid van de ouders
 - gewend om 'succes' te halen met agressie, geen sociaalvolgend gedrag (generaliseert van thuis naar school, vriendengroep) => grotere kans op verwerping
 - slechte prognose (schooluitval, aansluiten bij 'soortgenoten')
- Type 2: **late starters** (adolescent onset, > 11 jaar): adolescent limited
 - *woelige adolescentieperiode*
 - kindertijd: geen problemen, opvoeding ouders is oké
 - vooral rol van *leeftijdsgenoten*
 - andere *aard* van probleemgedrag: liegen, spijbelen, alcohol
 - meestal verdwijnen problemen na adolescentie (betere prognose)
 - niet als normatief voor adolescentie beschouwen!!! Apart ontwikkelingstraject van delinquent gedrag (vb. ook internaliserende problemen/stress => opvolging nodig!)

Implicaties voor de praktijk?

- Kennis omtrent ontwikkelingstrajecten
- Adviezen voor preventie en behandelprogramma's: waarom, wanneer en hoe interveniëren?

vb.: aanpak werkloosheid bij jongeren



vb. aanpak tienerzwangerschappen (viciëuze cirkel)



Minder adequate opvoeding: hebben 'gezinssituatie' niet geleerd in het instituut

1.6. Preventie van afwijkende ontwikkeling

Illustratie: preventie gedragsproblemen

vb. FAST Track Project: 'Family and Schools Together'

- project die ontwikkeld is voor de preventie van gedragsproblemen
- evidentie voor werking

Preventie gedragsproblemen

Kennis omtrent psychopathologisch onderzoek wordt gebruikt om een programma op te stellen, dat het programma dan in de praktijk geëvalueerd wordt en zodat je op die manier de brug tss onderzoeksevidentie en wat er in praktijk gebruikt wordt kan verkleinen.

- op basis van **modellen** over ontwikkeling gedragsproblemen, waarbij er een aantal risicofactoren op verschillende niveaus gevonden zijn in die onderzoeken:
 - Kind:
 - beperkte sociaal-cognitieve en emotieregulatie skills
 - beperkte academische skills
 - beperkte peer relaties
 - Ouders: weinig adequate opvoedingsstrategieën
 - verstoorde/afwijzende klasomgeving
 - zwakke relatie/interactie thuis-school

Dan is er een preventieprogramma opgesteld op specifiek op die RF te gaan inwerken:

 - Start: screening op 6-jarige leeftijd bij ouders en leerkrachten: selectie risicogroep voor het ontwikkelen van gedragsproblemen
 - Duur: opvolging van 10 jaar (einde kleuter – start middelbaar), waarbij strategieën aangeleerd worden aan kind, ouders en school ter preventie van gedragsproblemen
 - Inclusie jongens en meisjes, etnische diversiteit
- **training/technieken:** in het preventieprogramma gaat men een aantal strategieën aanleren
 - universeel deel voor school: alle kinderen in de school worden betrokken, niet enkel de risicogroep om zo het schoolklimaat te bevorderen
 - geïndiceerde preventie: deel specifiek voor risicogroep
 - oudertraining: positieve gezin-schoolrelatie bevorderen, opvoedingsvaardigheden aanleren
 - in adolescentie: ouders worden getraind in conflicthantering/positieve betrokkenheid
 - kindtraining: sociale vaardigheden in groepstraining (zelfcontrole, problemsolving), leesvaardigheden
 - in adolescentie: leren nee zeggen, omgaan met geld, alcohol, identiteitsontwikkeling, intieme vriendschappen,...
 - => op basis van ontwikkelingsfase w verschillende dingen aangeleerd en worden verschillende zaken mee in rekening gebracht
 - sessies op school + individuele huisbezoeken 'op maat'

- **Evaluatie** preventieprogramma: **RCTs** (randomized controlled trial)
 - risicogroep van kinderen die getraind geweest zijn vergelijken met een risicogroep van kinderen die niet getraind geweest zijn
 - **+** : robuuste effecten **tot 5 jaar na start** programma
=> significante effecten! risicokinderen minder agressie, betere opvoedingsvaardigheden bij ouders dan risicokinderen uit controlegroep (veel controle mogelijk in basisschool)
 - **-** : beperkte effecten **volgende 5 jaar** (slechts bij 2 van 17 uitkomstmaten)
=> verklaringen: te groot effect van 'verkeerde vrienden'? Context die in de adolescentie heel belangrijk is wordt niet mee in acht genomen door het preventieprogramma, waardoor er veel minder significante effecten ontstaan
 - wel: reductie externaliserende stoornissen in **hoogste-risico (top 3%) interventiegroep**, minder arrestaties/delicten (dus wel effecten van adolescentiepreventieprogramma)
 - kosteneffectiviteit? programma (60 000\$ / kind) vs. kost criminaliteit (1 300 000 \$ / crimineel)

Preventieprogramma's

Welke vragen moeten we stellen als we een succesvol preventieprogramma willen opstellen?

- Wanneer moeten we in de ontwikkeling ingrijpen?
 - gebaseerd op inzichten omtrent ontwikkelingstrajecten
 - je moet tijdig genoeg slechte traject ombuigen (bv. vroege starters)
 - ≠ klinische psychologie
- Hoe ingrijpen? Ecologische aanpak: kind-ouder-school
- Waarop ingrijpen?
 - Risicofactoren: mate van veranderbaarheid, distaal versus proximaal, rekening houden met complexe interacties tussen verschillende risicofactoren
 - Kan preventie meer kwaad dan goed doen? Vooronderzoek doen is heel belangrijk!
 - vb. Hebben verandering in een risico/protectieve factor een positieve impact op incidentie problematiek?
- Elke interventie bij kinderen = vorm van preventie!

Einde Deel 1.

VROEGE SOCIALISATIEPROBLEMEN

S-E ontwikkeling en vroege socialisatie

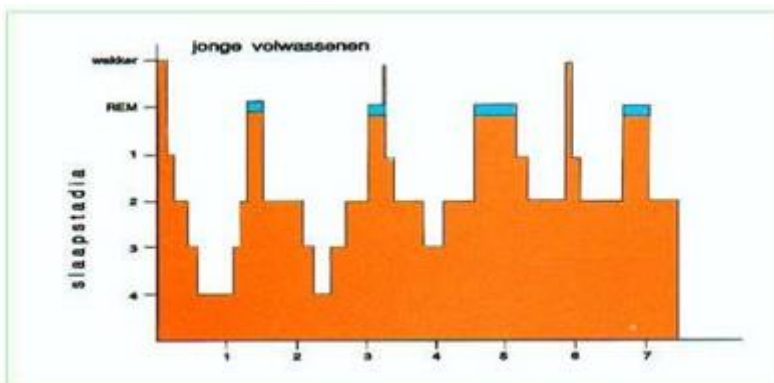
- Ontwikkelingsperspectief: als we kijken naar ontwikkelingspsychopathologie, is het heel belangrijk dat we ook kijken naar de normale ontwikkeling

Vroege socialisatie kan je kaderen binnen de sociale en emotionele ontwikkeling:

- Sociale ontwikkeling
 - “Het gedrag van een individu dat gericht is op andere mensen in de omgeving” (Van Hekken & Kievit, 2002, p. 558)
 - Sociaal gedrag, sociale cognitie, communicatie, ...
 - Emotionele ontwikkeling
 - Het leren voelen, zien en omgaan met eigen en andermans gevoelens
- Vroege socialisatie = eerste belangrijke sociale vaardigheden die jonge kinderen moeten leren: **slapen, zindelijkheid, eten**
 - doel als ze deze vaardigheden leren: loskomen van de (primaire) verzorger en waar ze eerste stap naar autonomie gaan zetten
 - bij elk van die vaardigheden is niet alleen de interactie met omgeving belangrijk, maar er moet ook aandacht gegeven worden aan de rol van fysiologische rijping + leerprocessen
 - fysiologische rijprocessen: problemen met de vroege socialisatie gaat eerst en meest opgemerkt worden door dokter, omdat deze biologisch zijn
 - leerprocessen: vaardigheden die aangeleerd moeten worden en niet van nature komen

1. Slaapproblemen

- Normale slaapontwikkeling: verschillen gedurende ontwikkeling
 - Nacht: verschillende slaapcycli (5 stadia per cyclus: cycli gaan van lichte tot diepe slaap)
 - REM-slaap, ‘rapid eye movement’: actieve slaap, deel van de slaap waar je veel prikkels die je overdag gezien hebt gaat verwerken



- Geboorte: slaap-waak o.b.v. honger/verzadigingsgevoel; 50% actieve slaap (tgo REM-slaap 25% bij volwassenen)

- baby's slapen in heel korte blokjes die geregeld zijn op basis van honger: als ze honger hebben, worden ze wakker, eten ze en begint een nieuwe slaapcyclus
 - Tijdens ontwikkeling van korte blokken van slaap-waak naar langere periodes, waarbij je als volwassene de hele nacht gaat slapen
 - Bij meer dan helft van jonge kinderen: wiegen, praten, hoofdbonken in slaap
 - Slapen is een leerproces: rond 3-6 maanden slapen meeste baby's 's nachts door
 - als kind moet je leren korte 'slaapblokjes' aan elkaar te breien: als de ouder constant naar het kind gaat kijken vanaf het een kick geeft en het kind daarna terug in slaap wiegt, leert het kind niet zelf in slaap te geraken en kunnen er mogelijks slaapproblemen ontstaan
 - Grote individuele verschillen in slaapbehoefte!
- Ontwikkelingsadequaat?
 - Milde slaapproblemen als onderdeel van normale ontwikkeling.
 - Vaak van voorbijgaande aard in de eerste 2 levensjaren
 - In interactie met de omgeving kan het wel zijn dat slaapproblemen ontstaan
 - Klinisch: als er negatieve gevolgen zijn van slaappatroon
 - Afhankelijk van individuele slaapbehoefte kind
 - als nevenproblematieken op school (vb. absentie)
 - als nevenproblematieken in psychosociaal functioneren (vb. gedragsproblemen, hyperactiviteit!)
 - als drukker of meer prikkelbaar gedrag of slaperigheid door slaapttekort

DSM-5: slaapproblemen

- **Insomnie:**
 - in – en doorslaapproblemen
 - afhankelijk van individuele slaapbehoefte
- **Hypersomnie:**
 - hebben van een overmatige slaapbehoefte om overdag goed te kunnen functioneren, hebben overdag ook vaak het gevoel dat ze moe zijn
 - is niet te wijten aan slaapttekort
- **Parasomnie** = abnormaal gedrag tijdens de slaap
 - nachtmerries
 - kind is klaarwakker
 - kan zich herinneren volgende ochtend (bv. enge droom)
 - moeite met opnieuw inslapen
 - gebeurt vaak in laatste deel van de slaap
 - pavor nocturnus
 - eerste deel van de slaap (overgang non-REM naar REM, diepste slaap)
 - men denkt dat dit met hevige stress te maken heeft
 - angst, schreeuwen, verwijding in oogpupillen, snelle hartslag en ademhaling, zweten
 - kan ook door een enge droom zijn, maar het kind is veel moeilijker wakker te maken en te kalmeren dan in een nachtmerrie → geen herinnering

- slaapwandelen/somnambulisme
 - diepste slaap
 - moeilijk te wekken, geen herinnering
 - Gevaarlijk!

2. Zindelijkheidsproblemen

- Normale zindelijkheidsontwikkeling:
 - fysiologische rijpingsprocessen zijn belangrijk om beheersing te kunnen uitvoeren, zolang de cortex niet voldoende ontwikkeld is, kan kind geen controle uitvoeren om die spier te controleren: beheersing/controle over de sluitspiers
 - eerst: controle over darmen
 - later: controle over blaas
 - leerproces:
 - leren uitstellen van het doen van de behoefte
 - combinatie willekeurige en reflexmatige handelingen: je moet van automatische uitscheiding ontwikkelen naar controle uitoefenen (lichamelijk: hersenen die spier controleren door de cortex)
 - Gemiddeld: tussen 2 en 3 jaar, iets sneller bij meisjes
 - Kinderen zijn vaak eerder zindelijk overdag, voordat ze 's nachts zindelijk worden: 's nachts zindelijk voor urine als laatste stap
 - Blum, Taubman, & Nemeth (2004): kinderen worden later zindelijk ivm vroeger
 - pampers zijn veel comfortabeler geworden (vroeger moest men doeken uitwassen, wat veel werk was, nu kan een baby een dag rondlopen met dezelfde pampers: geen druk voor de omgeving om met zindelijkheidsstraining te starten
 - maatschappelijke evoluties zijn daar dus de oorzaak van
- Is toestand ontwikkelingsadequaat of een klinisch probleem?
 - Leeftijdsgrens (cut-off) volgens de DSM: enuresis 5j, encopresis 4j
 - Enuresis
 - Maar: tot leeftijd van 7j komt enuresis nocturna nog regelmatig voor
 - Encopresis
 - Kalender- of ontwikkelingsleeftijd van min. 4j voor diagnose
 - Mate van belemmering in sociale activiteiten of weerslag op gevoel van eigenwaarde, vb. jongetje die niet bij vriendjes durft gaan spelen, omdat hij bang is in zijn broek te plassen

[DSM-5: zindelijkheidsstoornissen](#)

- **Enuresis:**
 - herhaalde urinelozing in bed op kleding (al dan niet opzettelijk)
 - min. 2x per week in de voorbije 3 maanden
 - niet gevolg van lichamelijke conditie/medische oorzaak
 - primair enuresis = vanaf 5j, continue enuresis: als kind na 5 jaar nog niet zindelijk is, dan kan je van enuresis gaan spreken
 - secundaire enuresis = herval na 12m droog, discontinue enuresis
 - nocturna vs diurna: 's nachts of vooral overdag in je broek plassen

- **Encopresis:**
 - niet zindelijk worden op vlak van stoelgang
 - herhaald defeceren op daartoe niet bestemde plaatsen (al dan niet opzettelijk)
 - minstens 1x per maand (voorbij 3 m)
 - niet gevolg van lichamelijke conditie
 - primair = vanaf 4 jaar, continue encopresis
 - secundair = hervat, discontinue encopresis
 - hervat kan verschillende oorzaken hebben, het is belangrijk deze te achterhalen, vb. stresserende gebeurtenissen de afgelopen tijd nadat het zindelijk werd (hoeft niet ernstig te zijn, kan ook vb. wnr nieuw broertje/zusje geboren wordt, dat het kind opnieuw pampers ziet en het doet om meer aandacht te krijgen)
 - retentief (verstopping) vs. niet-retentief (plaats van ontlasting abnormaal)

3. Voedings- en eetproblemen

- Normale voedings- en eetontwikkeling:
- voeding wordt gebruikt bij jonge kind dat nog gevoed wordt door de ouders, interactie met de ouders is hier belangrijk (vooral in deze les, want het gaat over vroege socialisatie)
- eten wordt gebruikt als kind al meer zelfstandig in staat is om te eten
 - voeding:
 - cruciaal voor groei & ontwikkeling (hersenenontwikkeling!)
 - zowel hoeveelheid eten is belangrijk, als de inhoud van het eten: variatie!!
 - moeilijke momenten om voedingsprobleem te ontwikkelen, zijn vaak de momenten van overgang: overgangen zorgen vaak voor stress, het is aan de interactie met de omgeving om dat stressmoment vlot te laten verlopen
 - overgang borstvoeding – flesjesvoeding – (half)vaste voeding
 - leerproces:
 - kinderen leren hun inname reguleren: niet moeilijk
 - experiment: baby's dronken normaal 20ml melk, maar nu hadden onderzoekers die melk ingedikt, zodat de ingedikte melk meer energie bevatte. Als de baby's normaal 20ml melk moesten drinken, moeten ze slechts 10ml ingedikte melk drinken om dezelfde energie te krijgen. De baby's stopten vanzelf na 10ml ingedikte melk te drinken. Pasgeboren baby's zijn dus perfect in staat om zelf inname te reguleren en te voelen dat ze verzadigd zijn.
 - problemen bestaan toch door interactie met de omgeving, regulatie wordt extern overgenomen: ouders pushen om meer te drinken dan nodig terwijl het kind al genoeg heeft
 - kinderen leren smakenpallet kennen en accepteren (leren proeven! cf. leren fietsen, zwemmen,...)
 - vb. evolutionair ingebakken dat iets wat zoet is, melk bevat... energie bevat, dus heel weinig mensen gaan vb. geen roomijs lusten: vroeger moesten we veel energie opbouwen en sparen voor als er tijden zouden aankomen waarin er geen eten was
 - vb. bittere en zure smaken moet je leren appreciëren: vroeger waren dingen id omgeving die giftig waren, vaak zuur en bitter smaken

- interactief proces met de omgeving: gedeelde verantwoordelijkheid, ouders moeten eten ter beschikking stellen, anders gaan kinderen nooit leren verschillende dingen te proeven
 - in klinische praktijk gaan bij kinderen met voedings- of gewichtsproblemen een 'regel van gedeelde verantwoordelijkheid' naar voor geschoven worden: de ouder beslist inhoudelijk wat er op tafel komt, het kind mag kiezen hoeveel hij ervan eet (laatste deel vaak moeilijk voor ouders om dit niet bij te sturen)
 - voedingsproblemen ontstaan wanneer dit proces verstoord wordt
 - belangrijk:
 - naarmate kinderen ouder worden, is er steeds meer controle voor kind
 - steeds meer impact van ruimere omgeving op eetgedrag van het kind
- ontwikkeling voedselvoorkeuren: variatie is belangrijk
- start al tijdens zwangerschap! Variatie in het eetpatroon is protectief tegen het later ontwikkelen van een eetprobleem
 - flesjes versus borstvoeding
 - borstvoeding is protectief: bespoedigt ontwikkeling van variatie aan smakenpalet, via borstvoeding worden smaken die moeder heeft gegeten, doorgegeven
 - flesjesvoeding: een monotone smaak
=> het is niet omdat borstvoeding een protectieve factor is, dat dit per se beter is: als een mama zo gestresseerd is dat haar kind borstvoeding moet krijgen en het geven van borstvoeding steeds een superstresserende gebeurtenis is, kan dit schadelijker/risicovoller zijn voor de ontwikkeling van het kind dan als een mama op een rustige manier flesjesvoeding kan geven aan het kind
 - rond 18 maanden, ontwikkelingstaak dat ieder kind meemaakt: neofobie
 - fase waarin kinderen overgaan van gepureerde voeding naar vaste voeding
 - vaak grote barrière voor ontwikkeling naar gezond en gevarieerd eetpatroon, voor het kind is een gepureerde courgette iets anders dan stukjes courgette, het is nieuw: we zijn evolutionair voorgeprogrammeerd om nieuwe dingen niet in ons mond te steken, er is dus een soort angst om nieuw eten te proberen en elk kind moet die angst overwinnen
 - kan leiden tot 'picky eating': selectief zijn in wat ze eten, zijn gevoelig om sensorische veranderingen in eten te gaan overwinnen, picky eating kan leiden tot ernstige voedingsproblemen
 - voedselvoorkeuren steeds meer bepaald in interactie met sociale omgeving!!

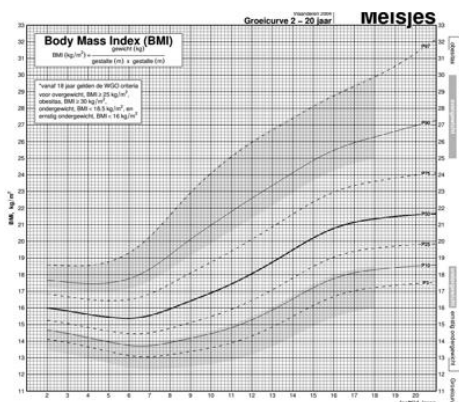
LEEFTIJD	WAT KAN MIJN KINDJE MET ZIJN MOND?	WAT KAN MIJN KINDJE MET ZIJN LICHAAM?	WAT KAN MIJN KINDJE ETEN?
4 à 6 MAANDEN	VOEDSELTRANSPORT VAN VOOR NAAR ACHTER. BEWUSTERE MONDBEWEGINGEN.	LEERT GRIJPEN.	GEPUREERDE VOEDING, PASSIEF MET DE LEPEL IN DE MOND GEBRACHT.
6 à 8 MAANDEN	BEGINNENDE KAUWBEWEGINGEN.	GEEFT DOOR VAN HAND NAAR HAND.	GEPUREERDE VOEDING, ACTIEF AFHAPPEN VAN DE LEPEL.
8 à 12 MAANDEN	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 MAANDEN	VERDERE VERFINING VAN HET KAUWEN, BETERE ZIJDELINGSE TONGBEWEGINGEN.	LEERT LOPEN, LEERT ALLEEN ETEN, KAN LEPEL NAAR DE MOND BRENGEN.	ZACHTE OF FUNGESNEDEN VOEDING, VLEES MEESTAL GEMALEN.
18 à 24 MAANDEN	KAUWEN EN RONDORRAAIEN TUSSEN KIEZEN.	EET ZELFSTANDIG.	ZACHT VLEES, RAUWE GROENTEN EN FRUIT.

Bron: www.kindeneezin.be

Rijping: Motorisch, Emotioneel, Sociaal

Verschillende fasen in de eetontwikkeling (niet kennen): eetontwikkeling gaat samen met bepaalde rijpingsprocessen. Als een kind op een bepaald vlak nog niet rijp genoeg is, kan je verdere evolutie van de eetontwikkeling niet gaan pushen. vb. als kaakspieren niet voldoende zijn om vaste voeding te eten, kan je er niks aan doen

- Ontwikkelingsadequaaf? Niet wanneer er nefaste gevolgen zijn voor het kind.
 - Klinisch
 - duur van probleem
 - psychosociale gevolgen vb. zelfbeeld wordt aangetast
 - medische gevolgen: zowel als je teveel als te weinig eet
 - Belangrijk in de praktijk om groei van het kind mee in rekening te brengen
 - Bepalen gewicht en lengte (curves)
 - Ernstig: ondergewicht of overgewicht
 - Groeicurven: <http://www.vub.ac.be/groeicurven/>
 - Kennis van andere ontwikkelingsstaken belangrijk als psycholoog:
 - Tot 2 jaar: normaal dat kinderen alles in de mond steken
 - Koppigheidsfase: op het moment waarbij neofobie moet overwonnen worden, doorstaan kinderen ook net hun koppigheidsfase waarbij ze tegen alles neen zeggen
 - Streven naar autonomie/zelfstandigheid bij kleuter (-> strijd aan tafel)



Groeicurve: middelste zwarte lijn is gemiddelde groei

Het kan ook zijn dat je als kleine en magere baby geboren bent en dat je daarna je groeicurve mooi gaat volgen. Dan is dat niet problematisch. Er is pas een probleem als je curve plots heel erg stijgt of daalt en de normale curve niet volgt.

DSM-5: voedings- en eetstoornissen

- **Pica**
 - oneetbare zaken eten
 - kan je niet diagnosticeren bij kinderen jonger dan 2 jaar (dan is dat normaal)
- **Ruminatiestoornis**
 - voedsel uit de maag laten terugkomen en herkauwen
 - vaak als stressregulatiemechanisme
- **ARFID: vermijdend/restrictieve voedselinnamestoornis**
 - Avoidant Restrictive Food Intake Disorder
 - eet- of voedingsstoornis (bij zowel kinderen als volwassenen) waarbij herhaaldelijk falen om aan de nodige voedings- en/of energiebehoeften te voldoen geassocieerd is met één (of meerdere) van de volgende aspecten:
 - significant gewichtsverlies (of falen om de verwachte gewichtstoename te bereiken of stagnerende groei)
 - significante voedingstekorten
 - afhankelijkheid van sondevoeding of voedingssupplementen
 - duidelijke interferentie met psychosociaal functioneren

- door vb. duidelijk tekort aan interesse in eten of voedsel of vermijding gebaseerd op de sensorische kenmerken van voedsel (gepureerd vs. vast voedsel) of zorgen over de aversieve gevolgen van eten (vb. bang om misselijk te worden)...
- uitsluitingscriteria:
 - niet beter verklaard door een gebrek aan toegankelijkheid van voedsel of een cultureel gebruik
 - niet exclusief tijdens anorexia of bulimia nervosa: kinderen die lijden aan AFRID zijn niet bezig met lichaamsvorm of gewicht, en er is geen bewijs voor een verstoring in de manier waarop iemands lichaam of gewicht wordt ervaren
 - niet toegewezen aan een gelijktijdige medische conditie of kan niet beter verklaard worden door een andere mentale stoornis.
- Opmerking: Wanneer de stoornis toch in de context van een andere conditie of stoornis optreedt (comorbiditeit) en voldoende ernstig is, is extra klinische aandacht aangeraden!

Andere, komen niet voor in DSM-5:

- **voedselaversie:**
 - heel snel en sterk aangeleerde associatie: voedsel-misselijkheid
 - bv. door ziekte, ruzies, dwang om iets te eten
- **slikfobie/slikangst:**
 - vaak na traumatische ervaring van verstikking
 - kan specifiek gaan over voeding waarin je bijna gestikt was, maar kan ook generaliseren naar ruimer voedingsaanbod
- **failure to thrive:**
 - geen verwachte gewichtstoename: groeistoornis door stresserende gebeurtenissen

Prevalentie vroege socialisatieproblemen

prevalentie psychopathologie bij kinderen en jongeren: 15-20%

- Slaapproblemen:
 - 10-30% van de kinderen tijdens eerste levensjaren (Bryars et al., 2011; Liu et al., 2005)
 - doorgaans tijdelijk, maar soms ook hardnekkige persistentie tot in de volwassenheid

- Zindelijkheidsproblemen: verminderen naarmate kinderen ouder worden
 - Enuresis
 - 5j: 5-10%;
 - 10j: 3-5%;
 - 15j: 1%
 - nocturna: 6-8% jongens
 - Encopresis: lagere prevalentie, maar ook vaker ernstiger gelinkt met psychosociale problemen, omdat kinderen zich hier heel vaak voor schamen en ook negatief voor beoordeeld worden in de omgeving
 - 1,5% (lagere school)
 - vaker bij jongens

- Voedingsproblemen:
 - ± 25-45% van de kinderen ervaart eet/voedingsproblemen (Bryant-Waugh et al., 2010), maar verschilt heel erg afhankelijk van de bevraging
 - Crist et al. (2001): Kinderen in periode van 9 maand tot 7 jaar:
 - bij 50%: één voedingsprobleem
 - bij 20%: meer dan één voedingsprobleem
 - Kinderen met ontwikkelingsstoornissen: tot 85% voedingsproblemen (Linscheidt et al., 2003), vb. bij kinderen met autisme: hebben net sensorische voedingsproblemen (belangrijk om bij diagnostiek het verschil te maken tss ontwikkelingsstoornis en voedingsprobleem)

Comorbiditeit

- Slaapproblemen
 - somatische aandoeningen (bidirectioneel: medische zaken kunnen evenzeer oorzaak als gevolg zijn van een problematiek)
 - angststoornissen
 - stemmingsstoornissen

- Zindelijkheidsproblemen
 - enuresis
 - gedragsmoeilijkheden
 - ontwikkelingsachterstand (spraak, taal, leervermogen, motoriek)
 - encopresis
 - urineweginfecties
 - encopresis
 - urineweginfecties, vooral bij meisjes

- Voedingsproblemen
 - angststoornissen
 - autismspectrumstoornis
 - ADHD

Verloop en prognose

- Slaapproblemen
 - Voorspeller gedragsproblemen bij kind
 - Voorspeller opvoedingsproblemen bij ouders: onzekerheid, bezorgdheid, stress, depressiviteit
 - Risico voor emotionele problemen bij kind (angst, depressie): bv. longitudinale studie Sivertsen et. al. (2015)
 - Kleuters van 18m gevolgd tot 5 jaar
 - Data uit Norwegian Mother and Child Cohort Study
 - N = 32 622
 - Moederrapportage van slaappatroon van hun kind
 - Resultaten: korte slaapduur (<10u) en frequent wakker worden 's nachts – slaapproblemen op jongere leeftijd voorspelde significant huidige en latere emotionele en gedragsproblemen op 5 jaar
 - Verklaring? Gemeenschappelijke onderliggende factoren
 - kindfactoren: o.a. genen, emotieregulatieproblemen (vb. kind krijgt emoties niet gereguleerd en gaat daardoor 's nachts hevig liggen piekeren)
 - omgevingsfactoren: instabiel huwelijk, kwaliteit ouder-kindinteractie, depressie bij moeder, gebrek aan structuur binnen gezin, weinig grenzen stellen als opvoedingsgedrag
 - Persisteren tot volwassenheid (Al Mamun et al., 2012; Gregory et al., 2005)
=> risico op emotionele problemen als volwassene
- Zindelijkheidsproblemen
 - Encopresis:
 - groter risico op psychosociale en gedragsproblemen (Bosch et al., 1995; Macias, et al., 2006)
 - stress en overbezorgdheid ouders
 - Enuresis
 - gunstigere prognose voor meisjes
- Voedingsproblemen
 - Longitudinale studies (Marchi & Cohen, 1990; Kotler et al., 2001)
 - voedingsproblemen in vroege kindertijd blijven stabiel doorheen kindertijd en adolescentie
 - voedings/eetproblemen in kindertijd (o.a. selectief eten, conflicten tijdens maaltijd, pica) voorspellend voor AN en BN op lange termijn

=> Belang om tijdig in te grijpen, zodat stoornis niet persisteert in volwassenheid!

Etiologie en mechanismen

Goodness of fit: kind x omgeving



Slaapproblemen

▪ Factoren op verschillende niveaus

- | | | |
|------|---|---|
| KIND | { | ▪ <u>Organisch</u> : rijping zenuwstelsel, slaapapneu, amandelen |
| | | ▪ <u>Kind</u> : streven naar autonomie vs. angst voor separatie, koppigheid t.o. bedtijdregels, temperament (zelfcontrole) |
| X | | |
| OMG. | { | ▪ <u>Ouders</u> : overbezorgdheid (slaaptekort), nachtelijke voedingen na 6 maanden, strijd, te veel/te weinig regels, inconsequent toepassen |
| | | ▪ <u>Andere interpersoonlijke factoren</u> : chronische en acute stressoren (life events: geboorte broer/zus, Sinterklaas,...) |
| | | ▪ <u>Hogere orde</u> : burenlawaai |

slaapapneu = problemen met ademhaling tijdens de slaap

- Hoe angst, temperament, drang naar autonomie van kind voldoende respecteren? Opvoedingsstrategieën aanpassen per kind. Opvoeding is mss bij het ene kind een match, maar bij het andere kind een mismatch.
- Voldoende rekening houden met rijpingsprocessen?
- Eigen vermoeidheid, stress, ziekte bij ouders, mythes
- Vicieuze cirkel: Bij aanvang problemen => teveel aandacht => bekrachtiging probleem, vb. als ouder zelf slaap wil aanhalen, omdat het kind hen 's nachts teveel wakker houdt, kan ouder soms toegeven dat kind vb. bij ouder mag slapen, maar dan gaat kind volgende nacht weer bij ouder willen slapen

Zindelijkheidsproblemen

- | | | |
|------|-------------------------------------|---|
| | ▪ Factoren op verschillende niveaus | |
| KIND | { | ▪ <u>Organisch</u> : prematuur, rijpheid, werking sluitspier, ... |
| | | ▪ Van reflexmatige uitscheiding naar controle door cortex: adequate afstemming nodig tussen rijpings- en leerprocessen (juiste tijdstip = belangrijk) |
| | | ▪ <u>Kindfactoren</u> : temperament (angstig, koppig, ...) |
| X | | |
| OMG. | { | ▪ <u>Ouders</u> : overbezorgdheid, niet adequaat inspelen op rijping/ontwikkeling van hun kind (forceren) |
| | | ▪ Vb. Teveel aandacht voor wat kind nog niet kan, wat misgaat → bekrachtigende invloed van aandacht! |
| | | ▪ <u>Maatschappelijke veranderingen</u> vb. wasmachine |

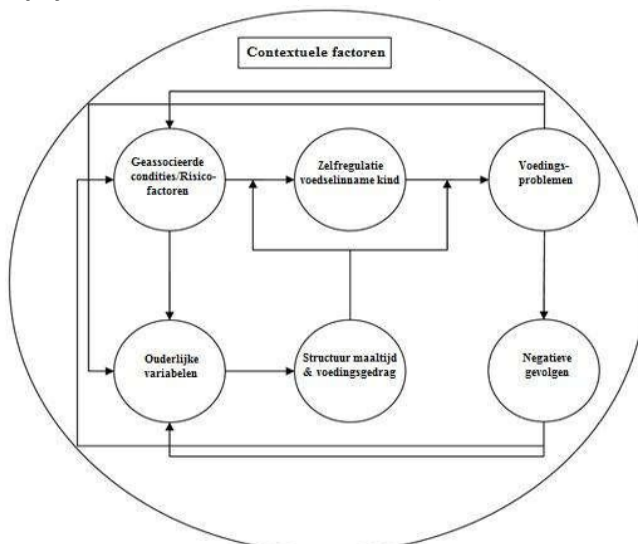
- Rijping/biologie => socialisatieproces MAAR socialisatieproces => biologie (transactioneel!)
- Voorbeelden
 - kind wordt overdag te vaak op potje gezet => geen kans tot 'trainen' blaas, beperkte blaascapaciteit => ook problemen 's nachts
 - teveel focus op 'proper' blijven => ontlasting ophouden uit angst voor straf => obstipatie
 - onder druk zetten => angst, spanning bij kind => problematische ouder-kindrelatie, sociaal-emotionele problemen

Voedingsproblemen

- Factoren op verschillende niveaus
- | | | |
|------|---|--|
| KIND | { | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biologische factoren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ o.a. oraal-motorische, cardiorespiratoire, metabole, neurologische aandoening, voedselallergie ▪ Kindfactoren <ul style="list-style-type: none"> ▪ temperament: angst ▪ problemen zelfregulatie |
| X | | |
| OMG. | { | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouderfactoren <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouderlijke vaardigheden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ druk/controle ▪ restrictie ▪ belonen of troosten met voeding ▪ inconsequente aanpak ▪ onvoldoende sensitiviteit en responsiviteit ▪ verdeeldheid tussen ouders: bv. scheiding, meerdere modellen ▪ emotionele deprivatie, verwaarlozing: bv. instituut kinderen ▪ Socioculturele factoren en maatschappelijke evoluties: <ul style="list-style-type: none"> ▪ media (bv. reclame) ▪ CCCultuur/voedselomgeving ▪ FAF home |



Bio-psycho-sociaal model (Berlin et al.)



- Misfit kind X omgeving
- Transactionele visie!

Factoren op verschillende niveaus zitten in elkaar verweven. Geassocieerde condities zijn gelinkt aan regulatie van kind (vb. temperament), maar kan ook over achtergrond van ouder gaan (vb. als ouder gezond wil koken en geen snoep wil geven door zijn/haar achtergrond).

Slidecast 18/10 - 1u58 tot 2u23: situatieschets + filmpje

TRAUMA

- Kinderen en adolescenten worden regelmatig geconfronteerd met schokkende gebeurtenissen
 - gevolg: stressreactie
 - stressreactie is een normale reactie op een schokkende gebeurtenis
 - die stressreactie kan leiden tot vb.: concentratieproblemen, overmatige prikkelbaarheid, sombere gevoelens, slaapproblemen
 - gevolgen gaan verminderen door verwerking, ondersteuning van netwerk
 - MAAR indien deze stressreacties langdurig aanhouden en **psychisch leed blijven veroorzaken** => onvolledige of gestagneerde verwerking van de gebeurtenis = trauma (Copeland, Keeler, Agnold, & Costello, 2007)
- Traumatische ervaring heeft vaak te maken met een ernstige bedreiging van de persoonlijke integriteit, een ernstige dreiging van jezelf als persoon
- Zelf ondergaan OF getuige zijn van OF horen dat naaste het heeft ondergaan OF herhaaldelijke of extreme blootstelling ondergaan aan afschuwwekkende details van de gebeurtenis, zonder dat kinderen er zelf bij waren
vb. mishandeling van kind zelf kan traumatisch zijn, maar ook het zien gebeuren van mishandeling van de ene ouder op de andere ouder kan traumatisch zijn
- Verwerkingsproces van het trauma is multifactorieel: afhankelijk van
 - kenmerken van het trauma (duur, ernst, onverwacht)
 - eerdere traumatisering (type 1 = enkelvoudige gebeurtenis vs. type 2 = herhaling over langere periode)
 - rol van sociale steun, bidirectioneel: niet krijgen van sociale steun als risicofactor en het wel krijgen van sociale steun werkt als protectieve factor
 - stressreactie bij de ouders: manier waarop omgeving reageert, gaat verwerking mee bepalen
 - betekenisverlening: welke betekenis je vasthangt aan de gebeurtenis
- In verschillende ontwikkelingsfasen zijn er leeftijdsspecifieke, uiteenlopende reacties na traumatische gebeurtenissen (Beer et al., 2013), maar moeilijk voor de diagnostiek: het zijn vaak specifieke klachten (komen vaak voor): herkenning + goede diagnostiek = belangrijk
 - baby's: o.a. slaapproblemen en eetproblemen ontwikkelen, lang en vaak huilen
 - peuters/kleuters: o.a. regressief, agressief gedrag, driftbuien (ene moment agressief opstellen, ander moment zichzelf terugtrekken), angsten, dromen, stagnatie van ontwikkeling, beperkt spel, herhaling in gedrag en spel (re-enactment), verwarring (door onmacht om te verwoorden wat ze ervaren)
 - schoolkinderen: o.a. lichamelijke klachten, slaapproblemen, concentratieproblemen, herhaling in spel, tekeningen of taalgebruik (re-enactment), omen-formatie (kind denkt na of hij trauma niet had kunnen voorkomen, of hij trauma niet had kunnen voorspellen?)
 - pubers/adolescenten: o.a. thrill seeking gedrag, verslaving, schaamte, depressie, ontkenning, wraakfantasieën, verminderd functioneren op school, angst voor controleverlies, beperkt toekomstperspectief

DSM-5: trauma

- Categorie: psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- PTSS is bekendste van deze categorie
- 'Schokkende' of negatieve levensgebeurtenissen?
=> Kinderen kunnen ook posttraumatische stressreacties ontwikkelen na levensgebeurtenissen die niet schokkend genoemd mogen worden volgens eerdere DSM-IV criteria
vb. dood van een huisdier, gepest worden, scheiding ouders..., wanneer kind deze gebeurtenissen op een negatieve manier verwerkt, kan dit ook traumatisch zijn voor hen
- 4 symptoomclusters nodig om te spreken van PTSS
 - I: **Intrusieve symptomen**: pijnlijke herinneringen, nachtmerries, flashbacks (jonge kinderen: terugkerende spelletjes in re-enactment)
 - II: **Vermijdingsgedrag** (en afstomping, vervlakking)
 - III: **Negatieve veranderingen in gedachten en stemming**: overdreven negatieve overtuigingen van zichzelf, verminderde interesse in activiteiten
 - IV: **Verandering in arousal en reactiviteit**: slaap- en concentratieproblemen

Opmerking

- Verschillen: kinderen jonger dan 6 jaar (I, II of III en IV) versus individuen vanaf 6 jaar (I, II, III, en IV), bij kinderen jonger dan 6 jaar is het moeilijker om cognities te meten
- Twee subtypes:
 - (1) type met dissociatieve symptomen: je treedt uit je lichaam en je probeert als externe persoon het trauma een plaats te geven
 - (2) type met uitgestelde expressie (stoornis ontwikkelt vanaf 6 maand na traumatische gebeurtenis)
- Naast PTSS, zijn er ook nog andere stoornissen mogelijk (DSM-5)
 - Reactieve hechtingsstoornis
 - Ontremd-sociaalcontactstoornis
 - Acute-stresstoornis: acuut gaan tijdens/net na een bepaalde stressor een aantal reacties plaatsvinden die je niet als trauma kan bestempelen, maar er zijn wel veranderingen in gevoelens, gedrag en gedachten
 - Aanpassingsstoornis: bij kinderen vaak na bepaalde overgang
 - Andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis
 - Ongespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis

Prevalentie

- Aantal kinderen dat wordt blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen is hoger dan vaak wordt gedacht
- Fairbank & Fairbank (2009): Tussen 14% tot 80%
 - zeer uiteenlopende prevalentiecijfers gevonden
 - afhankelijk van: populatie, type informant, meetinstrument, gehanteerde definitie van traumatische gebeurtenis

- Gemiddeld 1 op 4 Nederlandse schoolkinderen tussen 8 en 12 jaar heeft een traumatische gebeurtenis meegemaakt. (Alisic, et al., 2008)
- Soorten traumatische ervaringen bij kinderen (Vlaamse studie bij 11- 19j, n=820; Bal, 2004):
 - seksueel misbruik (4,4%)
 - getuige zijn van stresserende gebeurtenis (37%)
 - dood van een naaste (24%)
 - zelf betrokken zijn in een zwaar accident (7%)
 - zware ziekte van een naaste (4%)

Verloop en prognose

- Een traumatische gebeurtenis leidt niet altijd tot een PTSS
- Niet elke traumatische gebeurtenis heeft een stoornis als gevolg
 - Meta-analyse van studies naar de prevalentie van PTSS (Alisic et al., 2014): 1 op 6 kinderen (15,9%) ontwikkelt PTSS na het meemaken van een traumatische gebeurtenis, dus 5/6 kinderen vindt wel een manier om traumatische gebeurtenis te verwerken
 - Meisjes meer risico dan jongens om PTSS te ontwikkelen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis: 20,8% vs. 11,1%
 - Gebeurtenissen met interpersoonlijk karakter (vb. kindermishandeling) vormen meer risico om PTSS te gaan ontwikkelen dan gebeurtenissen zonder interpersoonlijk karakter (vb. ongeval): 25,5% vs. 9,7%
 - wanneer de gebeurtenis met een interpersoonlijk karakter plaatsvindt, wordt kind zijn veiligheid in gevaar gebracht

=> PTSS kan dagelijks functioneren van kind ernstig belemmeren + bedreiging vormen voor sociale, emotionele, cognitieve, biologische en lichamelijke ontwikkeling (Fairbank & Fairbank, 2009; Copeland et al., 2004)

Risicofactoren en protectieve factoren

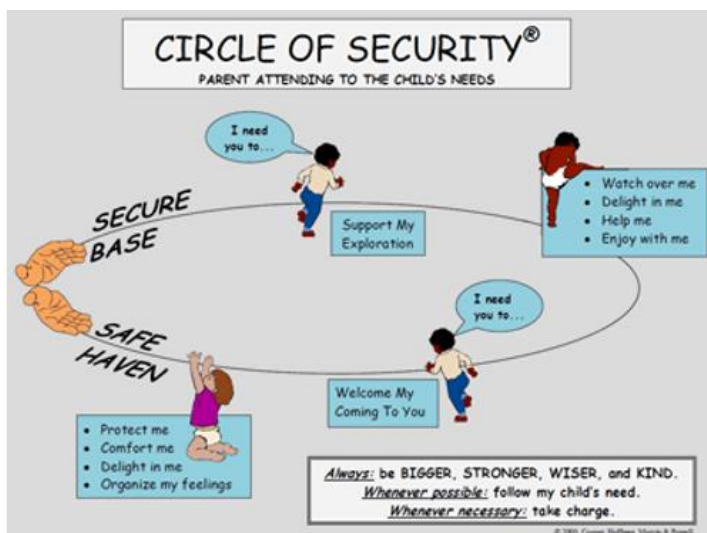
- Beschermend: Sociale steun, mannelijk geslacht (op sociale steun kan je inspelen)
- Risico?
 - **Pre-traumatic factors:** meestal kleine effecten, zie je vooral in interactie met trauma-related en post-traumatic factors
 - biologische kwetsbaarheid
 - demografische factoren: vrouwelijk geslacht
 - temperament? Hoge emotionaliteit, beperkte effortful control
 - aanwezigheid PP vóór het trauma
 - **Trauma-related factors**
 - subjectieve ervaring van dreiging belangrijker dan objectieve factoren zoals ernst of duur van trauma (meta-analyse Trickey et al., 2012)
 - cumulatie van traumatische gebeurtenissen (Copeland et al., 2007)
 - Bv: mishandeling door ouders én getuige van conflict tussen ouders
 - **Post-traumatic factors**
 - Gebrek aan sociale steun. Ouders zelf getraumatiseerd => eerst traumabehandeling van ouders! Maar ook steun van bv. leerkracht, andere familieleden

GEHECHTHEID

Bowlby: "The propensity to make strong emotional bonds to particular individuals is a basic component of human nature"

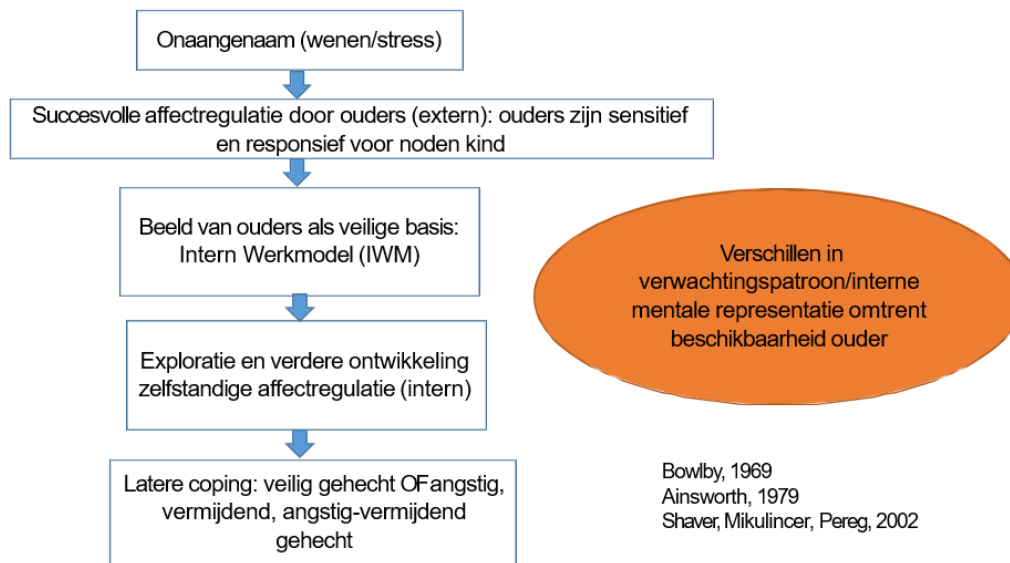
Definitie Gehechtheid

- grondlegger: Bowlby (1969)
- **interactie tss kind en primaire verzorger** (meestal ouder) vormt basis voor gehechtheid v kind, daar staan twee basisprincipes in centraal:
 - **secure base**: ouders moeten veilige basis vormen van waaruit kinderen de wereld kunnen exploreren of verkennen
 - **safe haven**: tegelijkertijd moeten ouders een veilige haven zijn, waar kinderen naartoe kunnen terugkeren als ze tijdens hun exploratie geconfronteerd w met problemen/stress
=> balans tss de twee gaat een goede basis vormen voor veilige gehechtheid (dus enerzijds uw kind laten exploreren, anderzijds steun bieden wanneer nodig)
- kinderen zijn biologisch geprogrammeerd om zich te hechten aan anderen
- hechtingsgedrag: begint al vanaf de geboorte vb. wenen, glimlachen, oogcontact maken..., baby geeft signalen aan de omgeving hoe het zich voelt en dan is het aan de omgeving om daar gepast op te reageren
 - evolutionair belang: nood aan bescherming en veiligheid, zorg
 - verzorgingsfiguur: moet sensitiviteit en responsiviteit vertonen
 - **sensitief**: verzorger moet gevoelig zijn om de signalen vh kind te herkennen
 - **responsief** reageren ten opzichte van de noden vh kind
=> twee basiscomponenten in opvoedkundig handelen om tot veilige gehechtheid te komen



Hoffman: gaat visueel secure base en safe haven weergeven.

Ontwikkeling van (onveilige hechting)



Negatief affect (wenen/stress) gaat extern door de ouders gereguleerd worden. Wanneer kind ziet dat wanneer het stress ervaart en zijn ouders dat affect reguleren, gaat er **een intern werkmodel** gevormd worden als beeld van de ouders dat zij een veilige basis zijn, dat zij er zijn om zijn noden te gaan reguleren. Dat intern werkmodel vormt de nodige basis voor het exploreren van de buitenwereld, want kind weet dat als er iets gebeurt, hij terecht kan bij zijn ouders.

Naarmate kind ouder wordt, gaat het leren zijn eigen emoties intern reguleren, maar hierbij speelt intern werkmodel nog steeds een belangrijke rol. Exploratie bepaalt of kind later op meer/minder adequate manier gaat copen (reguleren van gevoelens, omgaan met problemen...). Als kind geen intern werkmodel heeft dat zijn ouders een veilige haven zijn, gaan er meer maladaptieve copingstrategieën ontstaan en gaat men meer naar onveilige types van gehechtheid.

Intern werkmodel en omgaan met emoties

- Een **beeld van de ouder** wat betreft zijn of haar **beschikbaarheid en responsiviteit**
- én een **beeld van zichzelf** als het wel of niet **waard** zijn om voor gezorgd te worden
 - onveilige gehechtheid heeft negatief effect op zelfbeeld: speelt hele leven rol in sociale en emotionele competenties
- **Omgaan met emoties:**
 - veel vertrouwen dat ouders er voor jou gaan zijn op momenten dat je stress hebt: sneller nabijheid en hulp zoeken bij ouders in geval van stress (proximity seeking behavior)
 - weinig vertrouwen: kind gaat veel langer wachten om nabijheid en hulp te zoeken vd ouder => angstige of vermijdende hechting
 - Angstig gehecht: wel zoeken van nabijheid, maar blijven continu alert voor mogelijke afwijzing van de ouder (ambivalentie: men gaat aantrekken en afstoten)
 - sterke **aanwezigheid van/focus op emoties** cf. 'hyperactivatie van emoties': blijven focussen op emoties (linken aan rumineren)
 - Vermijdend gehecht: geen nabijheid meer zoeken, zelf problemen proberen oplossen
 - eerder **onderdrukken** van emoties cf. 'deactivatie van emoties'

Intern werkmodel en cognities

- Cognitie – informatieverwerking: interpretaties, richten van aandacht
- **verwachting/ 'trust'**: vertrouwen die je hebt in de beschikbaarheid van de ouder heeft een invloed op de cognitieve verwerking van info over de ouders
- Studies Bosmans et al (2010; 2011; 2014)
 - minder 'trust' → **geheugenbias**
 - herinnering van meer negatieve interacties i.p.v. positieve
 - minder 'trust' → **aandachtsbias**
 - ofwel meer automatische aandachtsfocus op moeder (gaat exploratie belemmeren)
 - ofwel meer strategische vermijding van moeder
 - minder 'trust' → **interpretatiebias**
 - meer negatieve interpretatie van gedrag van moeder: gaan extra alert zijn voor signalen van afwijzing vd moeder en gaan deze zeer negatief interpreteren

DUS verwachting of ouders er gaan zijn voor u gaat ook uw cognities gaan bepalen en gaat ook bepalen hoe je gaat reageren als je problemen ervaart. De verwachting/script gaat zowel op emoties als cognities als gedrag een heel grote invloed gaat uitoefenen.

Ontwikkelingspsychopathologisch perspectief

Gehechtheid doorheen de ontwikkeling:

- 1^e levensjaren: lichamelijke nabijheid vanaf geboorte – 3 jaar
 - communicatie : huilen, glimlach, oogcontact
 - steeds meer herkenning/voorkeur voor bekenden
 - rond 1 jaar ontwikkelingsmijlpalen: belangrijk dat kinderen scheidingsangst & angst voor vreemden leren overwinnen!!
- kindertijd: ook hechten aan andere gezinsleden, leerkracht
- adolescentie: hechten aan anderen buiten gezin, peers worden heel belangrijk
- jongvolwassenheid: partnerkeuze
- uiteindelijk belangrijk dat je een veilig gehechte volwassene wordt: positieve interacties (partner), transgenerationale transmissies (veilige gehechtheid overbrengen naar kinderen)

Binnen de ontwikkeling zijn de eerste twee levensjaren heel erg belangrijk voor ontwikkelen van hechting, maar dat is iets wat moet blijven onderhouden worden, want het kan de rest van je leven je interpersoonlijk functioneren beïnvloeden.

Vroeger dacht men dat gehechtheid een trekmodel was, dus eenmaal je gehechtheid gevormd was, kon je daar niets meer aan veranderen. Men is daarvan afgestapt en men is meer richting een **interactiemodel** geëvolueerd. De eerste levensjaren blijven heel belangrijk, maar afhankelijk van situaties kan gehechtheid fluctueren. Naar behandeling toe is het belangrijk dat die evidentie daarvoor gekomen is.

Classificatie: categoriale vs. dimensionele visie

Categoriale visie op gehechtheid

- **Bowlby en Ainsworth:** veilige (1) en onveilige gehechtheid (2, 3)
 - **Veilige:** vertrouwen in sensitiviteit, beschikbaarheid en responsiviteit van verzorgingsfiguur. Ouders: veilige basis en veilige haven bij stress
 - **Onveilige:** weinig/geen vertrouwen in sensitiviteit en responsiviteit
 - **Angstig/angstig ambivalent:**
 - constante angst dat hechtingsfiguur hen zal verlaten: systeem van aantrekken en afstoten, ze gaan triest zijn als hun verzorgingsfiguur hen verlaat, maar als de verzorgingsfiguur dan terugkomt, gaan ze ook niet enthousiast reageren.
 - Ze gaan sneller hechtingsgedrag stellen, zoals het zoeken van de liefde en zorg van anderen: aanklampend gedrag stellen
 - Deze kinderen zijn moeilijk om te troosten wanneer ze even gescheiden worden van hun moeder.
 - Ze gaan na scheiding de moeder ook niet gebruiken als veilige basis om te gaan exploreren.
 - **Compulsieve zelfredzaamheid:**
 - enkel nog op zichzelf vertrouwen als het op liefde en zorg aankomt omdat hun hechtingsfiguur hierin niet voldoende en consequent kan voorzien
 - Cf. vermijdende hechting

Hoe gehechtheid observeren? Strange situation procedure (Ainsworth)

8 fasen:

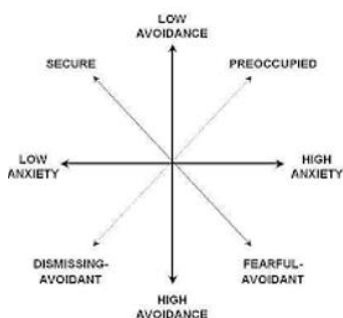
1. kind en verzorger in speelkamer + speelgoed: observatie
2. verzorger doet niks, laat kind exploreren
3. onbekende komt binnen
 - praat kort met verzorger
 - kort contact met kind
 - verzorger verlaat ruimte
4. onbekende + kind alleen in kamer
5. verzorger keer terug, onbekende verlaat kamer
 - verzorger stelt baby gerust
 - verzorger verlaat kamer
6. kind alleen in kamer
7. onbekende keert terug, zoekt contact met kind
8. verzorger keert terug, onbekende gaat weg

	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, aanklappen-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 <u>inconsequent</u> responsief	Te veel nadruk op zelfstandigheid (fysiek & emotioneel) Ouders: vooral <u>insensitief/afwijzend</u> , niet beschikbaar

- Main & Solomon: extra categorie (4)
 - **Gedesorganiseerd/onverwerkt:** tegenstrijdig gedrag, verkeerd gericht of onafgemaakt gedrag, stereotype gedrag, verstijving, angst voor hechtingsfiguur, desoriëntatie
 - geen consistente strategie: geen consistent patroon van reacties
 - verzorger is tegelijk bron van veiligheid én van angst
 - vaak gevolg van verwaarlozing, verlies of fysiek/seksueel misbruik
- Nadelen categoriale visie:
 - categorieën zijn niet onafhankelijk van elkaar: correlaties
 - iemand kan in meer of mindere mate binnen een categorie passen
=> Dimensionele visie: betere weergave individuele verschillen

Dimensionele visie

Men stelt twee dimensies voorop en iedereen kan daar hoger of lager op scoren. Elk individu is dus te situeren op een van deze dimensies.



Angstige dimensie:

- zorgen dat anderen er niet zullen zijn wanneer hij of zij dit nodig heeft
- angst voor afwijzing en veel nood aan goedkeuring van anderen

Vermijdende dimensie:

- angst om intieme relaties aan te gaan
- goedheid van anderen wantrouwen
- angst om afhankelijk te zijn van anderen

DSM-5 Gehechtheidsstoornissen

- Onveilige gehechtheid ≠ psychopathologie: het is niet omdat je onveilig gehecht bent dat er sprake is van een hechtingsstoornis
- Hechtingsstoornissen: 2 types:
 - inhibited: **reactieve hechtingsstoornis**: extreme geremdheid en emotioneel teruggetrokken gedrag
 - disinhibited: **ontremd-sociaalcontactstoornis**: oppervlakkige relaties en gebrek aan selectiviteit
- reactie op pathogene zorg (relationele trauma's, vb. kindermishandeling)
- stoornis gaat sociaal en emotioneel functioneren van iemand belemmeren
- voor leeftijd van 5 jaar ontstaan en houdt lang aan
- kenmerken lijken op gedesorganiseerde hechting: aantrekken en afstoten
- diff. diagnose: ASS, zwakbegaafheid, angststoornis
- specificeren naar actuele ernst/persisterend of niet

Box 18.7 Diagnostische criteria voor (reactieve) hechtingsstoornis

Reactieve hechtingsstoornis

Classificatiecriteria

- A. Een consistent patroon van geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag jegens volwassen verzorgers, wat tot uiting komt in beide volgende kenmerken:
 1. Het kind zoekt zelden of nauwelijks vertroosting als het van streek is.
 2. Het kind reageert zelden of nauwelijks op troosten als het van streek is.
- B. Een persisterende sociale en emotionele stoornis die gekenmerkt wordt door minstens twee van de volgende kenmerken:
 1. Minimale sociale en emotionele responsiviteit op anderen.
 2. Beperkt positief affect
 3. Episoden van onverklaarde prikkelbaarheid, verdrietigheid of angstigheid die zelfs gedurende niet-bedreigende interacties met volwassen verzorgers evident zijn.
- C. Het kind heeft een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging meegeemaakt, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 1. Sociale verwaarlozing of deprivatie waarbij emotionele basisbehoeften aan vertroosting, aanmoediging en affectie persisterend door volwassen verzorgers worden veronachtzaamd.
 2. Herhaaldelijk wisselen van primaire verzorgers, wat het vormen van stabiele hechtingsrelaties beperkt (zoals frequente veranderingen in de pleegzorg).
 3. Opgroeien in ongebruikelijke omgevingen dat het vormen van selectieve hechtingsrelaties ernstig beperkt (zoals instellingen met veel kinderen per verzorger).
- D. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de verzorging genoemd in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag uit criterium A (de gedragsproblemen in criterium A zijn bijvoorbeeld begonnen na het gebrek aan adequate verzorging in criterium C).
- E. Er wordt niet voldaan aan de criteria voor de autismespectrumstoornis.
- F. De stoornis is vóór het 5e levensjaar duidelijk aanwezig.
- G. Het kind heeft een ontwikkelingsniveau van minstens 9 maanden.

→ Specificeer indien persisterend:

Persisterend: de stoornis is meer dan een jaar aanwezig geweest.

→ Specificeer actuele ernst:

De reactieve hechtingsstoornis krijgt de specificatie ernstig als een kind alle symptomen van de stoornis vertoont, waarbij elk symptoom zich op een relatief hoog niveau manifesteert.

Ontremd-sociaalcontactstoornis

Classificatiecriteria

- A. Een gedragspatroon waarbij een kind actief onbekende volwassenen benadert en met hen omgaat, en minstens twee van de volgende kenmerken vertoont:
 1. Vermindering of ontbreken van terughoudendheid in het benaderen van en omgaan met onbekende volwassenen.
 2. Overmatig familiair verbaal of lichamelijk gedrag (dat niet strookt met cultureel aanvaarde en bij de leeftijd passende sociale grenzen).
 3. Verminderd of geheel niet in de gaten houden van de volwassen verzorger als het kind zich wat verder weg waagt, zelfs in een onbekende omgeving.
 4. Bereidheid om met minimale of zonder aarzeling mee te gaan met onbekende volwassene.
- B. Het gedrag in criterium A is niet beperkt tot impulsiviteit (zoals bij de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis), maar betreft sociaal ontremd gedrag.
- C. Het kind heeft een patroon van extreme vormen van ontoereikende verzorging meegeemaakt, zoals blijkt uit minstens een van de volgende kenmerken:
 1. Sociale verwaarlozing of deprivatie waarbij emotionele basisbehoeften aan vertroosting, aanmoediging en affectie persisterend door volwassen verzorgers worden veronachtzaamd.
 2. Herhaaldelijk wisselen van primaire verzorgers, dat het vormen van stabiele hechtingsrelaties beperkt (zoals frequente veranderingen in de pleegzorg).
 3. Opgroeien in ongebruikelijke omgevingen, dat het vormen van selectieve hechtingsrelaties ernstig beperkt (zoals instellingen met veel kinderen per verzorger)
- D. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de verzorging genoemd in criterium C verantwoordelijk is voor het gestoorde gedrag uit criterium A (de gedragsproblemen in criterium A zijn bijvoorbeeld begonnen na de pathogene verzorging in criterium C).
- E. Het kind heeft een ontwikkelingsniveau van minstens 9 maanden.

→ Specificeer indien persisterend:

Persisterend: de stoornis is meer dan een jaar aanwezig geweest.

→ Specificeer actuele ernst:

De ontremd-sociaalcontactstoornis krijgt de specificatie ernstig als een kind alle symptomen van de stoornis vertoont, waarbij elk symptoom zich op een relatief hoog niveau manifesteert.

Kanttekeningen

- Hechtingsstijlen (+/- 40% onveilig) versus hechtingsstoornis (+/- 1%)
 - belangrijk: onveilige gehechtheid ≠ psychopathologie! (zie verder)
- Validiteit en stabiliteit van de diagnoses? Heel weinig onderzoek
- Theoretische basis van diagnoses? Nog geen theoretische basis
- 'Pathogene zorg' ?
- Categoriele versus dimensionele visie?
- Waarde van labo-onderzoek?
- Gedesorganiseerde gehechtheid altijd gelijk aan hechtingsstoornis?
 - ernstige vorm
 - als het symptomen met zich meebrengt of de kans op problemen ernstig vergroot (vb. agressie, externaliserend probleemgedrag)

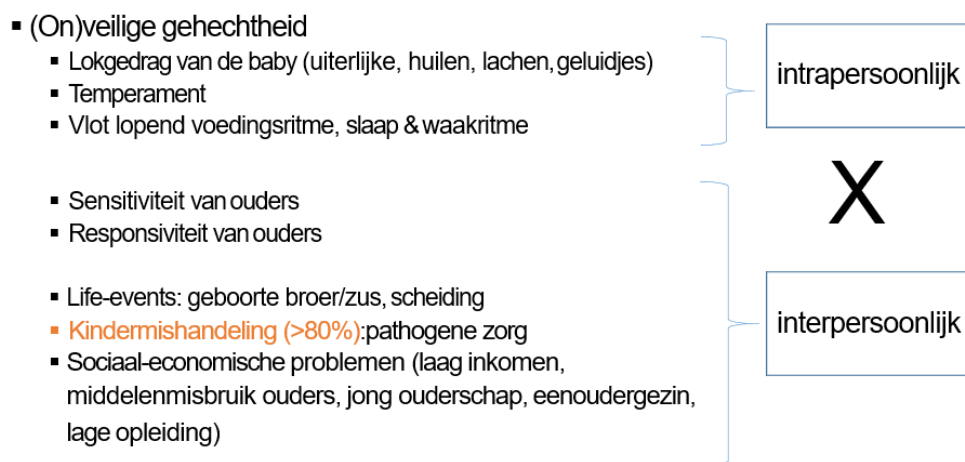
Prevalentie

- Gehechtheidscategorieën:
 - **veilig** (60%): balans nabijheid en exploratie, snel getroost
 - **vermijdend** (15%): geen nabijheid zoeken, geen troost zoeken (wel stress maar tonen het niet!)
 - **ambivalent** (10%): emotioneel aanklappend vs. afwerend gedrag, moeilijk getroost

- **gedesorganiseerd** (15%): geen consistente strategie, 'bevrozen'
- Hechtingsstoornissen:
 - reactieve hechtingsstoornis: weinig onderzoek
 - populaties verwaarloosde kinderen < 10%.

Risico en protectieve factoren voor ontwikkelen van onveilige gehechtheid

Zowel op kindniveau als op ouder niveau moet er een goede fit zijn die ervoor zorgt dat de veilige gehechtheid zich gaat ontwikkelen. Als er op een van de twee niveaus (intrapersoonlijk of interpersoonlijk) zich een risico vormt, gaat het moeilijker zijn om veilige relatie tss de twee te ontwikkelen.



Verloop en prognose

- **Onveilige gehechtheid = risicofactor** voor latere sociale en emotionele problemen
 - voorbeeld: depressie, automutilatie, borderline PD... (zie verder)
 - specifiek voor gedesorganiseerde gehechtheid
 - samenhang met problematische stressregulatie
 - kleuter: vaker agressief en externaliserend probleemgedrag
 - adolescentie: verhoogde kans op dissociatie en met dissociatie samenhangende psychopathologie (kunnen zelf persoonlijkheidsstoornissen gaan ontwikkelen)
- **Veilige gehechtheid = protectieve factor** voor verslaving, gedragsproblemen, depressie, ...

Houdt hierbij rekening met equifinaliteit en multifinaliteit: als een kind onveilig gehecht is, vormt dit inderdaad een risico, maar dat wil niet zeggen dat elk kind die onveilig gehecht is sowieso psychopathologie gaat ontwikkelen. Mogelijks zijn er ook protectieve factoren die beschermend gaan werken tegen de ontwikkeling van psychopathologie. Omgekeerd: jongeren die protectieve factor hebben van veilig gehecht te zijn, kunnen door in aanraking te komen in hun omgeving met andere risicofactoren toch psychopathologie gaan ontwikkelen.

Illustratie: Resilience en immigratie

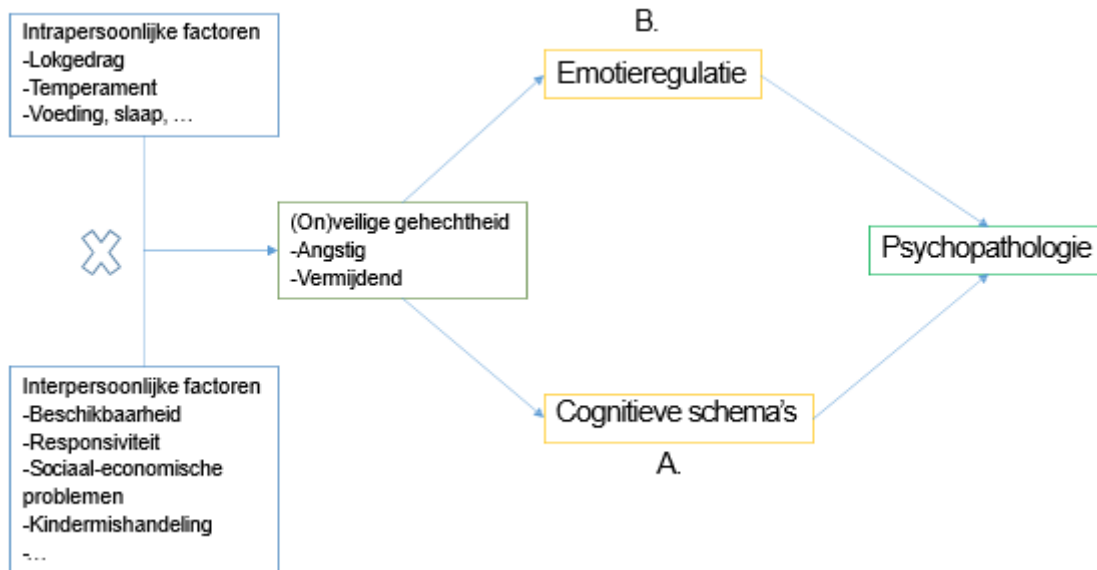
- Hoe gaan immigranten en vluchtelingen om met hun migratie-ervaringen? (migratie-ervaring wordt gezien als negatieve levensgebeurtenis/uitdaging/stressor)
- Beter welzijn van de jongere na migratie als:
 - Sterke relaties met verzorgingsfiguren en peers (nabijheid, warmte, veiligheid en vertrouwen) => Gehechtheid!!
 - Er manieren gevonden worden om zich verbonden te voelen met nieuwe mensen, plaatsen, sociale netwerken, ... waar ze nieuw deel van uitmaken: makkelijker interpersoonlijke relaties aangaan op nieuwe plaatsen met nieuwe mensen (dit gaat veel makkelijker als je als jongere het vertrouwen hebt om nabijheid te zoeken met anderen).
- Artikel Juang, Simpson, Lee, et al. (2018)

Illustratie: DSM-5 Borderline Personality Disorder

- pervasief patroon van instabiliteit van de interpersoonlijke relaties (heel veel aantrekken en afstoten), het zelfbeeld en van affecten, en duidelijke impulsiviteit, beginnend op jongvolwassen leeftijd (soms al zichtbare kenmerken op kleuterleeftijd) en aanwezig in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken (niet vanbuiten kennen):
 - verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen
 - een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren.
 - een identiteitsstoornis: een duidelijk en persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
 - impulsiviteit op min. twee gebieden, die de betrokkene in potentie zelf kunnen schaden (geld, seks, middelenmisbruik, eetbuien, ...)
 - recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
 - affectieve instabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming
 - chronisch gevoel van leegte
 - inadequate, intense woede, of moeite hebben boosheid te beheersen
 - voorbijgaande, stress gerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen
- prevalentie: 1,6-5,9%
- stabiliteit gemiddeld rond 30-50 jaar

Modellen gehechtheid en PP

- Onveilige gehechtheid ≠ psychopathologie, maar hoe kunnen we nu die link tussen onveilige gehechtheid en psychopathologie gaan verklaren?
- MAAR wel gelinkt met verschillende vormen van psychopathologie
 - cross-sectioneel
 - longitudinaal: **transdiagnostische risicofactor**
- Belangrijk om te kijken naar onderliggende **mechanismen** die link verklaren, om verdere preventie en behandeling te onderzoeken. Als internwerkmodel maladaptief is, speelt dit een rol in...
 - rol van cognitieve schema's
 - rol van emotieregulatieen als deze dus ook maladaptief zijn, kan dit psychopathologie in de hand werken.



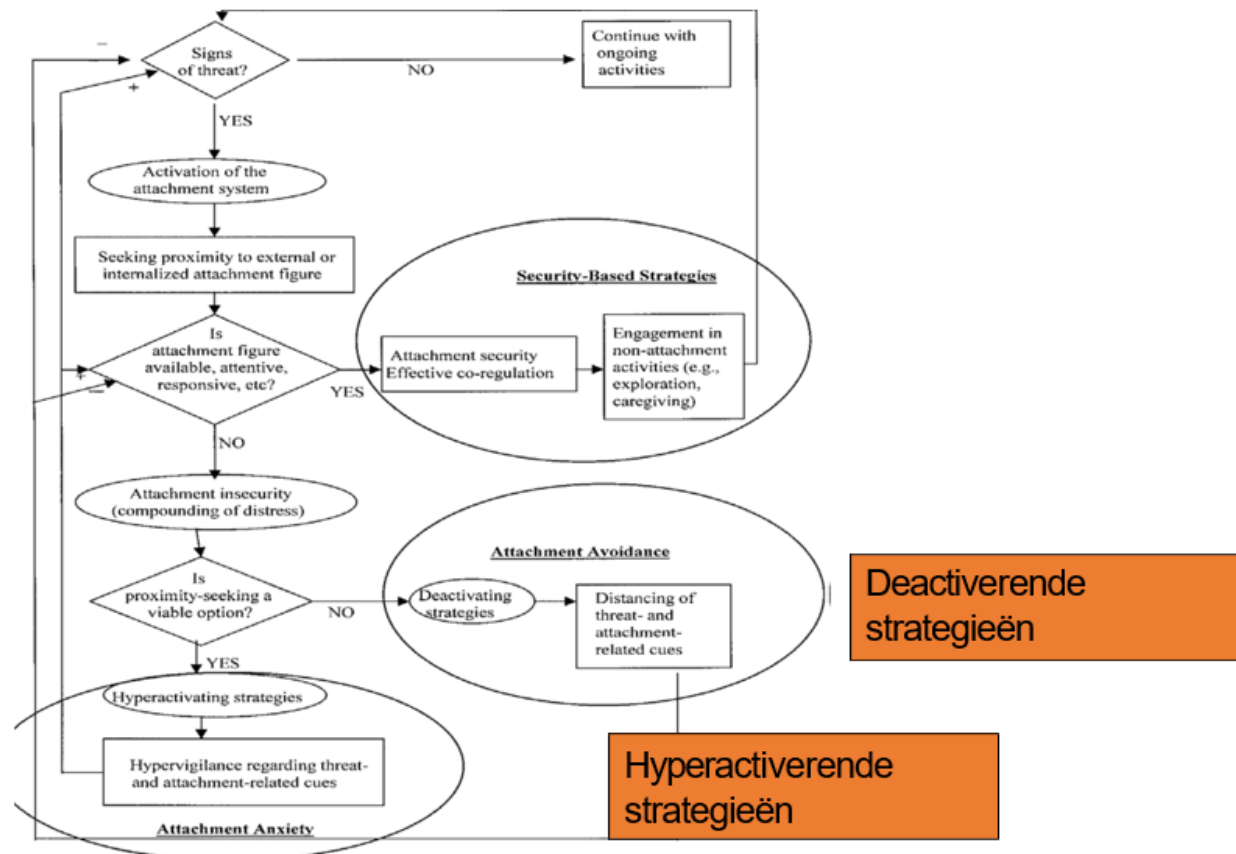
Gehechtheid: Cognitieve schema's – Psychopathologie

- Schema's: cognitieve structuur om info te ontvangen, verwerken en evalueren, ontwikkelt zich obv levenservaringen x persoonskenmerken
- Hechting geassocieerd met PP (wist men al uit vorig onderzoek)
- Schema's geassocieerd met PP (nieuw onderzoek)
- Schema's kunnen grotendeels verdeeld worden over twee hechtingsdimensies (< factor-analyse): hechtingstypes waren gelinkt aan specifieke cognitieve schema's
 - **HA**: vb. verlating/instabiliteit, verstrengeling, meedogenloze normen (de lat heel erg hoog leggen)
 - **HV**: vb. emotionele deprivatie (gaan emoties onderdrukken), wantrouwen, mislukking
 - **HA & HV**: vb. wantrouwen/misbruik, onvolwaardigheid, schaamte, uzelf niet de moeite waard vinden
 - **Noch HA, noch HV**: schema zelfopoffering was aan geen enkele hechting gelinkt
- MAAR beide constructen blijven ook eigen portie verklaarde variantie hebben => nood aan verder longitudinaal onderzoek!

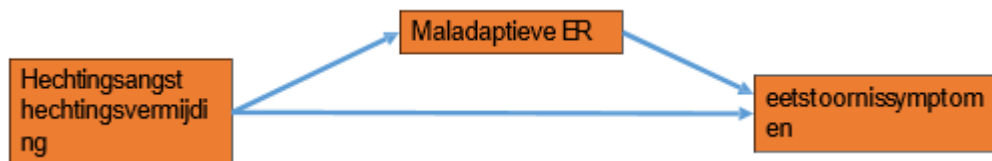
Gehechtheid: Emotieregulatie – Psychopathologie

Emotieregulatie bij kinderen gebeurt eerst extern en verplaatst bij het ouder worden naar intern. Kinderen die onveilig gehecht zijn, gaan veel meer moeite hebben om adaptieve emotieregulatiestrategieën te gaan ontwikkelen.

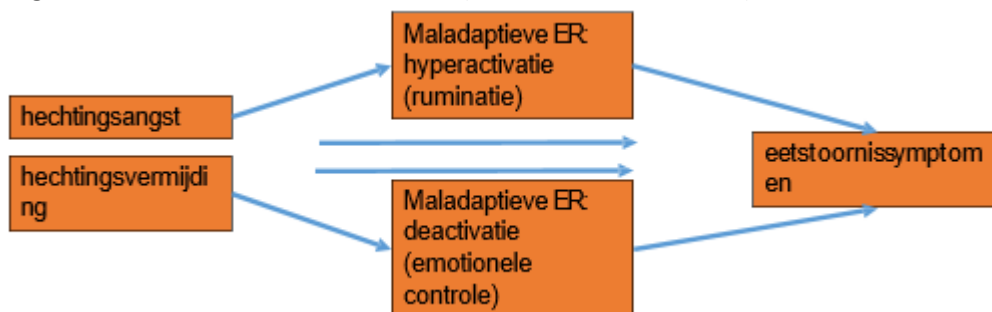
Emotieregulatiemodel van attachment (Mikulincer en Shaver): oorspronkelijk om link tss psychopathologie en hechting bij volwassenen te verklaren, maar onlangs ook gecheckt of het toepasbaar is voor jongeren.



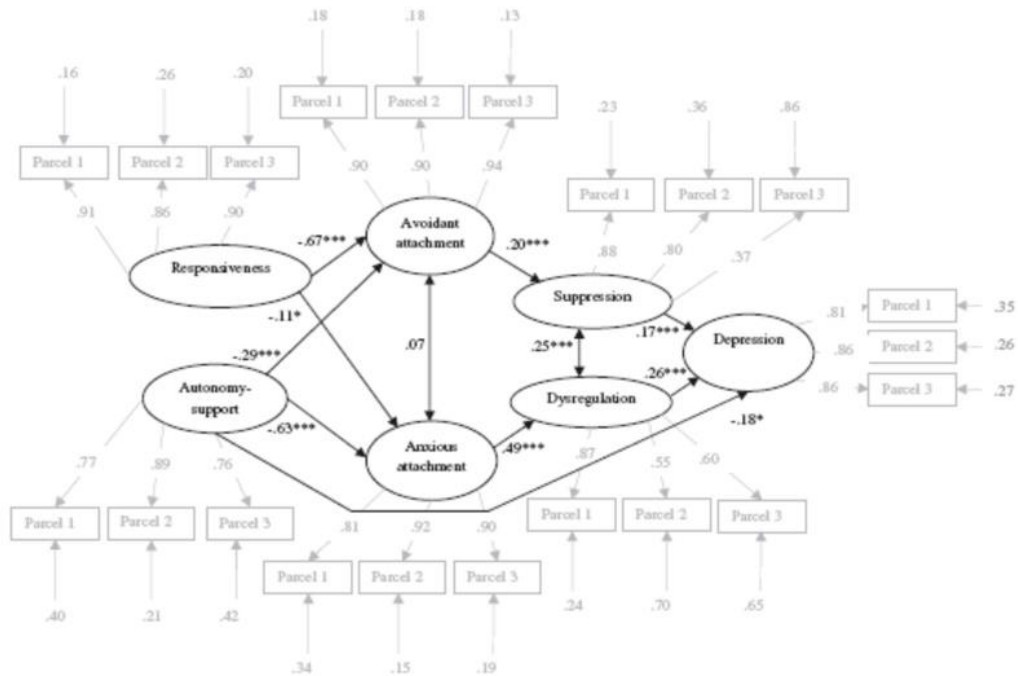
- Van Durme et al (2015): mediatiemodel bij jonge adolescenten (cross-sectioneel)



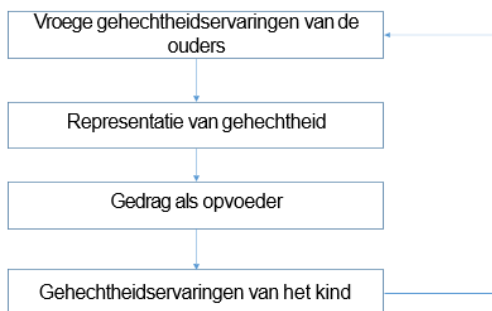
- Longitudinale evidentie mediatiemodel (Van Durme et al., 2017)



- Brenning et al. (2012): 'Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment' Heeft ook evidentie gevonden voor emotieregulatiemodel: vermijdende hechting is gelinkt aan depressie via suppressie van emoties en angstige hechting is gelinkt aan depressie, maar via disregulatie (hyperactiverende strategieën) van de emoties.



!! Hetzelfde model kan dus transdiagnostisch (over verschillende diagnostieken heen) gebruikt w om psychopathologie te gaan verklaren !!



Overerving van gehechtheid?

Intergenerationele overdracht/transmissie: **OP-model**
Belangrijke verklaring waarom kindermishandeling van generatie op generatie wordt overgebracht.

Kindermishandeling en gehechtheid

- Kindermishandeling = risicofactor
 - **onveilige en beangstigende** situatie voor kind, beschadigt vertrouwen in anderen
 - belangrijke oorzaak van onveilige gehechtheid
- Studies van Cichetti: onveilige/gedesorganiseerde hechting bij > 80% van mishandelde kinderen
 - versus 27% gedesorganiseerde hechting bij niet-mishandelde kinderen
- Meta-analyse (Cyr et al., 2010): zelfde conclusie bij 10 studies over gehechtheid & mishandeling
 - ook bij controle voor gedepriveerde omgeving zoals lage SES

KINDERMISHANDELING

Definitie kindermishandeling

Wet van de Jeudzorg:

- bij minderjarige (0-18j)
- bedreigende of gewelddadige interactie (link met gehechtheid)
- aard v. interactie: fysiek, psychisch, seksueel
- actief dat iemand handeling stelt of passief aan kind opgedrongen
- relatie van afhankelijkheid/onvrijheid t.o.v. andere
- psychisch of fysiek ernstige schade, daadwerkelijk (schade die er effectief al is) of dreigend

Conceptualisatie

- kinderprostitutie, kinderarbeid,... => eeuwen oud
- introductie in wetenschap: Henry Kempe (1962) – legde als eerst de link met mishandeling als gevaarlijke opvoedingssituatie die de oorzaak zou kunnen zijn van fysieke klachten
- vroeger: vnl. focus op fysiek & seksueel misbruik
- vandaag onderscheid:
 - mishandeling = actieve handeling vd dader
 - bv: kind slaan, schelden
 - verwaarlozing = nalatigheid
 - bv: geen emotionele steun bieden, kind niet naar onderwijs brengen

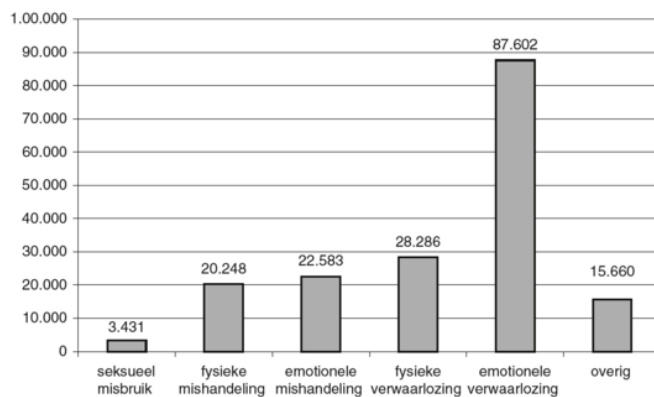
Kenmerken: soorten kindermishandeling

Box 18.2 Soorten kindermishandeling

Soort mishandeling	Subcategorieën
Seksueel misbruik	- seksueel misbruik of aanranding of 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 kind - geen aandacht voor onderwijskundige behoeften
Emotionele verwaarlozing	- ontoereikende genegenheid - bewust toestaan van onaangepast gedrag - weigering emotionele zorg na indicatie - huiselijk geweld waarvan het kind getuige is

Prevalentie

- **2005: eerste Nationale prevalentiestudie mishandeling** van kinderen (NPM-2005) in Nederland (Van Ijzendoorn et al., 2007)
 - registratie door professionals (huisartsen en psychologen die registreerden hoeveel mishandelde kinderen zij in hun praktijk zagen) + meldingen bij Advies en Meldpunten Kindermishandeling (AMK)
 - schatting: 30 gevallen op iedere 1000 (**3%**) kinderen en jeugdigen (0-17 jaar); meerderheid verwaarlozing, comorbiditeit (meerdere types van mishandeling) bij meer dan helft van die 3%
 - MAAR ook via zelfrapportage (12-17 jarigen): 195 gevallen op 1000 jongeren (**19,5%**) => belangrijk om in achterhoofd te houden wie rapporteert! (als je enkel kijkt naar wie in hulpverlening terecht komt, onderschat je zwaar, dit is de ondergrens, maar wil niet zeggen dat een van de twee studies niet correct is gebeurd)
- **2010: studie herhaald (NPM-2010)**
 - conclusie: aantal slachtoffers ongeveer gelijk (34 op 1000)
 - wel: professionals waren alerter op signaleren van kindermishandeling (meer bij amk)
 - helft van slachtoffers: meer dan 1 type mishandeling
 - verdeling van de verschillende types: zie Figuur 18.1



■ Figuur 18.1 Verdeling over de verschillende typen mishandeling op basis van informantenrapportages en AMK-meldingen in 2010 (op basis van Alink e.a., 2011).

- Conclusie: schatting o.b.v. informantengegevens = ondergrens
- reden: niet altijd op hoogte, zelfrapportagecijfers vaak hoger + lifetime prevalentie ook hoger

Risicofactoren kindermishandeling

Vooral factoren op interpersoonlijk niveau verhogen risico dat mishandeling plaatsvindt:

- niveau: gezin
 - lage opleiding ouders
 - beide ouders werkloos
 - alleenstaande ouder
 - allochtone achtergrond (valt weg bij controle voor opleiding)
 - grote gezinnen (>3 kinderen) en stiefgezinnen
- niveau: ouder
 - zelf mishandeld: **30-40% intergenerationele overdracht!** Vicious circle!!!

Verloop en prognose kindermishandeling

- intergenerationele overdracht (zie verder)
- speelt causale rol in (latere) fysieke, psychologische en gedragsproblemen: kindermishandeling als risico van ontwikkelen van psychopathologie op latere leeftijd
 - suïcide(pogingen)
 - slaapproblemen
 - depressieve symptomen
 - trauma/PTSS
 - kan ontwikkelingsstoornissen veroorzaken
 - emotionele, motorische, lichamelijke, talige, intellectuele ontwikkeling
- Belangrijk: er zijn protectieve factoren die kunnen beschermen tegen negatieve effecten van kindermishandeling (Meng, Fleury, Xiang et al: systematische review)
 - vb. ondersteunende relaties, copingvaardigheden, stabiele gezinssituatie, sociale steun...
 - verder onderzoek nodig

Modellen van kindermishandeling

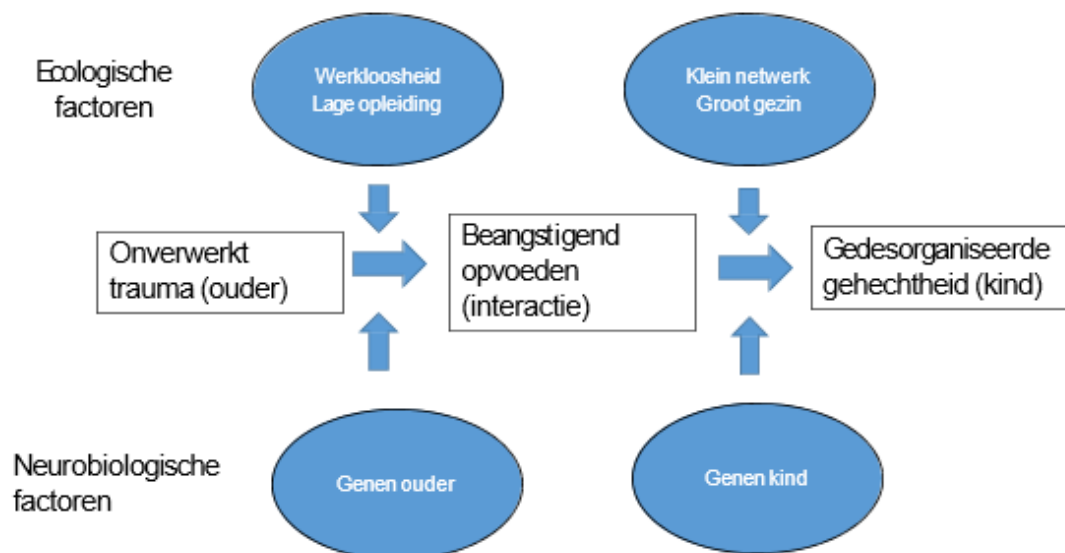
- **Intergenerationele overdracht**
- **Bio ecologisch model**
- **Ecologisch transactioneel model**

Intergenerationele overdracht kindermishandeling

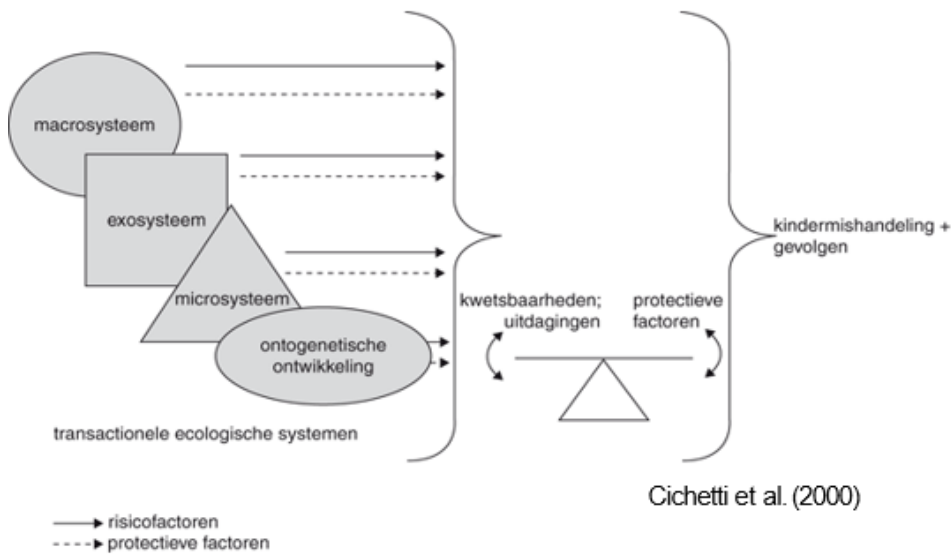
- Kindermishandeling wordt van generatie op generatie overgedragen
- Gehechtheidsproblemen als risico voor kindermishandeling => verklaring voor intergenerationele overdracht
- Verklaring? **Onveilige/gedesorganiseerde gehechtheid** die een negatieve invloed heeft op **opvoeding** van eigen kinderen (ouders gaan door constellatie werkmodel veel minder responsief en sensitief reageren op kinderen, waardoor de kans veel groter is dat ook het kind problemen in de interacties gaat ervaren)
 - incoherente mentale representaties van gehechtheid
 - voelen zich minder gewaardeerd, lager zelfbeeld
 - minder sensitief voor gehechtheidssignalen van hun kind
 - sneller negatief geprikkeld door gehechtheidssignalen van hun kind
- Hoe bevraagd? GBI (semi-gestructureerd, gevraagd naar ervaringen uit jeugd, retrospectief)
Kritiek: retrospectief, longitudinaal onderzoek is veel betrouwbaarder
- 'Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood' (Sroufe et al., 2005) = longitudinal en prospectief
 - vnl. overdracht van angstige vormen van gehechtheid v generatie op generatie
 - 40% mishandeling eigen kind; 30% onvoldoende bieden van zorg en steun
 - MAAR: **30%** van ouders die zelf mishandeld werden: geen overdracht naar eigen kinderen!
 - **Beschermende factoren tegen intergenerationele overdracht:**
 - ondersteunende opvoeder gehad in kindertijd
 - psychotherapie gehad (min.6 maanden)
 - ondersteunende partnerrelatie in volwassenheid hebben
 - afwezigheid financiële problemen

Bio-ecologisch model

- Cf. niveau gezin, niveau ouders: focus op risicofactoren (\Leftrightarrow Cichetti)
- kijkt of er risicofactoren op niveau van het kind zijn die kunnen verklaren waarom iemand mishandeld wordt (heel gedurfde stelling, omdat mishandeling gezien wordt als iets wat zich afspeelt op interpersoonlijk niveau, wat bovenaf 'beslist' wordt en waar het kind heel weinig in te zeggen heeft)
- Ecologisch: risicofactoren intergenerationeel in vicieuze cirkel: lage opleiding, werkloosheid...
- Rol van neurobiologische factoren?
 - bv. kinderen met **moelijk temperament**: uitlokken van bepaalde (hardhandige) gedragingen bij ouders en ongevoeligheid bij zichzelf van negatieve effecten van gedrag dat ouders op hen stelt? => beperkt! Vooral rol van omgevingsfactoren die kindermishandeling verklaren!
 - toekomst:
 - rol van **gen-omgevingsinteracties!**
 - effect van structurele verwaarlozing op **ontwikkeling van het brein**: minder witte stof bij kinderen uit tehuis, maar: plasticiteit!
=> vroeg ingrijpen kan effecten van mishandeling deels tegengaan
- Helemaal geen rol voor kindfactoren?
 - Cf. bepaalde factoren maken kind **ontvankelijker** voor **gevolgen** van negatieve ervaringen/bepaalde opvoedingsstijl (cf. differential susceptibility, Belsky et al., 2007) + individuele verschillen in stress-regulatie
 - DUS hier w gezegd: bepaalde kinderen kunnen na mishandeling toch nog een positief traject afleggen, omdat zij minder ontvankelijk zijn voor gevolgen van negatieve ervaring en dus toch een goede stressregulatie hebben kunnen ontwikkelen (en omgekeerd)



Ecologisch Transactioneel Model



Preventie

- België: meldingscentra
 - Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK)
 - < Kind & Gezin
 - melden van (vermoeden van) verwaarlozing of mishandeling
 - Voor professionals, maar ook anderen uit omgeving kind
 - VK: zicht krijgen op ernst & omvang (ouders, kind, omgeving)
 - Doorverwijzing gezin of zelf opgevolgd door VK
 - Veiligheid van kind in gevaar: Comité, justitie

- Preventieprogramma's bestaan meestal uit **CGT (cognitief gedragstherapeutische technieken) en/of verhogen sociale steun (protectieve factor)** => als deel van multi-component programma's
 - Bv. 'Nurse Family Partnership' = preventie gericht op hoog-risico ouders, vb. alleenstaande mama's, tienermoeders... (huisbezoeken nog voor ze bevallen zijn)
 - => effectief gebleken, evidence based!
 - start al voor geboorte tot 2 jaar: opvoedingsondersteuning, gezondheidsvoorlichting (nadelen v roken en alcohol tijdens de zwangerschap), vaardigheden aanleren, persoonlijke begeleiding bij zoeken werk (om ervoor te zorgen dat ze niet meer tot de risicogroep behoren),...
 - effectief: minder partnergeweld, minder roken, meer borstvoeding
 - minder AMK-aanmeldingen bij die gezinnen
 - nadeel vd studie is dat men niet keek naar uitkomst dat studie had bij gehechtheid

- Controversieel: '**Holdingtherapie**'
 - Basisidee: (gedwongen) lichamelijk contact tussen kind en ouder => terugkeer in ontwikkeling => goede gehechtheid
 - MAAR: gedwongen contact staat haaks t.o. gehechtheidstheorie!
 - <-> sensitief, responsief reageren op signalen van kind
 - Gevaarlijk, niet empirisch ondersteund: door gedwongen lichamelijk contact ontstaan ook meer lichamelijke letsels

- **Video feedback to Promote Positive Parenting (VIPP)**
 - kortdurend, gedragsgericht preventieprogramma
 - doel: verhogen ouderlijke sensitiviteit én verbeteren stellen van grenzen
 - voor brede categorie gezinnen, niet noodzakelijk enkel voor gezinnen met risico kindermishandeling => niet-stigmatiserend, brede doelgroep
 - effectiviteit bewezen: o.a. vermindering gedesorganiseerd gehechtheidsgedrag, verhogen sensitiviteit en grenzen stellen

- **ABFT (Attachment Based Family Therapy):** bij jongeren met gehechtheidsproblemen
 - doel: herstellen van vertrouwen in beschikbaarheid van gehechtheidsfiguur
 - gevolg: in periode van stress gaat jongere opnieuw nabijheid & steun zoeken
 - toepassing: bv. depressieve adolescenten

- Effectiviteit vroege interventies bij at-risk groepen (Caleiros et al., 2018)

- Meta analyse (Van der Put et al., 2018)
 - kortdurende interventies (0-6m) zijn ook effectief
 - focussen op verhogen van het zelfvertrouwen van ouders
 - langdurige follow-up bleken effectiever te zijn => **sleeper effect**: kortdurende interventies kunnen op eerste zicht mss weinig effect hebben, maar als je op langere periode gaat kijken, heeft kortdurende interventie toch effect op het functioneren van de jongere

GEDRAGSPROBLEMEN/STOORNISSEN

Definitie

ANTISOCIAAL GEDRAG = gedrag dat verwijst naar overtredingen van sociale regels – valsspelen, liegen, stelen – of gedrag dat gericht is tegen anderen – agressie (Kazdin)

EXTERNALISEREND PROBLEMGEDRAG = enerzijds agressief gedrag, zoals vechten en pesten, anderzijds regeloverschrijdend gedrag, zoals stelen, vuurtje stoken en spijbelen.

Problemen komen voor in een bepaalde volgorde: liegen -> stelen -> brandstichten

Niet alle liegers worden stelers, maar wel omgekeerd: alle brandstichters zijn stelers en alle stelers zijn liegers. ('liegers' en niet 'leugenaars', 'stelers' en niet 'dieven', want het gaat hier niet over hun persoonlijkheid, maar over hun gedrag)

DSM-5: niet kennen

Prevalentie

- 3% tot 6%
- verhouding jongens-meisjes bij jonge kinderen 4:1 – adolescenten 2:1
 - naarmate men ouder wordt, komen meer meisjes voor, omdat dan andere problematieken naar de voorgrond komen waar meisjes sterker in zijn
- minder ernstige stoornissen 15%
 - in een klas van 20 kinderen zitten gemiddeld genomen 1-2 kinderen met gedragsproblemen
- ernstige gedragsstoornissen (kinderen) 2%-4%; (adolescenten) 6%-12%
- grote stabiliteit eens gedragsproblemen in gang zijn gezet, ook over generaties heen
 - coërcieve cirkel
 - wanneer je als adolescent al 5-10 jaar last hebt van een gedragsprobleem, is het bijna zeker dat persoon daar levenslang last van zal hebben
 - moeilijk naar behandeling: belangrijk om er vroeg bij te zijn voordat stabiliteit zich ontwikkeld heeft

Comorbiditeit

- ADHD (40 tot 60%)
 - binnen hulpverlening (65 tot 90%)
- taal- en leerproblemen: geen goede taalontwikkeling is belangrijke risicofactor
 - extra moeilijkheden voor zwakbegaafde kinderen en kinderen met migratieachtergrond
- angst- en stemmingsstoornissen (meisjes > jongens): hebben vaak negatief gevoel over zichzelf
- middelenmisbruik (zeker bij adolescentie) en risicovol seksueel gedrag (specifiek voor meisjes)

Prognose

- hoge stabiliteit
- zonder behandeling geen verbetering
- de prognose voor behandeling van antisociale adolescenten is behoorlijk negatief
=> heel hardnekkige prognose

We starten pas met diagnosticeren van een gedragsprobleem op 4-jarige leeftijd. Ervoor kan opstandig gedrag toegekend worden aan ontwikkelingstaken (2-6 jaar: koppigheid, alles zelf willen doen, driftbuien, grenzen testen, angst bij onvermogen...). Dit gedrag kan door de meeste ouders binnen de perken worden gehouden en evolueert relatief weinig tot losbandig gedrag.

Ook verschil tss jongens en meisjes: jongens zijn veel fysieker in het spelen – vechten, worstelen... Op scholen werken er overwegend vrouwelijke leerkrachten, waardoor dat gedrag vaker als probleemgedrag wordt aanzien, terwijl het gewoon normaal ontwikkelingsgedrag is voor jongens.

Belangrijk dus om te kijken wanneer iets problematisch is of normaal gezien de leeftijd.

[A development model: afbeelding, zie volgende pagina](#)

Op PowerPoint schema in het Nederlands!

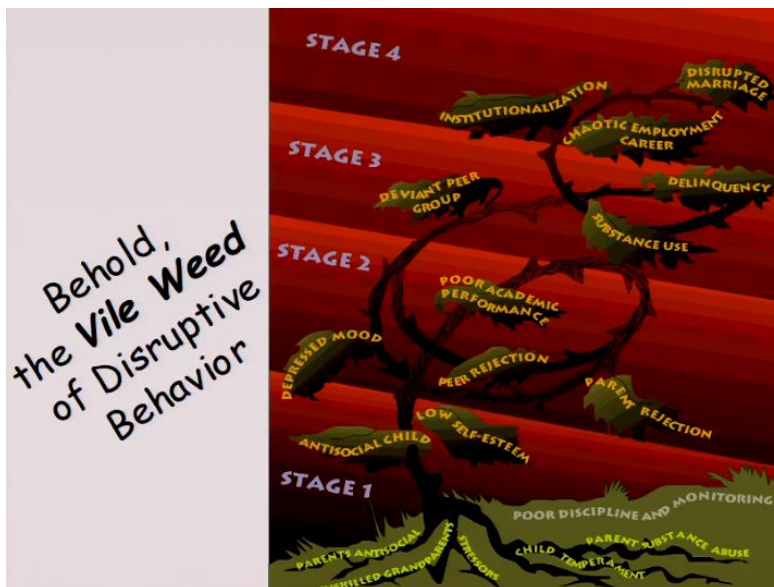
Je ziet op schema een aantal ontwikkelingsperiodes die elk een rol spelen in de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen.

- tijdens zwangerschap: roken, middelenmisbruik, slechte voeding, slechte gezondheidszorg... zorgt al voor slechte hersenontwikkeling vd foetus die aanleiding kunnen geven tot gedragsproblemen vb. ADHD
- peutertijd: te hoge/geen eisen stellen, verwaarlozend, niet sensitief reageren op kinderen, hoge stress in gezin... een sociaal zwak gezin is meer kwetsbaar voor gedragsproblemen, maar het komt niet alleen maar voor bij hen. Ook temperament vh kind speelt hierin een rol
- belangrijkste ontwikkelingsfase van antisociaal gedrag: kleuterperiode: coërcief proces groeit hier

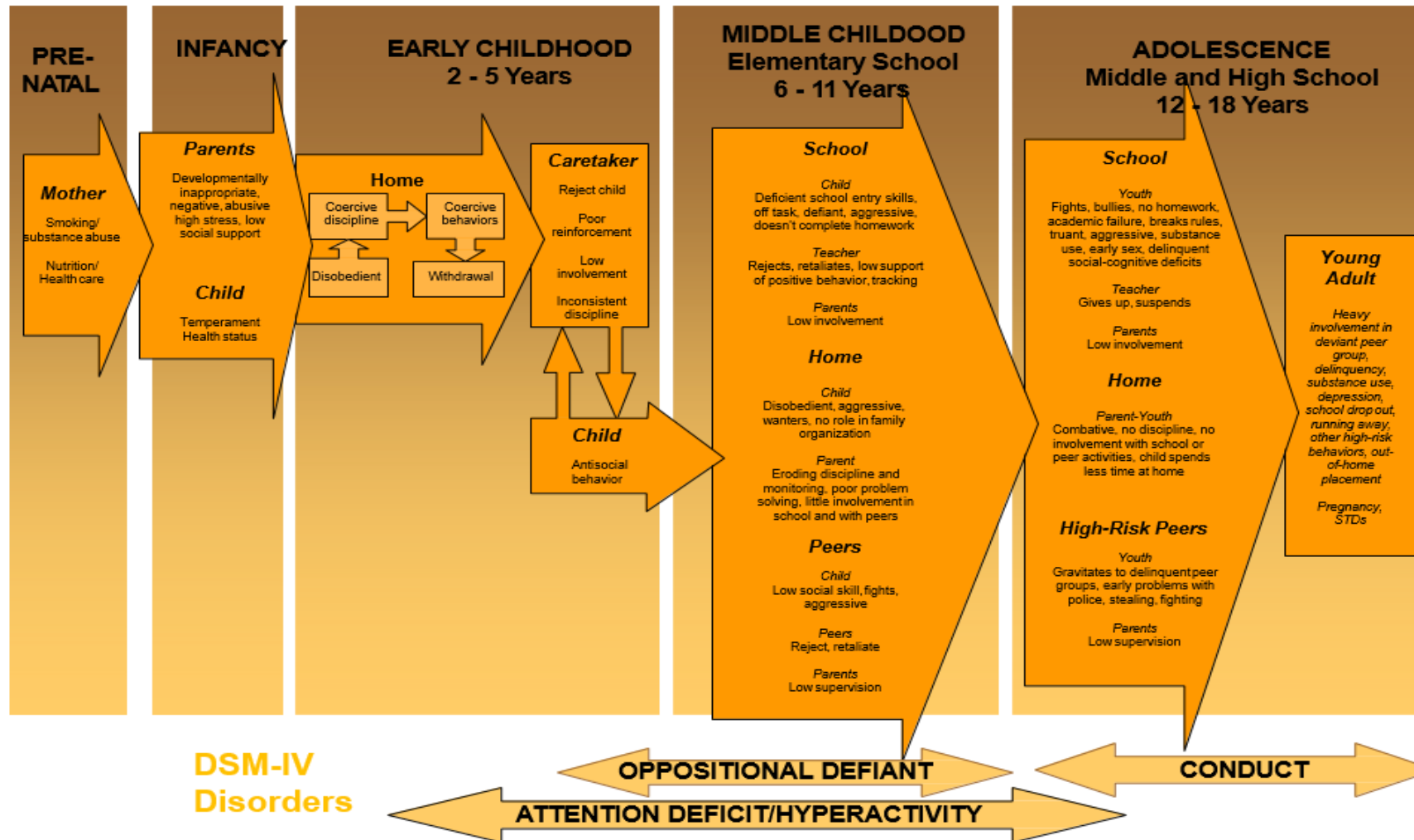
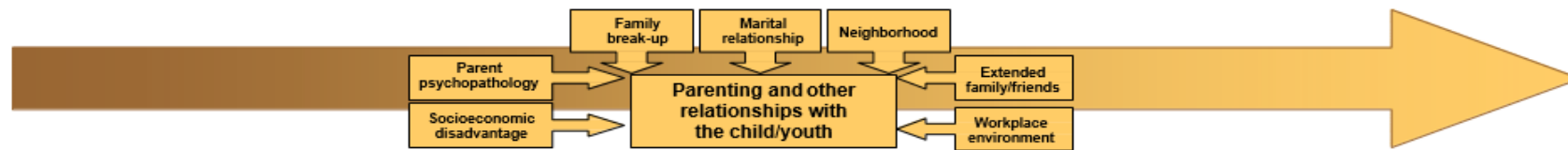
Coërcief gedrag start als iets normaals: elk kind zal zich op de grond gooien om zijn goesting te krijgen, soms zal het zijn zin krijgen en soms niet, de ouders kunnen toegeven of terugtrekken. In bepaalde gezinnen wordt dit proces een patroon (2-5 jaar): kinderen zullen altijd hun zin krijgen als ze zich op de grond werpen. Eens dat patroon geïnstalleerd is, stopt het niet meer. Eens het proces in gang is gezet, zie je dat verzorgers (ouders, leerkrachten...)

- heel afwijzend zullen reageren op deze kinderen
 - een lage betrokkenheid tonen: het wordt moeilijk om het kind graag te blijven zien
 - beperkte bekrachtiging
 - inconsistente discipline: onbewust wordt er heel veel toegelaten, maar als de grens bereikt is, ontploft de bom bij de verzorger en worden kinderen zwaar aangepakt
- lagere school: kinderen hebben geleerd eigen zin door te drijven en zijn onvoldoende afgegrensd en kunnen daardoor onvoldoende rekening houden met noden en wensen van anderen vb. als je niet geleerd hebt om door te zetten, ga je falen op school (tss kinderen met gedragsproblemen zitten ook heel intelligente kinderen). Vanaf 8 jaar worden peers heel belangrijk: samen de snoodaard uithangen is leuker dan te doen wat de volwassene zegt wat ze moeten doen. Op het einde vd lagere school horen ze vaak nergens meer bij en gaan ze elkaar dus opzoeken om samen stoer te doen: samen andere kinderen pesten, bedreigen...

- adolescentie: moeilijk gedrag om te keren, vaak al delinquent gedrag gesteld
zij worden vaak uit scholen gestuurd, komen in aanraking met de politie... maar die adolescenten zien dit vaak niet als straf
hoe meer zij gestraft worden, hoe hogere status zij toegekend worden binnen hun delinquente groep
 - jongvolwassene: tekort sociale vaardigheden, tekort aan zelfregulatievaardigheden, omgaan met autoriteiten loopt moeilijk (moeilijk werk vinden of snel ontslagen worden)... Worden vaak vroeger zwanger of maken hun partner zwanger en dan begint het hele coërcieve proces opnieuw met hun eigen kind.
- vaak intergenerationeel probleem
- belang van preventie of vroeg ingrijpen op dit proces is veel zinvoller dan later in proces
- afhankelijk vd leeftijd werkt men met een bepaald aantal grootte van een groep vb. bij 8-jarigen kan je met 10 kinderen werken, bij 12-jarigen met 5 kinderen en bij adolescenten is het voordeliger om individueel te werken, want peers worden steeds belangrijker



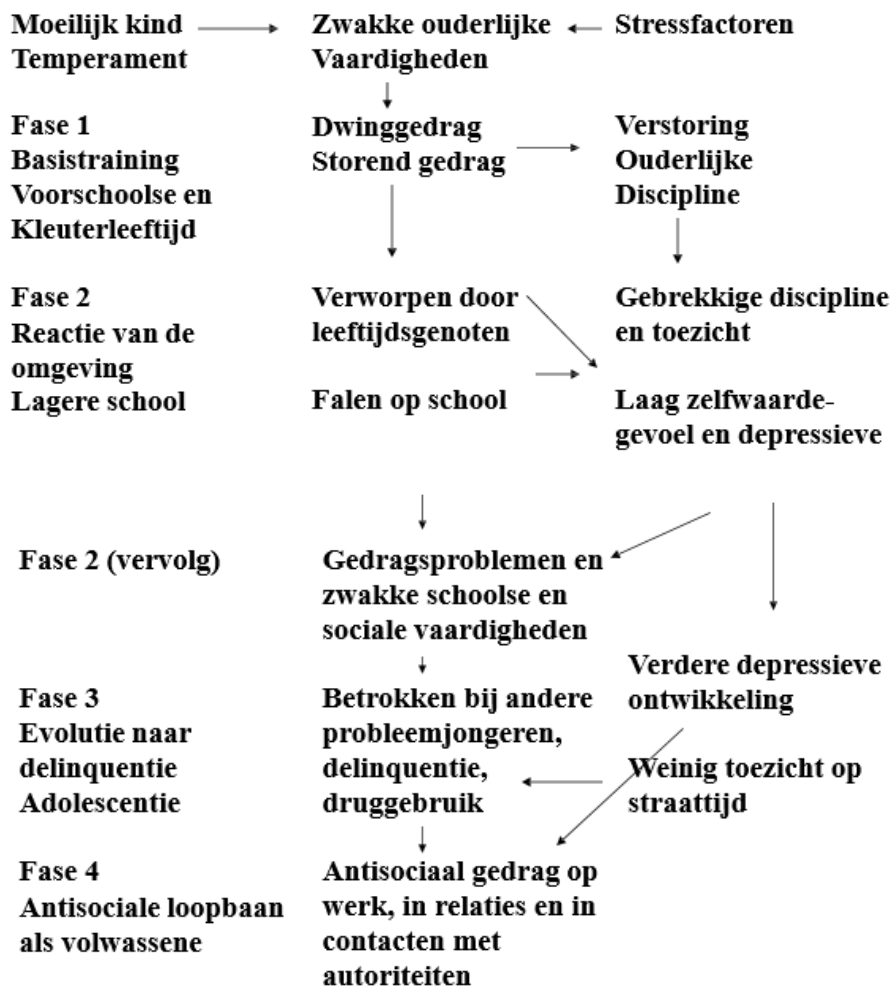
Hoe hoger boven de grond, hoe dieper de wortels zitten en hoe moeilijker het 'uit te roeien' is.



Vier-fasenmodel (Jos Peeters)

! Mogelijks examenvraag !

Fasen betekenen elk een stap verder in de richting van gedragsproblemen.



1. Basistraining: training door ouders en leerkrachten in het hebben van driftbuien, maar kinderen leren hier dat ze met hun driftbuien weggomen (ze mogen bepaald gedrag stellen, zodat ze geen driftbui krijgen)
2. Omgeving vindt dit heel vervelende kinderen: gaat negatief en verwerpend reageren
Hierdoor krijgen kinderen stilaan duidelijk een laag zelfwaardegevoel, want ze krijgen continu negatieve commentaar, waardoor ze zich heel slecht in hun vel voelen en depressieve stemmingen ontwikkelen.
! kenmerken van kinderen met depressie en gedragsproblemen zijn heel moeilijk uit elkaar te halen
3. Sluiten zich aan bij peers die ook gedragsproblemen hebben: evolutie naar delinquentie. Ze gaan meer tijd op straat gaan doorbrengen, ouders krijgen er minder zicht op, waardoor ze vrij spel krijgen.
4. Antisociale persoonlijkheidsstoornis als volwassene.

Het dwingproces (coërcief proces)

Gebaseerd op **ontsnappingsleren** = het kind leert de ouder dat hij kan ontsnappen aan zijn driftbui door toe te geven aan het kind

1. Een ouder gedraagt zich op een voor het kind negatieve wijze naar een kind (geeft een opdracht, weigert...)
2. Het kind reageert op een voor de ouder negatieve wijze (wenen, roepen, een driftbui...)
3. De ouder stopt met de negatieve respons (negatieve bekrachtiging)
4. Het kind stopt zijn negatieve reactie (negatieve bekrachtiging)
=> het toegeven is beloning voor het kind, het stoppen met de driftbui is de beloning vr de ouder

Dubbele van coërcieve proces: kinderen en ouders houden elkaar in evenwicht (ouders geven snel toe aan kinderen en het kind zorgt dat het rustig blijft). Kinderen slagen erin dit proces ook over te brengen naar de school en eens het proces is overgeplaatst naar een tweede context stopt het niet meer. **Eens het proces gestart is, stopt het niet meer.**

Risicofactoren

=> vanaf er vier factoren aanwezig zijn, is de kans groot dat er gedragsproblemen ontstaan

Kindfactoren

- genetische kwetsbaarheid en biologische factoren
- intelligentie – zwakbegaafdheid
- geslacht – jongens
- temperament en snelle reactiviteit + effortful control: kunnen ze emoties reguleren
- perinatale risico's
- cognitieve en schoolse vaardigheden, vooral taal en executieve functies

vb. zwakbegaafde jongens met ADHD: kans tot ontwikkelen van een gedragsstoornis is heel groot

→ **taal** is een heel grote factor in zelfcontrole: je zegt dingen tegen jezelf om emoties te controleren, als je die taal niet hebt, ga je heel primitief reageren

→ jongens leren taal later dan meisjes

→ taal speelt ook een grote rol in hulpverlening: dit is minder efficiënt bij jongens ivm meisjes (bij jongens zijn doe-interventies efficiënter)

Gezinsfactoren

- slechte zelfzorg tijdens de zwangerschap
- opvoedingsvaardigheden: inconsequent en hard – ligt niet aan opleiding ouders: kinderen met gedragsproblemen krijgen vaak eens een tik
- onveilige hechting, mishandeling en verwaarlozing
- conflicten tussen partners als model voor agressie

HECHTING: CIRKEL VAN VEILIGHEID

Hechting als dubbel proces: zowel veilige basis om wereld te gaan exploreren als veilige haven om naartoe terug te keren als er id wereld dingen gebeuren. (zie les Hechting)

Kinderen die onveilig gehecht zijn, gaan op school minder goed kunnen leren: wanneer zij stress hebben, kunnen ze geen zorg zoeken en gaan zij dus maladaptief ontwikkelen.

ONTWIKKELEN VAN VROEGE BASISSCHEMA'S (VMG) DOOR HECHTING

- 5 primaire ontwikkelingstaken/basisbehoeften kinderen
 - **verbinding en acceptatie** (basisveiligheid en verbondenheid): we willen allemaal graag gezien worden door onze ouders en door onze peers (zijn twee aparte noden). Kinderen doen soms rare dingen om bij peers te horen vb. meepesten om erbij te horen
 - **autonomie en prestatie** (autonomie, competentie en identiteitsgevoel): we willen bekwaam en autonoom gevonden worden
 - **realistische grenzen** (realistische grenzen: beperkingen en zelfbeheersing): duidelijke grenzen geven veiligheid
 - **naar binnen gerichtheid en zelfexpressie** (vrijheid om uitdrukking te geven aan behoeften en emoties, zelfexpressie): nood om te kunnen uiten wat we voelen en denken
 - **spontaneïteit en plezier** (spontaniteit en spel)

VROEG MALADAPTIEVE BASISSCHEMA'S

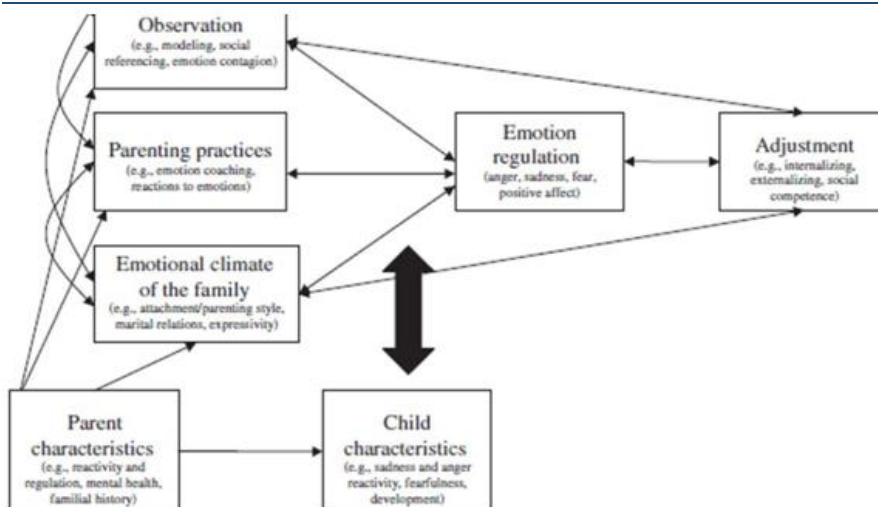
Als we continu afgewezen worden en horen dat we niet goed genoeg zijn, ontwikkelen we maladaptieve basisschema's (het wordt een vaststaand, hardnekkig patroon):

- onverbondenheid en afwijzing (verlating, ongewenst zijn): kinderen met gedragsproblemen die negatieve commentaar krijgen horen niet dat je hun gedrag afwijst, maar hen als persoon afwijst
- verzwakte autonomie en verzwakte prestatie (mislukking, vb. faalangst)
- verzwakte grenzen (onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline): wanneer iemand dan toch grenzen stelt, gaat kind explosief gedrag vertonen
=> deze schema's worden al heel vroeg ontwikkeld (Ben ik de moeite waard? Wordt er naar mijn noden geluisterd en worden deze ingevuld? De wereld is geen veilige plek. Als baby al)
- gerichtheid op anderen (onderwerping, goedkeuring/erkenning zoeken)
- overmatige waakzaamheid en inhibitie (emotioneel geremd, negatief, pessimistisch, meedogenloze normen)

vb. baby die weent en de ouders zetten televisie gewoon luider: die baby kan twee kanten op:

1. stoppen met signalen uitzenden, trekken zich helemaal terug: depressie
2. als ik extra lawaai maak, moeten ze wel reageren: gedragsproblemen

MODEL VAN MORRIS OMTRENT DE ONTWIKKELING VAN EMOTIEREGULATIE



Morris heeft rol van het gezin onderzocht bij emotieregulatie (boosheid, angst en verdriet): er zijn daar drie grote elementen die een rol spelen

1. observation/modelling: hoe kijken wij naar onze ouders en wat hebben wij hen zien doen in verband met emotieregulatie vb. vaders zijn niet bang of verdrietig, maar als jonge kinderen niet bang of verdrietig mogen zijn, blijft kwaadheid over: zo worden normale emoties (angst/verdriet) omgezet in kwaadheid, want als jongen mag dat
2. parenting practices/emotion coaching: ouder benoemt emotie van kind en zoekt naar een oplossing
3. emotioneel klimaat: hechting en huwelijksrelatie tuss ouders (als je huwelijksproblemen hebt, kan je misschien minder aandacht hebben voor je kind of botter reageren op wat het kind zegt)
=> die drie maken dat kinderen leren omgaan met hun emoties en dat is heel belangrijk in het ontwikkelen van externaliserende/internaliserende problematieken en sociaal (in)competent gedrag

Omgevingsfactoren

- socio-economische status van het gezin en de gemeenschap (kansarmoede): duidelijke link tussen armoede en gedragsproblemen (niet per se tussen het minder geld hebben)
 - experiment in nature: in sommige regio's van reservaten van native Americans zijn er casino's gebouwd die ze zelf mochten uitbaten (voor een aantal mensen tewerkstelling), voordat de casino's er waren was er heel veel armoede, alcoholisme en heel veel gedragsproblemen bij kinderen en jongeren. Na het komen van de casino's is er opvallend minder last van gedragsproblemen: mama's die werkten waren ook veel meer bezig met hun kinderen hun schoolwerk en waar haar kinderen allemaal uithingen.
 - het gaat dus over het psychologisch effect die armoede heeft op mensen: mensen zonder werk voelen zich incapabel, nietsnut, wat ook weer effect uitstraalt op opvoeding van hun kind: als je je waardeloos voelt, heb je niet genoeg energie om naar je kinderen toe grenzen te trekken of te horen wat hun noden zijn (daarvoor moet je zelf goed in je vel zitten)
- graad van criminaliteit en geweld in de buurt: als je in omgeving woont waar heel veel geweld is, ga je dat zien als normaal en als model over hoe met anderen om te gaan

! Een vroege start is de belangrijkste voorspeller voor delinquentie op adolescentie leeftijd!

Protectieve factoren

Waar moeten we op inspikken/aandacht aan besteden in de behandeling?

Kindfactoren

- intelligentie
- temperament en effortful control: aan temperament zelf kan je niet veel veranderen, maar wel over hoe je daar met je bewustzijn mee omgaat
- competenties: schoolse competentie, probleemoplossingsvaardigheden, sociale vaardigheden (goed kunnen functioneren op school)
- ongewone of uitzonderlijke talenten (kan je op inspelen)
- positief zelfwaardegevoel: heel belangrijk!!! Al voor kleine prestaties de kinderen waarderen
Hoe beter je in je vel zit, hoe beter je ook kan omgaan met frustratie

Gezinsfactoren

- een hoge gezinscohesie
- een goede relatie met tenminste één ouder/volwassene
- opvoedingsvaardigheden: warm en duidelijk – onderscheid maken tussen het gevoel en gedrag
- veilige hechting

Omgevingsfactoren: sociale vaardigheden zijn hierbij belangrijk

- prosociale vrienden
- sociale steun: erbij horen

Opvoedingsvaardigheden

- **positieve betrokkenheid**: je ziet je kinderen onvoorwaardelijk graag
 - zich engageren in wederzijds plezierige activiteiten
 - het is een niet contingent, onvoorwaardelijk aspect van de ouder-kind relatie=> in pleegzorg en instellingen is dit een moeilijk iets: kinderen weten dat als ze iets uitsteken, ze buitengezet kunnen worden. Wees dus duidelijk dat dit hun thuis blijft en jij ze graag ziet wat ze ook uitsteken: als die boodschap is overgebracht, zie je storende gedrag ook direct afnemen
- **positieve bekrachtiging**
vaardigheid in het opmerken en versterken van zelfs klein prosociaal gedrag van het kind
- **dyadische probleem oplossing**
gezins- probleemoplossingsvaardigheden: veel vader zeggen tg hun kind dat ze als ze onrecht worden aangedaan, mogen slaan, maar erna is het heel moeilijk duidelijk te maken aan het kind dat dit onacceptabel is
- **disciplineren**
accuraat opmerken en ‘klasseren’ van probleemgedrag, negeren van triviaal dwinggedrag, en gebruiken van effectieve back-up consequenties als straf nodig is. Grenzen opstellen die stand houden (grensbewaking en ook straffen als men grenzen overschrijdt). Als er geen grenzen zijn, is er ook niks om u tegen af te zetten en kan je ook geen eigen identiteit ontwikkelen (vb. verwenning waarbij alles mag: je weet niet of je iets kan en daarom gewaardeerd wordt, want je krijgt voor alles een beloning).
- **ouderlijk toezicht (monitoring)** => rechtstreeks verband met delinquentie!!
monitoren van kinderen: waar zijn ze, met wie en wat doen ze?

Belang van leerkrachtgedrag

- Beschermende factor vooral bij kinderen met een problematische hechting, kinderen met gedragsproblemen en teruggetrokken kinderen
- Leerkrachtgedrag = nabijheid, structuur, autonomie bevorderen, betrokkenheid, sensitiviteit en emotionele ondersteuning
- 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 (belangrijk vroeg ingrijpen in het schooljaar)

Verklaringsmodellen

- A. Biologische en fysiologische perspectieven: vaak nog niet veel zicht op
- B. Leertheoretische perspectieven (o.a. *coercive process*): deel van agressief gedrag is aangeleerd
- C. Informatieverwerkingsperspectieven: schema's
- D. Maatschappelijke perspectieven (sociale bindingen): armoede en nood om erbij te horen
=> integratie van perspectieven: transactioneel model

Biologische en fysiologische perspectieven

Sommige kinderen:

- zijn minder gevoelig voor straf (meer kinderen dan bij beloning)
- zijn minder gevoelig voor beloning en hebben meer behoefte aan spanning
- reageren emotioneler op stress of frustratie: reactieve kinderen
- hebben beperkte cognitieve capaciteiten, beperkingen in de executieve functies
- zijn minder gevoelig voor de gevolgen van hun gedrag (*callous-unemotional*): koude psychopaten op kindniveau (voorloper van psychopatisch gedrag), zijn intelligent en zeer sociaal vaardig – goed in manipulatie van anderen => nog geen behandeling bekend, hen op sociale vaardigheidstraining sturen zou juist nadeliger zijn, er is een meer individueel traject nodig

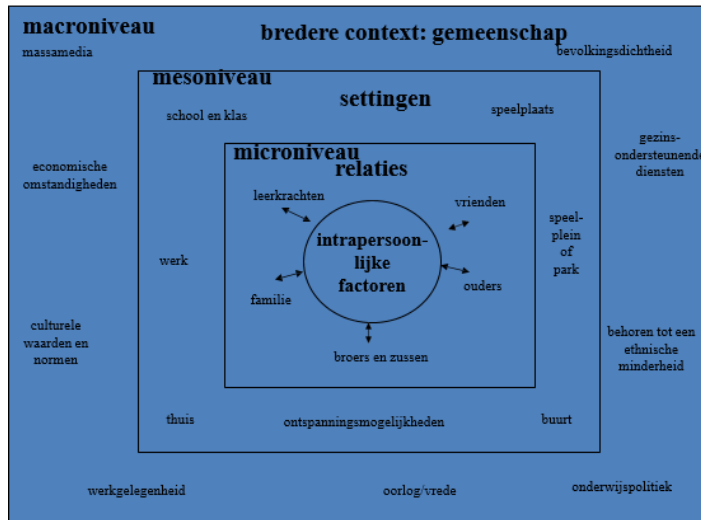
Informatieverwerkingsperspectieven

Sociaal Cognitieve Processen bij Agressieve Kinderen: er gelden 6 stappen als je omgaat met informatie (bril: als je denkt dat je waardeloos bent, ga je selectiever je aandacht verdelen op zaken die je eigen gevoelens zullen confirmeren)

- Selectieve aandacht voor bedreigende informatie en het missen van belangrijke andere sociale informatie.
- Vijandige attributievertekening, en vertekende perceptie van zelf en anderen in conflict situaties.
- Meer op dominantie en wraak gerichte doelen en minder op vriendschap en positieve uitkomsten gerichte doelen.
- Een beperkter repertoire aan mogelijke reacties op sociale situaties, waarvan een grotere proportie agressief is vb. niet vragen of hij mag meevoetballen, maar voetbal uit handen snukken van het kind die hem vastheeft
- Verwacht dat agressieve oplossingen effectief zullen zijn, en waarderen agressieve oplossingen meer.
- Geringere vaardigheid in het uitvoeren van probleemoplossende reacties.
=> bepaalt hoe deze kinderen al heel jong naar de wereld kijken

Ecologische of transactionele modellen

Bronfenbrenner, Belsky, Dishion, Sameroff



Beschouwt vier niveaus:

1. intra-individueel
2. interacties (ouder-kind) (micro)
3. settings (gezin, klas) (meso)
4. gemeenschap en culturele context (macro)

vb. ADHD is een intrapersonlijke factor. De helft vd kinderen met ADHD hebben ook gedragsproblemen, dat is dus een belangrijke factor, maar er moet meer zijn, anders zouden alle kinderen met ADHD een gedragsprobleem hebben.

De directe omgeving speelt een rol: hoe ouders, leerkrachten, peers met kinderen omgaan maakt of zij meer/minder kans hebben om een gedragsprobleem te ontwikkelen. Kinderen met ADHD hebben duidelijk gestructureerde leeromgeving nodig, maar ADHD is voor een stuk erfelijk: dus als ouders al niet zo gestructureerd zijn, maakt dat dat er al meer kans is op een gedragsprobleem. Kinderen kiezen hun vrienden zelf, dat is geen passief gegeven: drukke kinderen zoeken drukke vriendjes, hierdoor wordt kans op gedragsprobleem weer groter (vb. rap speelplaats overlopen en andere kindjes omverduwen).

Niveau van systemen vb. schoolniveau: kans dat je in stadsschool gedragsproblemen ontwikkelt is groter dan in een dorpschooltje (veel kinderen v verschillende karakters en verhoogde risicoregio's bij elkaar op beperkte plaats). Buurt waar je woont vb. ruimte om te spelen, geweld, drugsdelinquentie...

Macroniveau: gemeenschap – economische omstandigheden, kom je uit oorlogsgebied...

Culturele normen en waarden: groot verschil tussen culturen vb. Zweden: minst agressie en minst kindermishandeling; VSA – cowboycultuur en Arabische cultuur: meest agressieve cultuur, goedkeuring van geweld en wapengebruik

VERSLAVING EN MIDDELMISBRUIK BIJ ADOLESCENTEN

Definitie

- **DSM-5:** Verslaving en middelenmisbruik vallen onder de categorie '**middel- en verslavingsgerelateerde stoornissen**'
 - » (Genots)middelen = psychoactieve middelen = stoffen die veranderingen in het psychisch functioneren teweegbrengen
 - met een verschillende werking: dempend, stimulerend, bewustzijnsveranderend
 - *dempend*: alcohol, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, cannabis (marihuana, hasj) en opiaten (opium, heroïne en methadon)
 - *stimulerend*: cafeïne, nicotine, cocaïne, amfetamine en ecstasy
 - *bewustzijnsveranderend*: LSD, cannabis, paddo's en ecstasy
- Enige niet aan middelen gebonden verslaving: gokken
- 11 criteria met een ernstscore

DSM-5, 2013

Een patroon van onaangepast verslavingsgedrag dat aanzienlijke beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals blijkt uit min. 2 criteria (12mnd)

1. Tolerantie
2. Onthouding (onthoudingsverschijnselen, vb. trillen)
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende langere tijd gebruikt dan men van plan was
4. De aanhoudende wens en weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen of om te herstellen van de effecten ervan
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel
7. Het gebruik van het middel wordt verdergezet ondanks het besef dat er aanhoudende of terugkerende lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaan
8. Herhaald gebruik zodat niet meer kan voldaan worden aan verplichtingen op het werk, school of thuis.
9. Herhaald gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is.
10. Voorgezet gebruik van het middel ondanks de problemen op sociaal en interpersoonlijk gebied.
11. Sterke hunkering naar het middel of de activiteit

Ernstscore: van mild tot ernstige verslaving

Psychologische afhankelijkheid/craving

Psychische afhankelijkheid = craving (hunkeren naar) = wens om de positieve effecten van het middel te ervaren

- Ook na het stoppen van gebruik (herval)- chronisch
- Bepaalde situaties lokken craving uit (uitlokkende stimuli)
 - Conditionering: gewoontevorming (signaal, routine, beloning)
 - start middelengebruik: kan begrepen worden vanuit operante conditionering (beloning)

- instandhouding verslaving en craving: kan begrepen worden vanuit klassieke conditioning
- Fysiologische component (neurologische processen):
 - meer drugs => hersenen passen zich aan (maken zelf minder 'voel je goed' stoffen, neem drugs weg => craving en ontwenning)

Sensitisatie

(Vrijwel) alle psychoactieve middelen geven direct na inname een psychomotorische stimulatie (opwinding of 'arousal') die **sensitiseert**= sterker wordt na herhaald gebruik van het middel

- **Sensitisatie** is langdurig (vb. onderzoek bij rokers): zelfs als je al heel lang niet meer gerookt hebt, blijven die sensitisaties bestaan
- **Cross-sensitisatie**: wanneer middel A al geleid heeft tot sensitisatie, ontwikkelt dit sneller voor middel B (vb. iemand die op jonge leeftijd al alcohol drinkt, dus al vroeg alcoholverslaving heeft, heeft grotere kans om op latere leeftijd ook sneller een game verslaving te creëren)
 - A en B kunnen vrijwel alle psychoactieve stoffen zijn
 - MAAR cross-sensitisatie zou ook kunnen optreden tussen gokken en middelengebruik

=> Een belangrijk proces bij de beschrijving van het ontstaan van verslavingsgedrag bij jongeren!

DSM-5:

The clinical features of behavioral problems related to Internet use have been labeled in several different ways, including Internet Addiction disorder [4], pathological Internet use [5], specific or generalized pathological Internet use [6], and problematic Internet use [7]. Despite not recognizing it as an actual diagnosis, the American Psychiatric Association (APA) has recently indicated the Internet Use Disorder (IUD) as a clinical condition worth further studies, for Mental Disorders (8), proposing it as a form of addictive disorder, with the following criteria: (a) loss of control over the behavior, (b) conflict (internal and interpersonal), (c) preoccupation with the Internet, (d) using the Internet to modify mood, and (e) withdrawal symptoms [9].

Gevolgen: depressie, angst, sociale isolatie, schooluitval, familiale problemen

IUD (internet use disorder) => heel belangrijk om verder te onderzoeken: verlies controle gedrag, interpersoonlijk conflict, preoccupatie met internet waar heel veel lijden is en hobby's aan de kant worden gezet, gemoedstoestand aangepast om positief over te komen op social media

=> Wat zal er gebeuren als we smartphone afpakken?

Prevalentie

- Alarmerende toename bij jongeren (alcoholmisbruik) – steeds jongere kinderen (! grotere schadelijke effecten op de ontwikkeling van de hersenen van jongeren): het steeds vroeger nemen van deze verslavingsmiddelen, lijken aanvaard door veel jongeren, maar dat heeft grotere effecten op de hersenen van jongeren en adolescenten, groter effect dan op hersenen van volwassenen
- Een Nederlands onderzoek bevroeg:
 - Recent gebruikt?
 - Ooit gebruikt?

- bij
 - 10-14 jaar
 - 14-15 jaar
 - +18 jaar
- met betrekking tot:
 - roken
 - alcohol: vroeger starten met alcohol én ook heel veel op 1 moment innemen
 - cannabis
 - XTC

	Recent gebruik (laatste 4 weken)						Ooit gebruikt					
	10-14 jaar		14-15 jaar		18+		10-14 jaar		14-15 jaar		18+	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
roken	4%	3%	31%	36%	38%	39%	24%	16%	63%	66%	67%	65%
alcohol	17%	11%	64%	60%	79%	73%	51%	35%	87%	82%	92%	89%
cannabis			16%	10%	23%	23%	1%		28%	21%	48%	40%
XTC			4%	2%	4%	0%			8%	6%	14%	7%

- Start:
 - overgrote deel start met recreatief middelengebruik en ontwikkelt geen problemen, m.a.w. experimenteren met 'geaccepteerde middelen': er wordt met middelen geëxperimenteerd, zonder dat het misbruik wordt
 - aanvangsleeftijd in adolescentie (13 tot 14 jaar = piekleeftijd voor 1ste gebruik)
 - eerst nicotine en alcohol, later wordt eventueel de overstap naar drugs gemaakt
- Geslachtsverschillen:
 - bij tabak- en alcoholgebruik:
 - op jonge leeftijd: jongens gebruiken meer
 - eind adolescentie: geen geslachtsverschillen
 - bij soft- en harddrugs:
 - jongens gebruiken meer

Co morbiditeit

Afhankelijkheid/misbruik van een middel is vaak geen op zich staand probleem:

- meestal onderdeel van een veel bredere problematiek (kwetsbaar temperament, copingvaardigheden, gezin van herkomst,...)
- meestal gebeurt de aanmelding omwille van de comorbide problematiek
- vaak ook misbruik van meerdere middelen
- middelengebruik wordt best bij de jongere zelf bevraagd (ouders vaak niet op de hoogte, bewaak confidentialiteit en beroepsgeheim!)
- Stoornissen die veelvuldig samengaan met verslaving: jongeren worden bevraagd zonder ouders, want ouders zijn hier vaak niet van op de hoogte
 - angst- en stemmingsstoornissen
 - ADHD (impulsiviteit)

- gedragsstoornissen
- taal-en leerstoornissen
- bulimia nervosa
- schizofrenie (tijdelijke symptomen vs. trigger stoornis)

- vaak onduidelijk of verslaving oorzaak of gevolg is
- ook mogelijk dat het verschillende uitingen van een zelfde kwetsbaarheid zijn (impulsiviteit/BAS/RS => zie verder)
- vaak wederzijdse versterking/instandhouding

Middelenmisbruik => vertonen vaak ook:

- acute wisselingen in **gedrag**
 - ontremming
 - hyperactiviteit
 - slaapproblemen
 - overmatige waakzaamheid
- acute wisselingen in **cognitie**
 - verminderde concentratie
 - veranderingen in aandachtsspanne
 - verstoringen in het waarnemen en denken
- acute wisselingen in **stemmingen**
 - depressie
 - euforie
 - angst

Gevolgen van verslaving

- Schadelijke effecten op de ontwikkeling van de hersenen van jongeren.
- Maar ook: weekend: spoedopnames tgv overdosis, alcoholvergiftiging, psychose
- Schoolverzuim, verlies vrienden
- Kwetsbaarheid voor psychopathologie later ~ comorbiditeit

Protectieve & Risicofactoren

Risicofactoren

Risicofactoren op verschillende niveau's:

- genetisch
- verwachtingen
- impliciete cognitieve processen
- persoonlijkheid
- omgevingsinvloeden (ouders en peers)

RISICOFACTOREN: GENETISCH

- adoptie- en tweelingstudies: genetische component verklaart 40-60% (afhankelijk vh middel)
- minder grote rol bij beginnen van middelgebruik (dan vooral de omgeving), wel bij ontwikkeling van overmatig gebruik en verslaving

- een groot aantal genen speelt een rol: sommige hangen meer samen met het risico om verslaafd te raken in het algemeen (bv. via persoonlijkheid; zie verder) en andere met het risico op specifieke verslavingen (bv. via genetisch bepaalde individuele verschillen in de reactie op middelen)

Genetisch gemedieerde verschillen in effecten van middelen:

Mensen verschillen in hun reactie op alcohol en deze verschillen zijn gerelateerd aan iemands risico om verslaafd te raken

Longitudinaal onderzoek van Schuckit et al. (1996) bij 450 jongens (kinderen van alcoholisten en controles), 8 jaar FU

- **Kinderen van alcoholisten ervaren zowel de stimulerende effecten direct na de inname sterker en de negatieve effecten later minder sterk** dan kinderen van niet-alcoholisten
- Bij alle pp: 'hoe minder dronken (negatief effect) op 18-jarige leeftijd, hoe grotere kans op latere alcoholafhankelijkheid'
- DUS: iemand die goed tegen de drank kan (weinig negatieve effecten), heeft meer risico om afhankelijk te worden

Wat zijn alcohol-effecten?

- Onderscheid stijging alcoholpercentage in bloed (stijgende BAC) en daling alcoholpercentage (dalende BAC) nadien.
- Afhankelijk van lichaamsgewicht en geslacht
 - bij een lage dosis: direct na inname
 - een 'stimulant effect' bij stijgende BAC
 - nadien negatieve gevoelens bij dalende BAC
 - bij een hogere dosis: alcohol leidt tot beperkingen in infoverwerking (aandachtsbias, geheugenuitval) en beperkingen in motorische controle.

RISICOFACTOREN: VERWACHTINGEN (EXPLICIETE COGNITIES)

- Mensen verschillen in wat ze verwachten dat alcohol met hen doet door
 - sociaal leren (vb. kinderen die ouders observeren)
 - eigen ervaringen (belang van individuele verschillen in alcoholreactie!)
 - Verwachte effecten:
 - **positieve bekrachtiging:** opwinding, grappig, sexy,..
 - **negatieve bekrachtiging:** verminderen van negatieve gevoelens (! coping-motieven = sterke voorspellers voor ontwikkelen van problemen)
 - **negatieve verwachting:** minder gebruik
=> deze drie verwachtingen goed bevragen!
 - Kinderen van alcoholisten:
 - jonge kinderen: meer negatieve cognities
 - adolescenten: sterkere positieve cognities
- => Bijstelling van cognities op basis van ervaring met het middel (wat genetisch beïnvloed wordt)

RISICOFACTOREN: COGNITIES

Impliciete cognities (of relatief automatische cognitieve processen)

- **Aandachtsbias:** verhoogde aandacht voor middelgerelateerde prikkels
 - meten: dot-probe taak
 - causale relatie: verder longitudinaal onderzoek nodig
 - bij volwassene staan we hier al veel verder in, bij kinderen nog veel meer onderzoek nodig

- **Bias in automatische actietendensen:**
 - meten: approach/avoidance taak (mensen met alcoholverslaving gaan veel sneller toenaderingsgedrag vertonen naar alcoholplaatjes dan plaatjes van frisdrank)
 - in volwassenonderzoek zijn er heel wat trainingen in therapie waar men probeert om die biases weg te werken

- **Geheugenbias:** vertekende herinneringen aan gebruik, ...
 - meten: impliciete geheugen/associatiematen (vb. eerste woordassociatie, ambigue woorden, reactietijdtaken IAT)
 - welke associaties? vb. opwinding
 - studies van reactietijdtaken:
 - verschillen in automatische associaties bij lichte en zware drinkers
 - goede voorspeller van later middelengebruik (long.)!!!!
 - **lage correlatie automatische associaties en expliciete alcoholverwachtingen** (cfr. Wiers et al., 2005; 2006)

RISICOFACTOREN: PERSOONLIJKHEID

2 brede persoonlijkheidstrekken die samenhangen met zeer verschillende trajecten naar verslaving

1. Gebrekkige gedragscontrole/regulatie/inhibitie

- vaker aanwezig bij jongens
- relatief zwak ontwikkelde executieve functies
- gedragsproblemen: FU-onderzoek (McCord, 1988) toonde aan dat gedragsproblemen in de jeugd de beste voorspeller zijn voor later verslavingsgedrag
- = kwetsbaarheid voor verslaving want zelfregulerende functies zijn niet sterk ontwikkeld én worden verder verzwakt door middelengebruik

2. Neiging tot negatief affect (temperamentsfactor)

- vaker aanwezig bij meisjes
- middelengebruik als negatieve bekrachtiger
- vermoedelijk eerder een instandhouder

RISICOFACTOREN: OMGEVING

1. Ouders

- weinig onderzoek
- recente studies tonen aan dat ouders **preventief** kunnen ingrijpen, dus vooral in de beginfase een rol spelen (voor start v alcoholgebruik is vooral omgeving belangrijk)

=> Hoe?

- als model (vb. zelf stoppen met roken, niet te veel drinken,...)
- via **indirecte effecten** van middelengebruik van ouders op kinderen (vb. permissiever, minder steun, verminderde huwelijkskwaliteit, minder constructieve manier van bespreken over gebruik van middelen,...)
- via **directe effecten** van opvoeding van ouders (vb. duidelijke regels stellen, constructieve communicatie, kennis over middelengebruik, ondersteunende en controlerende omgeving/monitoring,...)

2. Leeftijdsgenoten

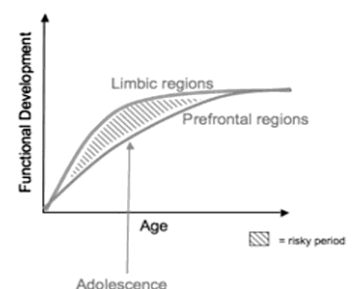
- invloed van peers neemt toe in de adolescentie
- vroegere studies:
 - deviante vrienden zijn belangrijke oorzaak van experimenteren en continueren van middelengebruik (Petraitis, Flay & Miller, 1995)
- recente studies:
 - homogeniteit door wederzijdse beïnvloeding én **selectie**
 - longitudinaal onderzoek (Engels, 2004): weinig ondersteuning voor sterk effect van gedrag van vrienden (roken en alcohol)
- 3 vormen van peer influence:
 - modelgedrag en aanmoediging van alcoholgebruik: 'als mijn vrienden drinken, ga ik ook drinken'
 - wederzijdse beïnvloeding en selectie: je kiest je vriendengroep zelf
vb. meisjes gaan onder invloed van negatief affect meer en meer gaan drinken en nemen afstand van vrienden die geen alcohol gebruiken en zoeken andere vrienden die wel aan alcoholgebruik doen (obv misbruik vrienden zoeken)
 - overschatting van de hoeveelheid alcohol die leeftijdgenoten gebruiken
- niet-eenduidige resultaten:
 - longitudinaal onderzoek via vragenlijsten: amper effect van directe en indirecte druk van vrienden
 - experimentele en observationele studies (dus meer ecologisch valide): wel effect
- conclusie:
 - belangrijke rol bij experimenteren met middelen MAAR overgang naar middenmisbruik is van meerdere factoren (op niveau kind, ouders/gezin, omgeving,...) afhankelijk
 - Onderzoek naar effect van peers op middelengebruik is volop in ontwikkeling
- ook belangrijk: rol media en maatschappij (vb. reclame, regelgeving): weinig onderzoek hiernaar (wel duidelijk dat regelgeving prevalentie beïnvloedt)

ETIOLOGISCHE MODELLEN

Waarom vindt de oorsprong van een alcoholverslaving vaak plaats in de adolescentie?

=> periode van grote veranderingen in de hersenen:

→ impulsiviteit/sensation seeking stijgt

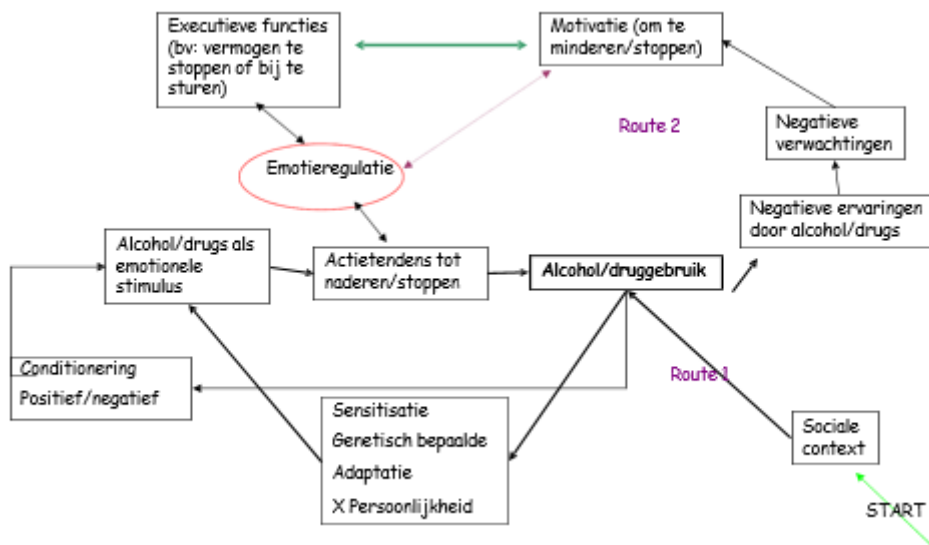


- EC/inhibitie is nog onvoldoende ontwikkelt
 - => kwetsbare periode om middelenmisbruik te ontwikkelen (sterke piek in gebruik en misbruik in de adolescentie)

Bij een klein deel van de jongeren ontspoord middelengebruik in misbruik en verslaving; binnen dit traject van 'ontsporing' zijn er **vier fasen**:

- Eerste ('normale') fase:
 - start experimenteren, mogelijkheid tot overmatig gebruik
 - grote rol peers
- Tweede fase:
 - veelvuldig en ongecontroleerd recreatief gebruik
 - tegen stress, voor een ontspannen gevoel
 - tolerantie, terugtrekking uit niet-gebruikende groepen, dalende schoolresultaten...
- Derde fase:
 - misbruik
 - schoolse en familiale verplichtingen niet nakomen, contact met politie,...
- Vierde fase:
 - verslaving/afhankelijkheid
 - afhankelijkheid/dwangmatig gebruik, onthoudingsverschijnselen tegengaan of voorkomen...
 - wordt meestal pas bereikt in volwassenheid

AANZET TOT KWETSBAARHEIDSMODEL: samenvattend model



2 routes:

1. **centraal: emotieregulatie:** transdiagnostisch mechanisme dat ook bij verslaving een grote rol speelt
2. **route 1:** start: **sociale context** (ouders, vrienden) zorgt voor eerste gebruik en dan aantal zaken die onderliggend zijn waarvan we weten dat genen een belangrijke rol spelen en interactie met persoonlijkheid (sneller er gewoonte van gaan maken) en dan toenaderingstendens gaat hebben (het is een cyclus)
3. **route 2: executieve functies**

=> de twee routes lopen door elkaar en kunnen ervoor zorgen dat je in een verslaving terecht komt

=> motivatie is heel belangrijk om te stoppen met misbruik!! (door verslaving vermindert echter ook de motivatie)

Protectieve factoren

- Op niveau van het **kind**:
 - genetisch beschermende factoren (ongunstige lichamelijke reactie op alcohol ~ ontwikkelen van sterk negatieve verwachtingen en automatische aversieve reactie op alcohol)
 - geen psychopathologie
 - goede intelligentie
 - interne locus van controle (gedragscontrole, zelfregulatie => heeft opnieuw te maken met BIS/BAS sensitiviteit)
 - autonomie
 - zelfvertrouwen
 - veilige gehechtheid
 - functionele emotieregulatiestrategieën

- Op niveau van het **gezin**:
 - positieve relatie met minimaal 1 ouder
 - ouderlijke kenmerken: geen of weinig middelengebruik, zelfvertrouwen, kennis, goede communicatie en relatie tussen ouders, en
 - positief opvoedgedrag: ondersteunend, monitoring, responsief, bepaalde mate van tolerantie, geen sterk emotionele afstand...
 - controlerende ouders zijn hier beschermend tegen verslaving

- Op niveau van de **omgeving**:
 - schoolomgeving: positief en stimulerend
 - opvoedingsondersteuning
 - sociaal netwerk ! begin !
 - preventieve activiteiten in buurt/school

Preventie/Behandeling

Beter voorkomen dan genezen, want alcohol- en middelenmisbruik tijdens de adolescentie heeft veel grotere gevolgen dan in de volwassenheid (Dahl & Spears, 2004)

Maar... HOE?

- preventieprogramma's via scholen: omgekeerde effect
- overeenkomsten met ouders om niet te roken, ed: geen effect
- massamedia-campagnes: geen effect
- algemeen: zeer permissief klimaat (roeien tegen de stroom in)

Aanknopingspunten:

- betere **voorlichting ouders**: over effect van eigen gebruik, indirecte en directe effecten van ouderlijk gedrag

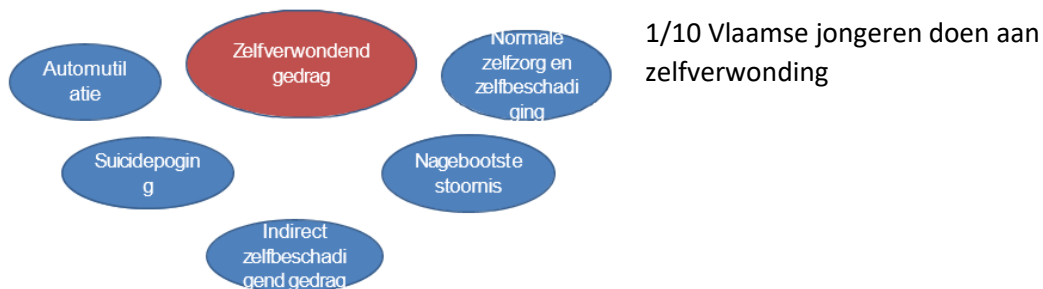
- het belang van **structurele politieke maatregelen** rond middelengebruik (rookverbod/hogere leeftijdsgrens/hogere accijns/verbod reclame...)
- verder is het een belangrijk aangrijpingspunt om **in te werken op de risicofactoren**
- Onderzoek vond dat mensen hoog op sensation seeking meer aandacht hebben voor boodschappen die eveneens hoog zijn in 'sensation'

ZELFVERWONDEND GEDRAG

Definitie

ZELFVERWONDEND GEDRAG = “Sociaal *onaanvaardbaar* gedrag waarbij een persoon zichzelf *opzettelijk* en op een *directe* manier fysiek verwondt *zonder intentie* om zichzelf het leven te benemen”

- *non-suicidal self-injury* (NSSI): heel belangrijk – GEEN intentie tot suïcide
- zoals zichzelf snijden, branden, kneuzen, krassen, ...



- ZVG versus automutilatie (Claes & Vandereyken, 2007): worden vaak door elkaar gehaald, maar er is wel degelijk een verschil
 - automutilatie = ernstiger vormen van zelfverwonding/verminking
 - zoals castratie en amputatie van ledematen (meestal tijdens psychotische episodes)
- ZVG versus ‘normale’ zelfzorg en zelfbeschadiging
 - directe en indirecte vormen van zelfbeschadiging: op een indirecte manier schade toebrengen is niet gelijk aan zelfverwondend gedrag
 - onderscheid wordt bepaald door sociale gezichtspunt en motief/functie van bepaald gedrag: functie van ZVG heeft te maken met emotieregulatie, jezelf bestraffen
 - chirurgische ingreep om mooi te zijn/happy te zijn/’in’ te zijn, vs. gezonder lichaam beschadigen
 - teveel zorg is even beschadigend als te weinig zorg
 - vb. eetstoornissen, middelengebruik...
- ZVG versus suïcidepoging (niet eenvoudig!)
 - suïcidepoging impliceert intentie om zichzelf van het leven te benemen
 - jongeren die ZVG stellen hebben een grotere kans om eens in hun leven een suïcidepoging te ondernemen
 - vb.: overdosis --> aan- of afwezigheid van suïcidale intentie
- ZVG versus nagebootste stoornis
 - toebrengen van verwondingen of zichzelf ziek maken om de ziekerol te verwerven (kunnen geen psychologische antecedent geven)
 - ZVG is privaat (men schaamt zich er vaak voor) >< imitatiegedrag is aandachtvragend

- ZVG versus indirecte zelfbeschadigende gedragingen
 - de schade kan niet onmiddellijk vastgesteld worden
 - cf. eetstoornissen (gewichtsverlies, purgeergedrag), middelenmisbruik, seksueel risicogedrag of herhaalde plastische chirurgie bij BDD.
 - BDD = body dysmorphic disorder --> volledig verstoord lichaamsbeeld vb. erge focus op de neus --> verstoort heel lichaamsbeeld --> ondergaan vaak plastische chirurgie, terwijl dat eigenlijk helemaal niet helpt

DSM-5

- Van DSM-IV -> DSM-5: onder borderline PD naar **apart syndroom** (in Sectie III; APA, 2013; 2014)
- “Niet-suïcidale zelfbeschadiging” (APA, 2014)
 - In het afgelopen jaar heeft de betrokkene **op 5 of meer dagen** opzettelijk letsel toegebracht aan het eigen lichaamsoppervlak zonder suïcidale intentie
 - De persoon die zichzelf beschadigt, **verwacht min één van de volgende effecten**:
 - Het afnemen van neg. gevoelens/gedachten
 - Het oplossen van een interpersoonlijk conflict
 - Het opwekken van positieve gevoelens vb. opluchting, genot
 - Het zelfbeschadigend gedrag gaat samen **met min. één van volgende kenmerken**:
 - Interpersoonlijke conflicten of neg. gevoelens of gedachten
 - Er is een periode van preoccupatie met het beoogde gedrag: er heel erg mee bezig zijn (je moet niet per se aan die stoornis voldoen om behandeld te kunnen worden)
 - De persoon denkt frequent aan zelfbeschadiging, ook wanneer hij/zij er niet naar handelt
 - Het gedrag is niet sociaal aanvaard (vb. piercings), en blijft niet beperkt tot het pulken aan een korstje of nagelbijten
 - Het gedrag of de gevolgen ervan veroorzaken klinisch significant lijden of beperkingen in het psychosociaal functioneren
 - Het gedrag treedt niet uitsluitend op in het beloop van psychotische episoden, intoxicatie door een middel of onttrekking van een middel en is geen onderdeel van repetitief stereotiep gedrag

Verloop

- ZVG ontstaat vaak in vroege adolescentie
- Bimodaal verloop:
 - eerste piek rond 15j-17j, daarna daling
 - tweede piek rond jong/midden volwassenheid
- Hoe langer het gedrag stand houdt, hoe ernstiger het vaak wordt
 - verklaring? habituatie aan pijn
 - gevolg: frequentie, aantal methoden, ernst verwondingen
- Gebeurt meestal in het geheim (schaamte)
- Slechts klein percentage zoekt hulp
 - ! Slechts een klein percentage vd ouders is zich ervan bewust dat hun kind aan ZVG doet, vaak zijn de ouders wel nodig voor een extra duwtje in de rug om de stap te zetten naar hulpverlening

Comorbiditeit

- Soms comorbide klinische stoornis (Baetens et al., 2012)
 - depressie
 - ! Joiner (2005): 70% van de jongeren die zichzelf verwonden, doet ooit suïcidepoging
 - angststoornis
 - middelenmisbruik (alcohol, drugs, medicatie)
 - ! minder rem op gedrag door het middel --> ernstiger verwonding
 - PTSS + dissociatie
- Bij deze stoornissen geldt een gemeenschappelijk mechanisme: ZVG als emotieregulatiestrategie => emoties onderdrukken of versterken

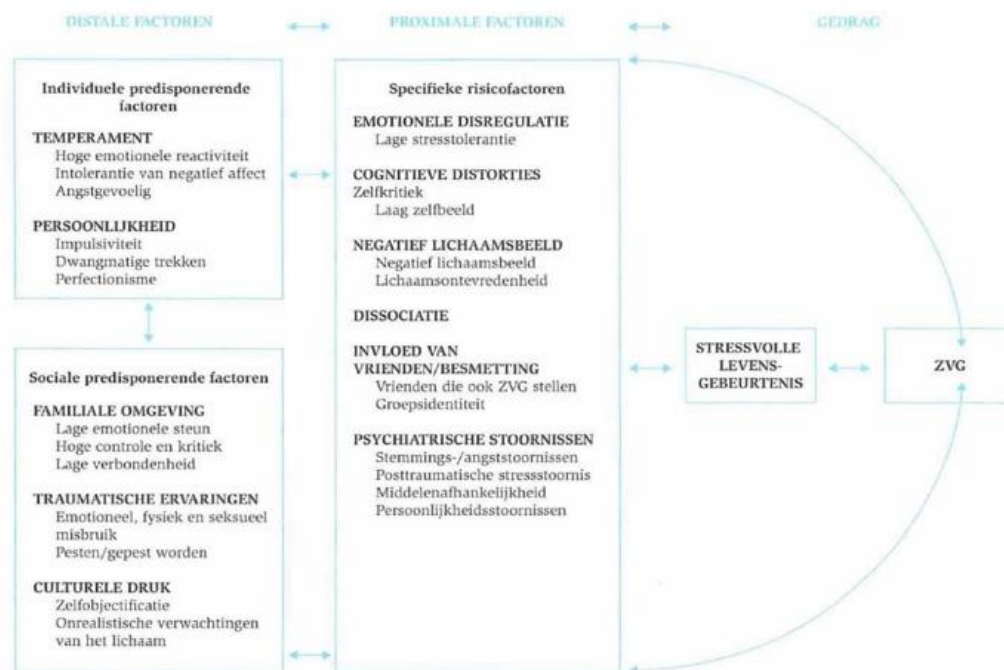
Prevalentie

- Prevalentiestudies (Muehlenkamp et al., 2012; Nock & Prinstein; 2004; Swannell et al. 2014; Andover, 2014)
 - bevolkingssteekproef: life-time prevalentie ZVG
 - 17,2% bij adolescenten; 13,4% bij jongvolwassenen; 5,5% bij volwassenen
 - NSSI-syndroom (DSM-5):
 - 6,7% bij adolescenten in algemene populatie; 3% bij volwassenen
 - klinische steekproef: life-time prevalentie ZVG
 - 40-61% bij jongeren; 21% bij volwassenen
 - => ZVG wordt heel vaak gebruikt als manier om met negatieve gevoelens om te gaan
- Geslachtsverschillen? (Baetens et al., 2011; De Wilde, 2005)
 - in algemene bevolking: geen verschil tussen jongens en meisjes
 - in klinische populatie: vrouw > man
 - meisjes krassen en snijden meer, jongens hoofdbonken en slaan zichzelf meer
- Aard van verwonding zegt weinig over achterliggend motief: het is niet omdat de ernst van de verwonding meevalt, dat er geen ernstig achterliggend trauma aanwezig is
- Kanttekening: vaak onderschatting in onderzoek
 - ontkenning door patiënten (privaat, schaamte)
 - afhankelijk van infobron (ziekenhuisdossiers: enkel ZVG met medische verzorging)

Risicofactoren

Complexe interactie kind x omgeving

- diathese-stress visie
- aantal distale en aantal proximale risicofactoren



Figuur 10.2. Intra- en interpersoonlijke risicofactoren van zelfverwondend gedrag.

Bron: Claes & Muehlenkamp, 2014, p. 7.

RISICOFACTOREN KIND

- Hoge negatieve affectiviteit
 - emotioneel gedreven gedrag => heel impulsief
- Problematische emotieregulatie
 - overspoeling en grote schommelingen in emoties
- Hoog perfectionisme, kritisch t.o. zichzelf en hun lichaam: hoge eisen stellen aan jezelf en je lichaam (is ook een risicofactor voor eetstoornissen)

RISICOFACTOREN OMGEVING

- Meer traumatische gebeurtenissen (bv. misbruik, gepest worden...) bij jongeren met ZVG (Claes, et al., 2015)
 - soms ZVG = middel om dissociatie te doorbreken (PTSS gaat soms samen met dissociatieve verschijningen)
 - meer sociaal geïsoleerd --> grotere kans op ZVG
- Ouderlijke stijl (perceptie jongeren; Baetens et al., 2014):
 - kritische ouders
 - controlerende en weinig responsieve opvoeding
 - onveilige gehechtheid: als je veilig gehecht bent, kom je als jongere sneller tot een identiteitssynthese (Erikson)
- Vrienden en kennissen die zichzelf verwonden, zeker in combinatie met negatief lichaams- en zelfbeeld
 - rol sociale media! ('besmetting')
 - MAAR ook een positieve rol van peers: betere kwaliteit van communicatie geassocieerd met minder NSSI bij vrouwelijke adolescenten (ze hebben het gevoel dat ze bij iemand terecht kunnen)

- Gepest worden én zelf pesten
- Maatschappelijk: rol van sociale media (Whitlock et al., 2009): idealiseren ZVG, promoten onrealistisch lichaamsbeeld --> ZVG als bestraffing
 - ! moeilijk om op maatschappelijke factoren in te werken voor preventieprogramma's

Adolescentie als kritieke ontwikkelingsfase?

Wordt de relatie tussen NSSI en onveilige gehechtheid met moeder en/of peers gemedieerd door identiteitsverwarring en/of -synthese?

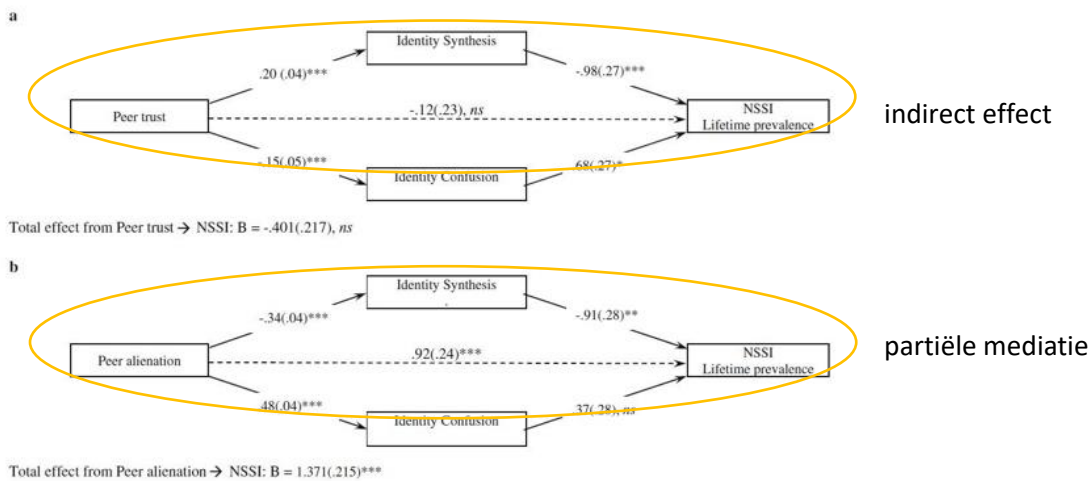


Fig. 1 Unstandardized coefficients for parallel mediation models for peers. Associations with gender and age are not shown. Numbers between parentheses are standard errors (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$)

Niet alleen gehechtheid tgo de moeder, maar ook tgo de peers spelen een rol in de verklaring van ZVG!

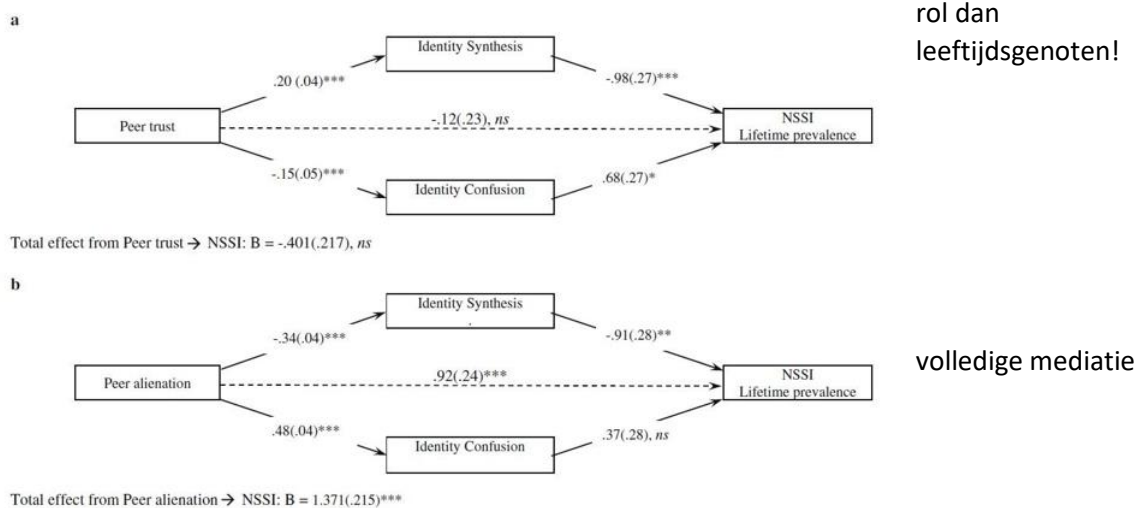


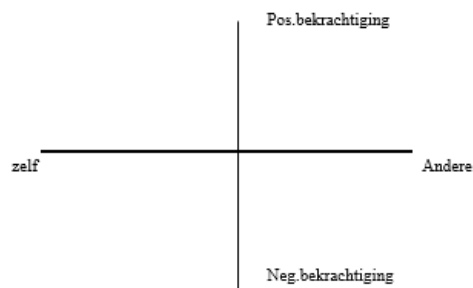
Fig. 1 Unstandardized coefficients for parallel mediation models for peers. Associations with gender and age are not shown. Numbers between parentheses are standard errors (* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$)

- Resultaten:
 - Mediatie-effecten tussen 'peer trust' en 'peer alienation' gevonden door onderdrukking van de identiteitssynthese.

- Mediatie-effecten tussen 'maternal trust' en 'maternal alienation' gevonden door zowel onderdrukking van de identiteitssynthese als identiteitsverwarring.
- Kanttekeningen:
 - cross-sectionele studie: geen conclusies i.v.m. richting van het effect => longitudinaal onderzoek
 - relatie met vaders?
 - geen multi-informant rapportage: enkel zelfrapportage – jongeren gaan soms onderrapporteren uit schaamte

Funcities van ZVG

- Kunnen verschillen per gebruikte methode, zelfs binnen één individu
- Functioneel model van ZVG: Nock & Prinstein (2004)
 - Kruising van twee dimensies:
 - positieve versus negatieve bekrachtiging van ZVG: voegt iets positief toe of neemt iets negatief weg
 - persoon zelf (autonoom) of iemand anders (sociaal) als bron van bekrachtiging
 - 4 functionele kwadranten



vb.

ZVG om verdriet te vermijden = neg. + zelf
 ZVG om aandacht te krijgen van de ouder = pos. + andere

ZVG om genot te ervaren = pos. + zelf

ZVG om niet naar feestje te moeten waar je niet naartoe wil = neg. + andere

Tot slot

- Respectvolle benadering jongere
- ZVG = manier van (non-verbale) coping, indirecte manier van communicatie, geen 'aanstellerij'
 - soms is de laatste strategie die iemand toepast om toch appel te doen op anderen

ANGST EN ANGSTSTOORNISSEN

VERPLICHT: Muris, P. (2014), *Angst en Angststoornissen*. In P. Prins & C. Braet (Eds.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie. Over aanleg, omgeving en verandering*. Tweede, geheel herziene druk (pp.303-323), Houten. Bohn Stafleu van Loghum.
+ artikel

Definitie angst en angststoornis



Wat iemand met angst denkt, voelt of doet, verschilt niet zoveel met wat iemand zonder angst denkt, voelt of doet.

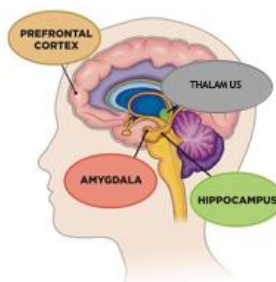
=> daarom: CONTINUÛM

Adaptieve – maladaptieve angst: dimensioneel

MAAR: er is wel een continuüm of angst adaptief of maladaptief is, maar iemand heeft daarbij wel of geen diagnose (wat wel categorisch is): we werken volgens een **hybride** model.

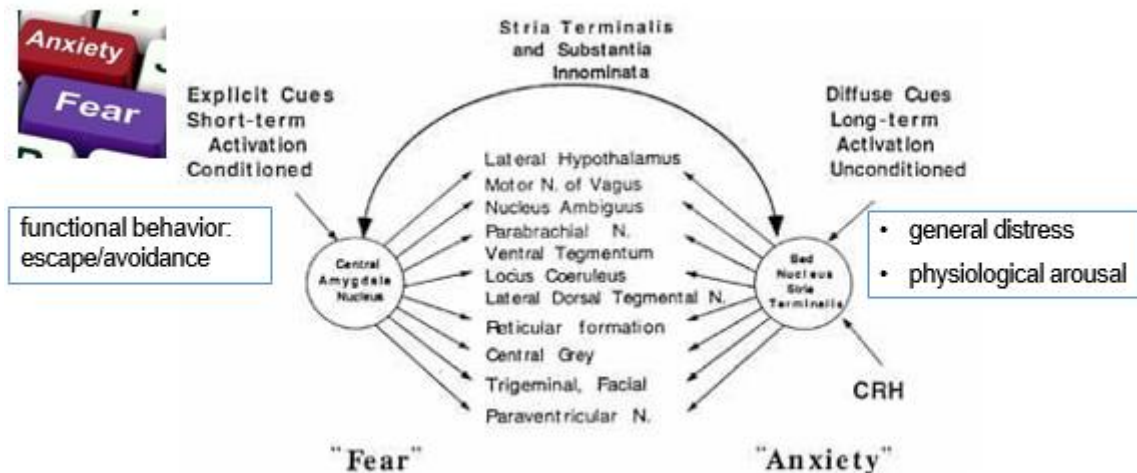
Adaptie: bang zijn is normaal

- angst is een basisemotie (Ekman en Friesman)
- bang zijn is nuttig: deze hebben een alarmsignaal dat er iets niet oké is of er zich een gevaarlijke situatie voordoet
 - fysiologisch: wat een bang iemand voelt
 - cognitief (ik ben in gevaar): wat een bang iemand denkt
 - gedragsmatig: wat een bang iemand doet
- angst is een reactie op bedreiging en helpt ons ontsnappen aan gevaar (vechten, vluchten, bevriezen)
- bang zijn zit in onze hersenen: structuren in onze hersenen waar angsten worden verwerkt, zetten ons aan tot actie



=> structuren die nog afstammen uit ons reptielenbrein

VREES VS. ANGST



Hersendelen geven verschil aan via fear en anxiety

- **fear:** reageert op expliciete, heel duidelijk aanwijzenbare enge cues
 - kan heel kort/plots zijn en doet ons in actie schieten: hoe ontsnappen/vermijden
- **anxiety:** vaak zonder cue, diffuus
 - algemene stress en ongemak (distress)
 - langdurige arousal

NORMALE KINDERANGSTEN: WAAR ZIJN KINDEREN BANG VOOR?

- 1897: retrospectief onderzoek
 - n = +/- 2000 jongvolwassenen
 - meest frequente angsten voor honden en onweer
 - meisjes hadden vaker, meer en sterker angsten dan jongens
 - ontwikkelingsverloop in inhoud en frequentie van leeftijd
- 1935: observationeel onderzoek
 - n = 105 (1-6 jaar)
 - moeders geven aan in welke mate hun kind schrik heeft: 6 situaties – hond, slang, alleen gelaten, in donker gezet, verschillende en harde geluiden, in kamer met onbekenden
 - hond zorgt voor meeste angst
 - mama's vonden dat meisjes banger waren in vergelijking met hun zonen
- nu: zelfrapportage – op een schaal van 1-5, hoe bang ben je?
 - factoren waar kinderen heel bang voor zijn: ziekte van zichzelf of van belangrijke anderen, dood en inbrekers (blijkt samen te gaan), het onbekende, kleine diertjes (amfibieën en reptielen), kleine verwondingen en falen en presteren

ONTWIKKELINGSPERSPECTIEF

- verschillende manifestaties van angst afhankelijk van ontwikkelingsniveau
 - maladaptief = leeftijdsinadequaar
- extra aandacht voor ontwikkelingstrajecten en prognose
 - prognose: want we kijken in KLOP longitudinaal

Normale kinderangsten

- Ontwikkelingsverloop op vlak van:
 - inhoud: sommige zaken blijven constant, maar er zijn ook angsten die mee evolueren
 - frequentie
 - intensiteit
 - prognose: hoe angst evolueert is afhankelijk van hoe oud ze zijn op moment angst zich manifesteert
- Kennis van normale angsten is noodzakelijk om te weten wanneer angst pathologisch wordt!

0-6 mnd	harde geluiden, 'loss of support', plotsebewegingen
7-12 mnd	vreemden, plots opduiken van grote objecten
1 jaar	vreemden, separatie van ouders, verwonding, toilet
2 jaar	grote dieren, grote objecten en machines, luide geluiden, plotse veranderingen in de omgeving
3 jaar	donkere kamer, maskers, grote dieren, slangen, separatie van ouders
4 jaar	donkere kamer, nachtelijke geluiden, grote dieren, slangen, separatie
5 jaar	wilde dieren, lichamelijk letsel, donker, slechte mensen, separatie
6 jaar	geesten, monsters, heksen, donker, alleen zijn, donder en bliksem
7 jaar	donker, monsters, storm, verloren lopen, ontvoering, alleen zijn

8 jaar	donker, slechte mensen (ontvoeders, dieven, inbrekers, terroristen), wapens en geweren, alleen zijn, dieren
9 jaar	donker, verloren lopen, nachtmerries, lichamelijk letsel, ongevallen, alleen zijn
10 jaar	donker, mensen, vreemden, slechte dromen, straf
11 jaar	donker, alleen zijn, slechte dromen, gekwetst worden door iemand, ziek zijn, toetsen en punten
12 jaar	Donker, straf (in de problemen komen, slechte punten hebben), alleen zijn, gewond raken of ontvoerd worden, toetsen, punten
13 jaar	Misdaad, gewond raken of ontvoerd worden, oorlog, terrorisme, slechte punten, toetsen, straf
14 jaar	Falen op school, persoonlijke relaties, oorlog, toetsen, seksualiteit (zwangerschap, SCA), alleen zijn, familiale issues

- 'loss of support': vb. als hoofdje plots losgelaten wordt
 - plotse bewegingen: kinderen van 6 maand weten nog niet goed waar ze die 'plots' moeten plaatsen, kunnen heel bang worden van iets wat onverwacht in hun gezichtsveld komt
 - verwonding: krijgen meer besef van eigen lichaam en ontdekken dat het verwond kan worden
 - toilet: moeten ze leren controle over krijgen, is eng en moeilijk
 - 2 jaar: voornamelijk externe zaken in de omgeving die ze aan het verkennen zijn
 - 6 jaar: fantasie wordt levendiger
 - terroristen: omdat zij hier nu mee geconfronteerd worden – moet in hun leefwereld voorkomen, als er ooit geen terroristen meer zijn, zullen kinderen hier ook niet bang voor zijn
 - 10 jaar: men begint beoordeeld te worden op wat men doet en men krijgt schrik voor straf
 - toetsen en punten worden steeds belangrijker in het leven en kan steeds meer aanleiding geven tot hun angst
 - kwetsen: men kon al fysiek gekwetst worden, maar kinderen krijgen door dat ze ook mentaal gekwetst kunnen worden door iemand
 - 12 jaar: pubertijd begint en ze willen experimenteren/rebelleren, maar hebben tegelijkertijd wel nog heel veel schrik om gestraft te worden
 - 12 jaar: alleen zijn in sociale context vb. geen vrienden hebben, alleen over speelplaats moeten
 - 14 jaar: oorlog → grotere angsten in de omgeving (ook niet meer onmiddellijk in de omgeving)
- angsten **evolueren mee afhankelijk van sociaal cognitief ontwikkelingsniveau**: hun hersenen moeten bepaalde maturiteit hebben en bepaalde zaken kunnen vatten, voordat kinderen van iets bang kunnen zijn vb. als een kind nog niet kan fantaseren over een heks, is dat kind ook niet bang van een heks
 - gerelateerd aan **dagdagelijkse ervaring**
 - reflectie van ontwikkelingstaken vb. 2-jarige wil omgeving ontdekken, omgeving w enger
 - verschillen van angst tussen jongens en meisjes
 - gender-rol stereotypes vb. voor een meisje is het helemaal niet erg om te zeggen dat ze bang is van een spin, maar dat is voor jongens minder aanvaard

- ontwikkelingsverloop: hoe ouder kinderen worden, hoe meer **frequentie** afneemt
 - algemene tendens: algemene afname met stijgende leeftijd (minder vaak bang)
 - maar niet consistent gevonden: in adolescentie is er een piek waar zij vaker angst ervaren
- aanwijzingen voor een 'piek' in adolescentie, gevolgd door afname
- ontwikkelingsverloop: **intensiteit**
 - algemene tendens: afname met stijgende leeftijd
 - hoe groter een kind wordt, hoe minder dramatisch angstgevoelens zijn door ontwikkeling van de hersenen
 - als we jong zijn, is het reptielenbrein het sterkst actief, als we opgroeien, groeien onze cortex en controlerende functies mee (basale angst vermindert dus door verwerven van controle)
- ontwikkelingsverloop: **duur/stabiliteit/prognose**
 - over het algemeen kortdurend, van voorbijgaande aard: kinderen groeien uit hun angsten
 - grootste daling op jongere leeftijd, stabiliteit vanaf begin adolescentie
 - uitzondering: stijging van stress-gerelateerde angsten en medische angsten (komen meer voor en blijven langer duren vanaf de adolescentie)

Maladaptieve angst: wanneer is bang zijn een probleem?

- **leeftijdsinadequaaf** vb. 16-jarige die bang is van monster onder bed
- **extreem intens** vb. extreme angst van naalden: is niet 'erg' als je niet vaak moet geprikt worden, maar als je deze angst hebt en een ziekte waar veel geprikt moet worden, is dit heel maladaptief
- **verlengde reactie** op iets angstaanjagend
- **interfereren** met dagelijks functioneren
 - angst voor sociale relaties, waardoor je niet nr school wil, storen in 'ontwikkelingstaken'
 - interferentie komt vaak voor in vermijding vb. niet studeren om niet te falen
- onaangepast gedrag stellen om met angst om te gaan
- maladaptief → pathologisch (→ angststoornis)
- om tot diagnose te komen, moet er een beoordeling door clinicus zijn
 - ! rekening houden met culturele factoren

PATHOLOGISCHE ANGST

- inhoud en verloop angststoornissen gelijklopend met normale kinderangsten, maar wel intenser, interferender en langduriger ivm gewone angst
vb. denken 'Ik ben in gevaar', fysiologische arousal en gedrag stellen

<3	Separatie angststoornis
<6	Separatie angststoornis Specifieke fobieën Agorafobie, paniekstoornis
6-12 en later	Gegeneraliseerde angststoornis Sociale fobie PTSS OCD

Omgeving wordt groter en angsten ook.

! Afhankelijk van het sociaal cognitief ontwikkelingsniveau (oz Wenstenberg et al., 1999)

! Verschillen tussen jongens en meisjes

! Gelijkaardig verloop als bij normale angsten: van heel specifiek bij kleine kinderen → meer abstract en complex bij het ouder worden

DSM-5

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

- **Separation anxiety disorder:** Niet bij de ontwikkeling passende en overdreven angst om gescheiden te worden van huis of van hechtingsfiguur
- **Selectief mutisme:** Selectief ontbreken van spraak in specifieke sociale situaties waarin van het kind verwacht wordt dat het spreekt (nochtans: kind kan wel spreken en zijn vaak thuis heel open en aanwezig, maar vallen op school helemaal stil)
- **Specifieke angststoornis:** Duidelijke en aanhoudende angst die uitgelokt wordt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifieke prikkel of situatie: dier, natuur, bloed- injectie-verwonding, situationeel, faalangst, clowns...
- **Sociale angststoornis:** 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
- **Paniekstoornis:** Recidiverende, onverwachte paniekaanvallen: begrensde periodes van intense angst die plotseling ontstaan en gepaard gaan met duidelijke lichamelijke en cognitieve symptomen
- **Agorafobie:** 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 of andere gênante symptomen krijgt vb. kassa id supermarkt
- **Gegeneraliseerde angststoornis:** Buitensporige angst en bezorgdheid (piekeren) over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (alles), die oncontroleerbaar is vb. wereld gaat om zeep, ik ben ziek, ouders gaan verongelukken, mijn broer doet het niet goed op school, dus gaat later ad drugs...
- **Middelen-geïnduceerde angststoornis:** Bij alcohol, cafeïne, cannabis, penicilline, hallucinogenen... Duidelijk aanwezige angst of paniekaanvallen tijdens intoxicatie, afkicken, medicijngebruik

Kenmerken angststoornis

- **Vermijding** van datgene waar men bang voor is: sociale situaties, spreken, openbaar vervoer...
- Angst is zo aanwezig dat het een **beperving vormt** vr persoonlijk, sociaal of professionele leven
- **Langdurend en inadequa**t aanwezig: moet storen en mag niet v voorbijgaande aard zijn
- Niet anders te verklaren (vb. middelenmisbruik)

Prevalentie: onderzoek

Hoe vaak komt angst voor en hoe weten we dit?

- Inzicht in angst? => multimethod en multi-informant onderzoek vb. zelfrapportage, rapportage ouders... vragenlijsten, interview, observatie, retrospectief...
- Meest voorkomende psychopathologie
 - 9,9 % van de jongeren voor het 16e levensjaar
 - life time prevalentie: 15-20% (1/5)

- Risico: meisjes dubbel zoveel kans om angststoornis te ontwikkelen ivm jongens
 - basisverschillen in hersenen
 - andere opvoeding en omgeving: angstinducerend
- Verschillende prevalentie voor verschillende stoornissen
 - specifieke fobieën: +/- 15%
 - sociale angststoornis: +/- 10%
 - separatie angststoornis: 3-8%
 - gegeneraliseerde angststoornis: +/- 2%
 - agorafobie: 1-2%
 - paniekstoornis: <1%
- prevalentie van angststoornissen is afhankelijk van de leeftijd
 - gegeneraliseerde angststoornis: : 12-13 jaar: 1% vs. 17-18 jaar: 3%

Comorbiditeit

Comorbiditeit: internaliserend

- 75% v mensen met angststoornis, hebben meer dan 1 angststoornis
- comorbiditeit met depressie: 33%-75%
 - asymmetrische comorbiditeit: DP+ANX > ANX+DP
 - asymmetrisch betekent dat DP+ANX vaker voorkomt dan ANX+DP
 - iemand die heel depressief is, gaat vaak ook angststoornis(sen) ontwikkelen
- gelijktijdige comorbiditeit tgo sequentiële comorbiditeit
- enkele verklaringen dat depressie en angststoornissen vaak samen voorkomen
 - 'chance', pech hebben
 - symptoomoverlap
 - itemoverlap bij vb. vragenlijsten over vermijding (depressie en angststoornis)
 - gedeelde etiologische factoren
 - angst (en vermijding) als risicofactor voor depressie
 - gemeenschappelijke hogere orde factor
 - 'internaliserende problematiek'

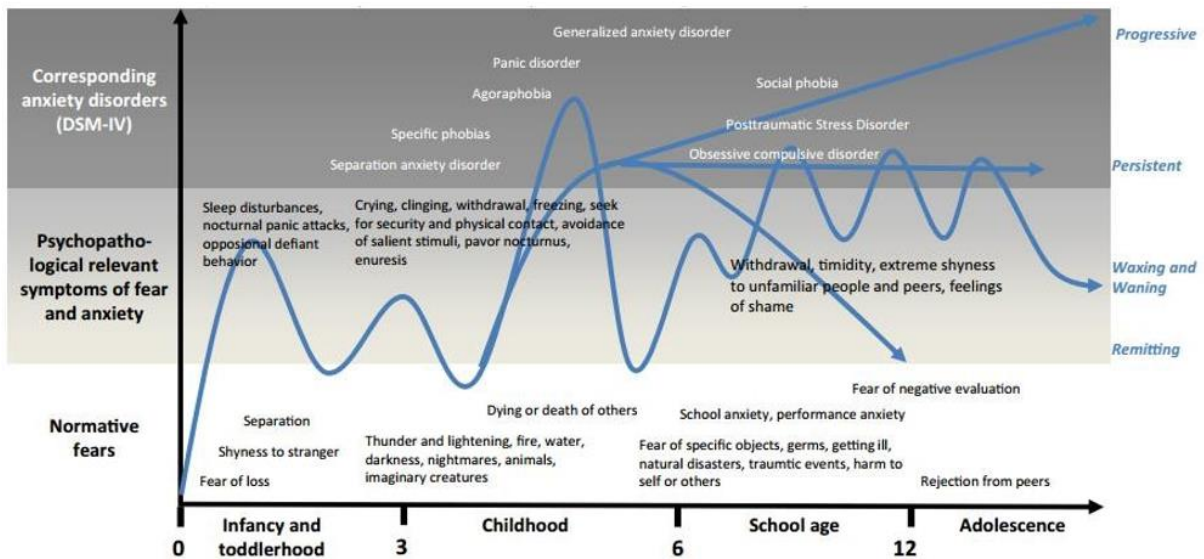
Comorbiditeit: externaliserend

- populatie-samples
 - comorbiditeit INT en EXT > chance expectations
 - ontwikkelingsverloop: kinderen vaker last van comorbiditeit ivm adolescenten
 - asymmetrische comorbiditeit: EXT+ANX > ANX+EXT
 - klinische samples ANX+EXT en overall rate of ANX+EXT comorbidity: 2-21%
 - ontwikkelingsverloop: kinderen > adolescenten
- klinische samples EXT+INT
 - 14-43%
 - ontwikkelingsverloop: kinderen > adolescenten
- inpatient samples (EXT): adolescenten die opgenomen zijn in instellingen
 - 3-40%
 - ontwikkelingsverloop: adolescenten > kinderen

- samenhang tss internaliserende en externaliserende problemen
 - enkele verklaringen
 - gedeelde risicofactoren: gelijke kwetsbaarheid
 - jongeren met gedragsproblemen bevinden zich vaak in 'angstaanjagende situaties' vb. als je als jongere veel steelt, kom je in veel enge situaties terecht
 - symptoomoverlap (bv. niet kunnen stilzitten tijdens angst en in ADHD)
 - 'general psychopathology factor' die aangeeft hoe kwetsbaar je bent om problematiek in het algemeen te ontwikkelen, welke problematiek dat specifiek wordt, hangt van andere dingen af
- maar angst kan ook beschermend werken bij EXT
 - enkele verklaringen
 - BIS, inhibitie (INT) x BAS, impulsiviteit (EXT)
- verschillend voor verschillende diagnoses
- jongens hebben vaker internaliserende en externaliserende comorbiditeit dan meisjes

Verloop en prognose

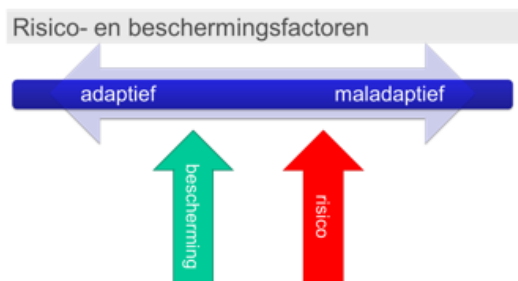
- Ontwikkelingsverloop: beloop en prognose
 - beperkte stabiliteit, **spontaan herstel** mogelijk
 - Conrard & Peterman (2002): 1 jaar follow-up van jongeren die diagnose vastgesteld kregen, maar geen behandeling
 - 42% diagnosevrij
 - 23% nog steeds dezelfde diagnose
 - 35% andere angststoornis of andere stoornis (homo/heterotypische continuïteit)
 - **prognostische trajecten**: verschillende manieren hoe angststoornis zich kan ontwikkelen en is ook verschillend voor verschillende diagnoses
 - remissie
 - persistent
 - recurrent: terugkerende angst (in waves)
 - progressief
- verschillend voor verschillende diagnoses
- homotypische continuïteit
- heterotypische continuïteit



›rgenomen uit Beesdo-Baum & Knappe, 2012 **Age**

Angst kan op en af gaan: komt en gaat. Maar op het einde is er op het einde toch een stijging: angst kan er zijn en ineens doorschieten en alsmaar erger en erger worden (**progressief**). Angst kan er plots zijn en er blijven: verandert niet meer, wordt niet milder of erger, maar blijft wel op de achtergrond (**persistent**). Of op een gegeven moment ben je angstig geweest en dan gaat die angst weer weg (**voorbijgaand/remittent**).

Ontstaan en instandhouding



Hoe ontstaat angst?

- **(te) bang zijn is heel vaak aangeleerd gedrag**
 - conditionering
 - observationeel- of modelleren
 - horen van negatieve informatie

CONDITIONERING: WAAR KOMT BANG ZIJN VANDAAN?

- angst **ontstaat door klassieke conditionering**: iets engs wordt gekoppeld aan iets neutraals
 - Watson & Raynor (1920): Little Albert
 - Little Albert was enkel bang van luide geluiden, niet van ratjes. Telkens hij een wit ratje zag, maakten de onderzoekers heel luid geluid, waardoor hij bang werd van de witte rat.
 - generaliseerde ook naar vb. wit konijn
- angst blijft bestaan/**instandhouding door vermijding**: we leren niet wat angstrelevantie is voor de situatie, geen confrontatie met situatie die onze angst zou kunnen weerleggen

OBSERVATIONEEL- OF MODELLEREN

- zowel angst aanleren, als instandhouding
- angstinducerend onderzoek: kinderen moesten spelen met speelgoed slangen en spinnen. De ene mama's deden hier heel neutraal over (speelgoed konden evengoed boerderijdieren zijn), de andere mama's induceerden angst (wurgslang, giftig, faketen zelf angst): de ene groep vond het effectief veel leuker om met het speelgoed te spelen, de andere groep vond het niet leuk en hield ook afstand van het speelgoed.

HOREN VAN NEGATIEVE INFORMATIE

vb. hele terroristenverhaal

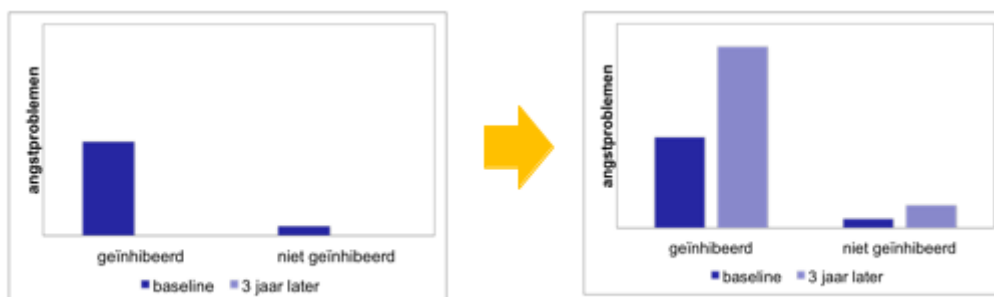
- onderzoek: kinderen werden verteld over Australische dieren die ze niet kenden. Eén dier werd bestempeld als 'huisdier van Australië', is heel zacht, wil knuffelen... vs. het andere dier als de 'rat van Australië', brengt ziektes mee, krijst, scherpe nagels... In die klas werden twee boxen binnengebracht waar zogezegd die twee dieren inzetten: in hoeverre wilden kinderen naar die boxen gaan en hun hand daarin steken? Niemand naar eng beest, iedereen nr huisdier.
- Gewoon door te vertellen over iets werden kinderen wel of niet bang voor iets wat ze niet kenden.

ALGEMEEN

- Sommige kinderen zijn gevoeliger dan anderen → angstig temperament
 - verhoogde niveaus cortisol, stresshormoon
- Hypergevoelige subcorticale circuits (reptielenbrein), minder regulatie door prefrontale cortex => geen balans => angst

Risicofactoren

- Gedragsinhibitie
 - variant van het BIS van Gray
 - **gedragsinhibitie als temperamentsfactor** die zich uit in de neiging om ongewoon verlegen en angstig te reageren en/of zich terug te trekken uit nieuwe en/of onbekende situaties
 - Hill & Kagan (2000)
 - Gedragsinhibitie (+/- 15% van kinderen, stabiele trek): prospectief verband met angststoornissen op jonge leeftijd



Biederman et al. (1993). JAACAP, 32, 814-832.

Een algemene stijging met de leeftijd, maar opvallend significanter voor geïnhibeerde kinderen op twee jaar ivm 5 jaar.

RISICOFACTOREN: ALGEMENE KWETSBAARHEIDSMODELLEN

- Tripartite model van Watson en Clark
 - negatieve affectiviteit (NA)
 - positieve affectiviteit (PA)
 - fysiologische hyperarousal (FH)
- Reinforcement Sensitivity Theory van Gray
 - Behavioral Inhibition System (BIS): reageren op angstaanjagende stimuli
 - Behavioral Activation System (BAS): reageren op beloning
- **Balans tussen de verschillende factoren van het model is belangrijk.**
 - hoge NA/hoge BIS: typerend voor dp & angst
 - lage PA/lage BAS: specifiek voor dp, niet blij worden van dingen
 - hoge FH: specifiek voor angst, zijn meer gestresseerd in hun lijf over het algemeen

RISICOFACTOREN: SPECIFIEK

- **Angstsensitiviteit**
 - neiging om bang te worden voor angstgerelateerde lichamelijke symptomen vb. hartklopping
 - komt heel vaak voor bij paniekstoornis
- **Walginggevoeligheid**
 - walging = basisemotie, kan ontwikkelen tot walgingsgevoeligheid
 - gevoelig aan walging verhoogt kans op fobieën, met name dierenfobie vb. duiven zijn echt gewoon vieze beesten, ik moet daar echt van walgen

RISICOFACTOREN: PSYCHOSOCIAAL

- Psychosociale risicofactoren
 - negatieve leerervaringen (leerpsychologie) (angst)
 - negatieve levensgebeurtenissen (angst en dp)
 - negatieve levensgebeurtenissen en stressvolle omgeving
 - pesten
 - ruzie tss ouders, scheiding
 - verliezen van iemand heel dierbaars vb. ouder, opa en oma, hond
 - gezinsfactoren (angst en dp)
 - opvoedingsstijl vb. heel overbeschermend en je leert niet dat wereld best wel oké is en niet zo heel eng als ouders proberen wijs te maken, is kans op angststoornis groot
 - hechting vb. onveilige hechting geeft onveilig gevoel

Protectieve factoren

Bufferen risicofactoren.

- **“Effortful control”** ≈ executieve functies
 - aandachtscontrole vb. aandacht weghouden van spin
 - gedragscontrole
 - cross-sectionele studies: hoge EC ~ lage angst en lage EC ~ hoge angst, vooral indien kwetsbaar reactief temperament (ook hoge NA/BIS)
- **“Perceived control”**: gevoel van controle uitoefenen en zaken kunnen oplossen
 - gerelateerd ervaringen in vroege kindertijd
 - cross-sectionele studies: hoge PC ~ lage angst

VEERKRACHT ALS PROTECTIEVE FACTOR

- perceived control kan gezien worden als veerkracht
 - het vertrouwen dat iemand heeft dat hij of zij invloed kan hebben over gebeurtenissen in zijn of haar leven
 - maak je alleen maar zorgen in de dingen die je kan controleren
 - ~ ervaringen in vroege kindertijd

Modellen

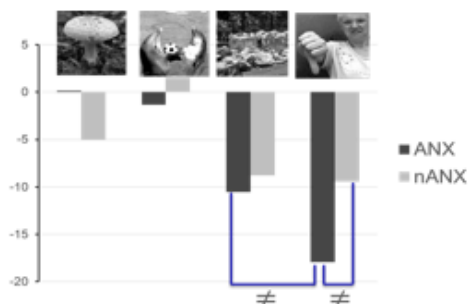
Vermijding

- Vermijding als instandhoudende factor
 - KT vermindering van de angst (beloning)
 - LT leren dat vermijding nodig is, want er is geen correctie

Informatieverwerkingsmodel – cognities

- Automatische en gecontroleerde/geëlaboreerde informatieverwerking
- **Chronische (over)activatie van schema's die handelen over gevaar en dreiging**
 - Beck & Emery, 1985
 - schema = neurale netwerk met invloed op informatieverwerking

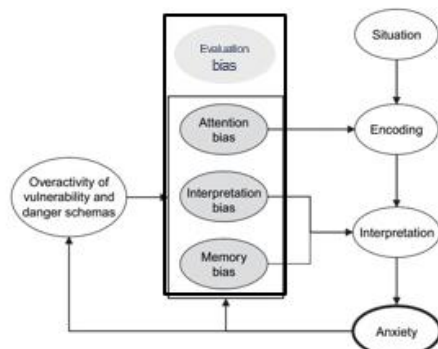
- **Evaluatiebias:** inschatten van wat gevaarlijk is en wat niet



Hoe evalueren kinderen met of zonder angststoornis neutrale, positieve, negatieve en enge plaatjes? Geen significant verschil hoe met/zonder angststoornis neutrale, positieve en negatieve plaatjes beoordelen.

Angstaanjagende plaatjes: duidelijk verschil in gerapporteerde negativiteit (ook negatiever dan gewone negatieve plaatjes). **Beoordelen negatieve plaatjes dus heel snel (automatisch) anders en negatiever dan de rest,** kunnen hun aandacht ook niet wegrichten, dus blijven ze erin vastzitten.

- Cognitieve inhoud en cognitieve processen
 - cognitieve inhoud: meten via zelfrapportage – ‘ik kan dat niet’, ‘de leraar vindt mij dom’...
 - cognitieve processen: nood aan reactietijdaken

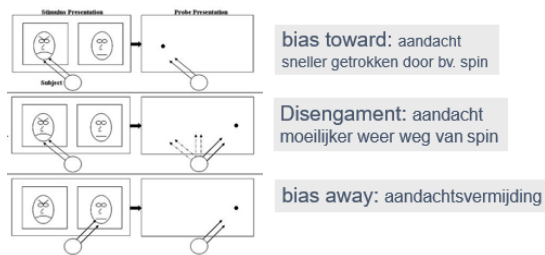


Cognitieve processen die rol spelen bij angststoornissen zijn aandachtsbias, de interpretatiebias en de geheugenbias.

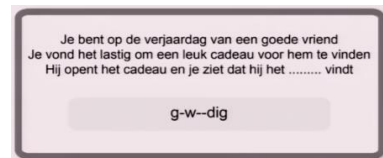
Figure 1. Theoretical model showing the influence of cognitive distortions on the processing of threat-related information, which is hypothesised to play a role in the maintenance and/or exacerbation of childhood anxiety.

- aandachtsbias: detecteren veel sneller dreigende stimuli en vinden het ook moeilijker om ervan weg te kijken of hun aandacht weg te richten.

- dot probe detection task



- geheugenbias: blijven kinderen met angststoornis negatieve info langer vasthouden?
 - geen consistente bevindingen
- interpretatiebias: situaties aanbieden en kinderen het gevolg ervan te laten aanvullen/inschatten
 - kinderen met angststoornis zullen vaak negatief reageren op de situatie en zullen ook moeite hebben met een woord in te vullen wnr er al een aantal letters staan (die neigen naar een positief woord): heel snel foute interpretatie
 - verschillende types
 - reduced evidence for danger: hele kleine aanwijzingen zijn indicatie dat het zal fout gaan
 - covariation bias: wanneer het ene gebeurt, zal het andere ook gebeuren
 - probability bias: foute inschatting wat kans is dat iets gebeurt
 - zowel voor externe als interne cues (intern vooral bij paniekstoornis)

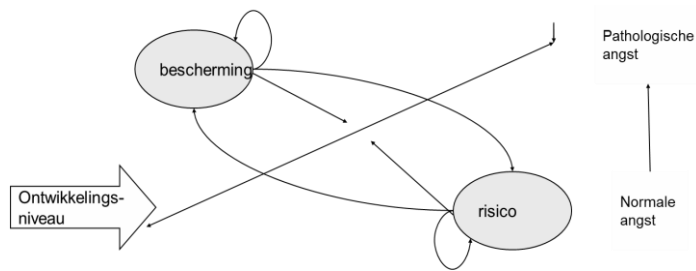


COGNITIEVE BIASES: BEDENKINGEN

- Ontwikkelingspsychologische bedenkingen bij cognitieve biases
 - paradigma's worden vaak gehaald uit onderzoek naar volwassenen
 - invloed van cognitieve maturatie: we kunnen niet veel controle verwachten als buitenste hersenlaag nog veel moet groeien
 - invloed van ontwikkeling van inhibitie en controle
- Is een cognitie een symptoom of een causale factor? Weten we nog niet goed.
 - "The primary [...] dysfunction during [...] an anxiety disorder is in the cognitive apparatus. However, that is quite different from the notion that cognition causes these syndromes – a notion that is just as illogical as an assertion that hallucinations cause schizo-phrenia" (Beck et al., 1985, p.85)
 - experimentele manipulatie van cognitieve biases
 - vnl. bij volwassenen bij adolescenten, bij kinderen weten we hier nog heel weinig van
- Op groepsniveau, niet op individueel niveau

Transactioneel model

- Ontstaan en voortbestaan van internaliserende problemen best verklaard door
 - meerdere factoren (equipfinaliteit)
 - factoren interageren tijdens de ontwikkeling
 - verschillende trajecten mogelijk (multifinaliteit)
 - **transactioneel model** (Muris, 2006)



Situatieschets

Sarah (10j) werd toen ze 5 jaar was, omvergelopen door een ontsnapte hond. Ze was toen erg geschrokken en had overal pijn. Mama en papa zijn allebei geen hondenliefhebbers en waren ook erg geschrokken toen het gebeurde. Als Sarah nu een hond ziet, steekt ze de straat snel over. Soms doet ze dat zelfs zonder te kijken, omdat de dan in paniek is. Ze kruipt achter mama of gaat, als ze alleen is, heel hard weglopen als een hond haar pad kruist. Zelfs als de hond de straat uit is, blijft Sarah angstig rond zich heen kijken.

- Pathologisch? (Leeftijdsadequaat? Intensiteit? Duur?)
- Risicofactoren?
- Model?

Preventie

- **FRIENDS**: Early intervention and prevention anxiety project (Barrett et al., 2000): zo vroeg mogelijk angst aanpakken en ervoor zorgen dat deze niet kan uitgroeien tot een stoornis gebaseerd op OPP-onderzoek: kinderen met internaliserende problemen, aanpakken...
 - infoverwerkingsfouten
 - affectregulatieproblemen
- universele interventie: werkt bij alle angststoornissen
- geïndiceerde preventie: enkel toepassen bij kinderen die risico lopen op angststoornis
- VRIENDEN (12 weken, 1 uur) → CBT: psycho-educatie, relaxatie,... verschillende stappen, huiswerkopdrachten
- Doel:
 - stimuleren zelfvertrouwen (en daarbij controle verhogen)
 - versterken emotionele veerkracht
 - opbouw problemsolving vaardigheden

VRIENDEN-PROGRAMMA

- Inhoud
 - V: voel je je bang, erken je emotie
 - R: rust en ontspan jezelf
 - I: in jezelf denken, welke gedachten zitten in mijn hoofd als ik angstig ben
 - E: eigen plan maken
 - N: netjes gedaan dus beloon jezelf, evalueren
 - D: doe je oefeningen, vaardigheden moet je leren en dus oefenen
 - EN: en rustig blijven

- Doelgroepen: verschillende protocollen voor verschillende leeftijden
 - kleuters (4-7 jaar)
 - kinderen (8-12 jaar)
 - jongeren (12-16 jaar)
- Kan getraind worden in verschillende settings

EVALUATIE FRIENDS

- RCTs (bv. Barrett et al., 2006): veelbelovende resultaten!
 - Jongeren met angst (10-15 jaar), FU: 12 mnd, 24 mnd, 36 mnd
 - Interventie: FRIENDS, op school, getrainde leerkrachten
 - Minder angstsymptomen/syndromen (SCAS, RCMAS) in interventiegroep in vgl. met controlegroep die behandeling niet volgden
 - Geen effect op depressiesymptomen (CDI)
 - Niet goedkoop (cf. kosteneffectiviteit) MAAR het loont!

Preventieprogramma's

- Wanneer ingrijpen en wanneer inzetten op preventieprogramma's?
 - gebaseerd op inzichten omtrent ontwikkelingstrajecten
 - bv. tijdig genoeg → traject ombuigen (bv. vroege starters)
 - ≠ klinische psychologie
- Hoe ingrijpen? Ecologische aanpak: kind-ouder-school
- Waarop ingrijpen?
 - Risicofactoren: mate van veranderbaarheid, distaal versus proximaal, complexe interacties
 - Kan preventie meer kwaad dan goed doen? Steeds vooronderzoek!
- elke interventie bij kinderen = vorm van preventie voor problemen als jongere/volwassene

Wat kan je als ouder doen als je kind bang is?

- Neem de angst ernstig en wees begripvol
 - Lach het niet weg. Bang zijn is niet flauw.
 - Bang zijn mag, iedereen is wel eens bang. Je kan bang en dapper zijn tegelijk
 - Hoeveel tellen kan jij bang zijn? Dapper hoor!
- Praat erover en benoem het gevoel
 - Waarom ben je bang? Wat maakt je bang? Wat voel je precies?
 - Best overdag wanneer het kind rustig is (niet voor het slapengaan)
- Bied veiligheid en troost
 - Knuffel, fysiek contact
- Geef informatie: wanneer je weet wat er gaat gebeuren, is de situatie al minder eng
 - Vertel wat er gaat gebeuren.
 - Vertel dat de enge situatie zal voorbij gaan. En dat ook bang zijn voorbijgaat.
 - Leer je kind wat het zelf kan doen om een enge situatie te laten stoppen en om hun angsten zelf de baas te worden
 - Informatie kan ook observatie zijn, of verhaaltjes, of spel.

Wat kan je als ouder doen om je kind dapperder te maken?

- Denk samen na wat je kan doen om je dapperder te voelen
 - buikademhaling (ballon in je buik, in door de neus, uit door de mond)

- ongekookte en gekookte spaghetti (spieren opspannen – ontspannen)
- denken wat een superheld zou doen
- tellen hoe lang je dapper kan zijn
- een liedje zingen
- Oefen met dapper zijn
 - stapsgewijs
 - steeds langer

Wat kunnen de ouders van Sarah doen?

- Neem de angst ernstig
 - maar relativeer: van welke honden het meest bang, het minst?
- Waarom is het lastig om bang te zijn? Wat is het doel?
- Verzamel informatie over honden en hun gedrag
- Maak je kind vertrouwd met honden
 - foto's, boeken, filmpjes, ...
 - hond observeren (achter glas) en gedrag bespreken
 - contact met lieve hond (snuffelen, ruiken, wandelen...)
- Feestje als het doel bereikt is, wees trots
 - positieve bekrachtiging
- Erken dat honden best wel gevaarlijk kunnen zijn
 - niet zomaar gaan aaien
 - leer je kind om baasjes te vragen om hond aan te lijnen

OPP-onderzoek naar angst: de toekomst?

- Problemen van angstige kinderen lang onderschat: angstige kinderen zijn meestal rustig en vallen dus niet op, wordt vaak over het hoofd gezien
- Belang van preventieve en vroegtijdige interventies wordt steeds belangrijker!
- Studies naar oorzakelijke en instandhoudende factoren
- In welke mate interfereren geïsoleerde kwetsbaarheid en beschermende factoren bij het ontstaan van angststoornissen en wat is de dynamiek ertussen?

DWANGSTOORNIS OCD

Definitie OCD

Slidecast (29/11, 2u20)

- ≠ angst, maar heeft wel gelijkaardige componenten
- Kan verschillende vormen aannemen en heeft complex klinisch beeld
- de aanwezigheid van obsessies of terugkerende dwanggedachten en/of (repetitieve) dwanghandelingen

- Normale rituelen en routines in kindertijd, vb. slaapritueel
 - 2 soorten compulsieve adaptieve gedragingen
 - **Repetitie**, insistence of sameness (reflectie van vroege biologische ritmiciteit)
 - **Just Right** (ontstaan iets later, vereisen moeilijkere intentionele vaardigheden)
- Aanwezig in alledaagse transities, gepaard met angst
 - Slapen (donker, ...)
 - Eten
- Kinderen
 - Magisch denken: verband tussen handeling en wens
- Adolescenten
 - Twijfels ivm eigen identiteit, filosofische vragen

- Continuüm?
 - Zelfde hersengebieden en neuropsychologische mechanismen (EF)
 - Affectieve en gedragsmatige gelijkenissen

- Wanneer pathologisch?
 - frequentie, duur, intensiteit
 - niet passend bij ontwikkelingsfase
 - lijden
 - verminderd gevoel van controle
 - vaker gepaard met angst
 - verstoring dagelijks functioneren
- Voorkomen: verschijningsvormen
 - smetvrees
 - controledwang
 - herhalingsdwang
 - agressieve dwanggedachten
 - iets moeten doen tot het 'goed' voelt
 - alles symmetrisch moeten rangschikken

DSM-5

- Niet meer onder de angststoornissen
- Categorie: Obsessive-Compulsive and related disorders: ocd, body dysmorphic disorder, hoarding disorder, trichotillomanie, excoriation, specified and unspecified oc and related disorder
- Specificaties:
 - Mate van inzicht mbt cognities
 - Tic-related vs non-tic related: <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/ticstoornis>

Dwangstoornis < obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen – DSM-5

DWANGGEDRAG EN/OF DWANGGEDACHTEN

- **Dwanggedachten:**
 - Recidiverende en persisterende gedachten/impulsen/voorstellingen, worden beleefd als intrusief en ongewenst en *veroorzaken angst of lijdensdruk*
 - Betrokkene tracht deze gedachten te negeren, onderdrukken of neutraliseren met een andere gedachte of handeling.
- **Dwanggedrag:**
 - Repetitieve handelingen of psychische activiteiten waarbij de betrokkene zich gedwongen voelt in reactie op een obsessie of volgens regels die rigide moeten worden toegepast.
 - Deze gedragingen zijn gericht op het voorkomen of verminderen van angst of lijden, of het voorkomen van een gevreesde gebeurtenis – er is echter geen realistische samenhang en de handelingen zijn duidelijk excessief.
- Er is duidelijk lijden, nemen veel tijd in beslag (>1 uur/dag), verstoren in significante mate het dagelijks functioneren
- De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening
- De stoornis kan niet beter verklaard worden door de symptomen van een andere stoornis.

Kenmerken

- Grillig voorkomen
 - Begin is niet vaak te duiden (abrupt of sluipend, aan- of afwezigheid van triggerende gebeurtenis)
 - Verloop kan grillig zijn (kleine of grote fluctuaties)
 - Symptomen variëren vaak over de tijd heen
- De meest voorkomende compulsies zijn: wassen, herhalen van gedrag, checken en ordenen. Kan ook mentaal zijn.
- Bij early onset: sensory phenomena gaan vooraf aan de compulsies: “not-just-right perception”
- Dwanggedachten worden ego-dystoon ervaren (≠psychose)

Prevalentie

- **OCD bij adolescenten: 1% tot 3,6%**
- Aanvang van OCD in kindertijd:
 - niet goed bestudeerd
 - gevallen vanaf 5 jaar

- gemiddelde start in kindertijd/adolescentie is *10 jaar*
- magisch denken: een niet afgeleerd ontwikkelingskenmerk?
- Geslachtsverschillen:
 - jongens eerder in prepuberteit,
 - meisjes eerder in puberteit/adolescentie
 - geslachtsratio:
 - bij kinderen → mannelijke dominantie (3:2)
 - in adolescentie → meer gelijk

Comorbiditeit

- In meer dan 50% van de kinderen met OCD (Flament et al., 1988)
 - ADHD
 - overige angststoornissen
 - stemmingsstoornissen
 - psychose
 - Gilles de la Tourette

Verloop en prognose

- vroege obsessief-compulsieve symptomen als predictor
- in 80-90%: onset in kindertijd of adolescentie
- bij 30-50% volwassenen met OCD: onset voor 20 jaar

Etiologie

- Genetische factor
 - via twinstudies
- Neuropsychiatrisch
 - PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infection)
- Psychosociale factoren
 - intra-individueel
 - inter-individueel

INDIVIDUELE FACTOREN

- cfr. angstmodellen
- angstgevoeligheid?
- beperkende coping?
- cognities?
- Zes domeinen van cognities die een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van OCD (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group; OCCWG, 1997)
 1. hoog verantwoordelijkheidsgevoel;
 2. Een overwaardering van gedachten;

3. Gedachten over het belang van het kunnen controleren van gedachten;
4. Een overschatting van bedreiging;
5. Een intolerantie van onzekerheid en
6. Perfectionisme

INTER-INDIVIDUELE FACTOREN

- OCD bij ouders
- Angst bij ouders
- Ouders als model voor actieve vs vermijdende coping
- Betrokkenheid in de rituelen
- Ziektewinst
- Gezinsklimaat

Modellen

Behavioural model

Situatie → dwanggedachten → angst → dwanghandelingen → afname angst (opl1)

↓

Vermijden → angst treedt niet op (opl2)

- obsessies
- compulsies: overt/covert
- vermijding

Cognitive Model of OCD

- Focus op (mis)interpretatie van de intrusie
- Gevoed door “core beliefs” omtrent risico-inschatting, eigen verantwoordelijkheid en zelftwijfel
=> focus op cognitieve inhoud

TOEPASSING: COGNITIEF MODEL VAN DWANGMATIG CHECKGEDRAG

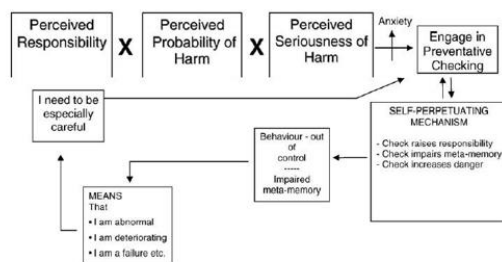


Figure 1. Elements that cause the development and maintenance of compulsive checking behavior. (From "A cognitive theory of compulsive checking," by S. Rachman, 2002, *Behavior Research and Therapy*, 40, pp. 631, 634. Adapted with permission.)

METACOGNITIEF MODEL VOOR OCD (WELLS)

- Normale intrusies → obsessies door betekenisverlening en gebruik van dysfunctionele metacognitieve processen:
 - toegenomen cognitief zelfbewustzijn
 - gedachtesuppressie
 - selectieve aandacht
 => focus op cognitieve processen

STEMMINGSPROBLEMEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN

1. Depressie

Definitie

- Depressieve stemming = het onvermogen om plezier te hebben, gepaard met een vermindering van interesse en motivatie (overeenkomstig met kernkenmerken v depressie bij volwassenen)
- Negatieve gevoelens: neerslachtigheid, lusteloosheid, gevoelens van waardeloosheid, prikkelbaarheid...
- **Tripartite model** beschrijft: dimensioneel perspectief, iedereen kan worden geplaatst op een dimensie van lage tot hoge kwantiteit van een kenmerk
→ kind met hoge kwetsbaarheid om depressie te ontwikkelen:
 - hoog negatief affect
 - laag positieve affectiviteit
 - hoge fysieke hyperarousal (voornamelijk bij angst)

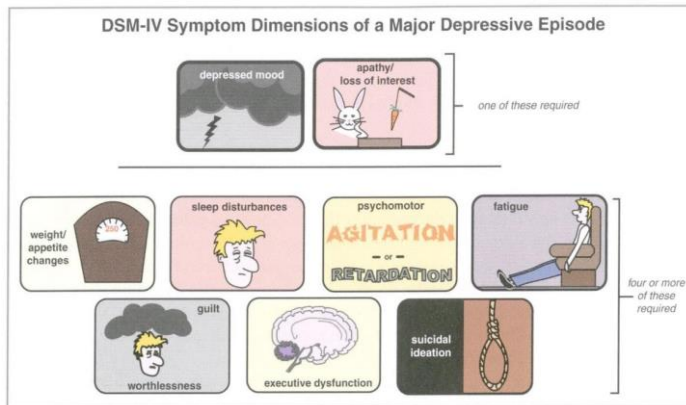
DSM-5

categoriale opdeling

Disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis	Depressieve stemmingsstoornis door een middel/medicatie
Depressieve stoornis	Depressieve stemmingsstoornis door een somatische aandoening
Persisterende depressieve Stoornis: dysthymie	Andere gespecificeerde depressieve stemmingsstoornis
Premenstruele stemmingsstoornis	Ongespecificeerde depressieve stemmingsstoornis

disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis = depressie gaat 1 tot 2 keer per week gepaard met een felle (non-)verbale woede-uitbarsting (veel prikkelbaarheid)

steeds ook differentiaal diagnostiek maken met rouw: depressie kan ook voorkomen binnen een rouwproblematiek



Kenmerken moeten twee weken duidelijk aanwezig zijn: verandering in minstens één van de kernsymptomen van gedrag die zich kenmerkt door geïrriteerde/sombere stemming en het verlies van interesse/apathie

ook minstens 4 andere symptomen aanwezig vb. gewichtsverlies/toename, verandering in eetlust, slaapverstoringen, vermoeidheid...

Kritiek op deze categoriale indeling:

- Observeerbaar? Ouders of leerkrachten merken deze symptomen vaak niet op, terwijl een kind wel blijken geeft van depressieve stemming.
=> depressie is **ondergediagnosticeerd** bij kinderen en adolescenten
- Ontwikkelingspsychologische aspecten? Beeld van depressie bij kinderen wordt op gelijke manier gepresenteerd als bij volwassenen, **ontwikkelingspsychologisch aspect** wordt in DSM-5 nog veel te weinig in rekening gebracht.

Ontwikkelingspsychopathologisch perspectief

- Negatieve stemming kan ook bij normale ontwikkeling behoren, hoeft niet meteen maladactief zijn vb. adolescentie
- Verschillende manifestaties afhankelijk van ontwikkelingsniveau
 - maladactief = leeftijdsinadequaar
 - ontwikkelingsniveau zal bepalen hoe de depressie zich uit
- Depressieve stemming in de kindertijd vs. adolescentie, zeker nog eens ivm de volwassenheid vb. emotionele cognitie is verschillend als kind ivm adolescent

Ontwikkelingstaken spelen grote rol in uiting van depressie:

- Peuters (taak: separatie-individuele): symptomen van separatieangsten
- Kinderen (taak: prestatie-motivatie): slechter functioneren op school, vaak enkel prikkelbaar
- Adolescenten (taak: individuatie): overafhankelijkheid door eerder antisociaal gedrag, alcohol- en drugsmisbruik OF juist overafhankelijkheid door schoolangst, onzekerheid, hypoactiviteit => willen vaak depressieve klachten verdoezelen en overcompenseren

Depressieve symptomen

Gemeenschappelijke kernsymptomen blijken toch meest belangrijk te zijn!!

In de kindertijd

- prikkelbaarheid
- droeve stemming
- **onvermogen om plezier te hebben: verlies interesse**
- cognitieve ontwikkeling (indien al ontwikkeld): wanneer cognitieve ontwikkeling ontbreekt, kunnen nog geen cognitieve symptomen naar voor komen – schuldgevoelens, eigenwaardeproblemen, geen suïcide (wanneer nog geen doodskoncept)

- slechter functioneren op school
- weinig prestatie-motivatie
- verwachte gewichtstoename blijft uit
- vermoeidheid
- slaapstoornissen
- somatische klachten vb. buikpijn, hoofdpijn

In de adolescentie

- droeve stemming
- **onvermogen om plezier te hebben**
- **verminderende interesses**

staan hier wel op de voorgrond ivm kindertijd:

- schuldgevoelens
 - eigenwaarde: laag
 - onvrede met eigen lichaam (identiteitsproblemen) & (sociale) relaties
 - suïcidale plannen of daden
 - lusteloos, verminderde productiviteit
 - vgl met kindertijd: weinig prestatie-motivatie, verminderde eetlust, vermoeidheid, slaapstoornissen, somatische klachten
 - agressief/prikkelbaar
 - spijbelen
 - drugs- of alcoholmisbruik
- => verwachting van heel wat comorbiditeit

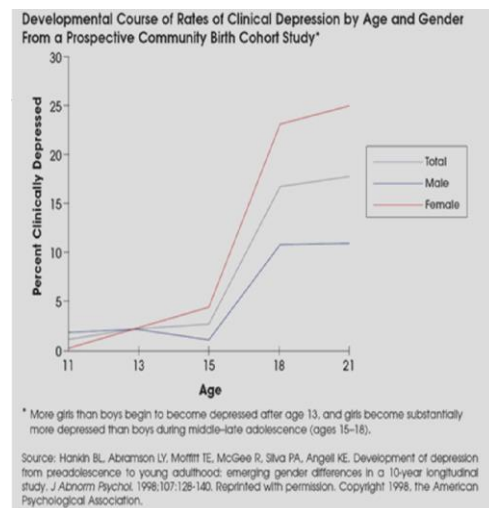
Prevalentie

Klinische diagnoses:

- Kinderen <5j: 0,9% (jongens = meisjes)
- Kindertijd: 2-5%
- Geleidelijke toename met de leeftijd
- Snelle toename in de adolescentie 5%-8%
- pas in adolescentie: jongens < meisjes 1:2

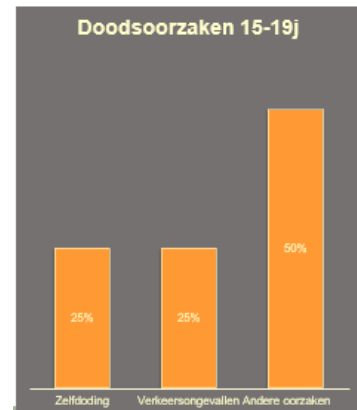
Subklinische depressieve symptomen:

- 29,2% Europese jongeren



Prognose

- Lifetime prevalentie: 12%-15%
- Spontaan herstel: jongens > meisjes (bij meisjes meer persistentie van de symptomen)
- Hoog herval:
 - 20-60% binnen 1 of 2 jaar
 - 70% na 5 jaar
- **Equifinaliteit en multifinaliteit!**
 - box 14.2 pg. 331
 - Depressie op latere leeftijd wordt niet per se door depressie op jonge leeftijd voorspeld
 - Depressie op jonge leeftijd kan soms herstellen of er kunnen op latere leeftijd andere klinische symptomen opduiken
 - Zelfdoding Vlaamse jongeren: zie grafiek: ¼ vd doodsoorzaken bij adolescenten

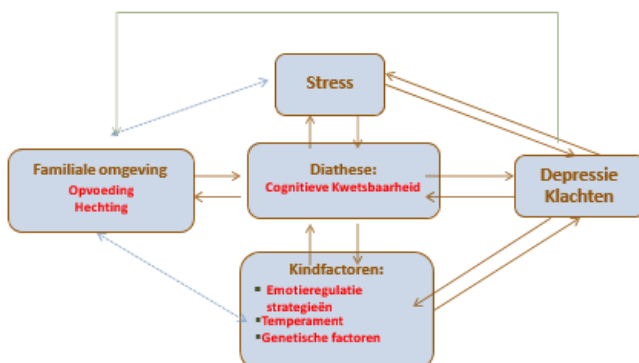


Comorbiditeit

- Hoog
 - Stoornissen door een middel/medicatie
 - Paniekstoornis
 - Gedragsstoornis
 - OCD
 - AN en BN (eetstoornissen)
 - Borderline PD
- Hoge comorbiditeit met gedragsstoornissen
 - door gemeenschappelijke onderliggende factoren: affectregulatieproblemen, depressie moeder (kunnen beiden zorgen voor zowel depressie als gedragsproblemen)
 - beide volgordes kunnen voorkomen (eerst depressie dan gedragsprobleem of omgekeerd)
 - G -> D: opeenvolgende faalervaringen door gedragsstoornis vb. kinderen met ADHD zijn hier heel kwetsbaar voor, aangezien ze vaak negatieve commentaar krijgen
 - D -> G: aanhoudende problemen om de prikkelbaarheid geassocieerd met depressie te reguleren (door vb. weinig sensitiviteit en weinig responsiviteit van de ouders)

Ontstaan en instandhouding

Transactioneel model



Risicofactoren

KINDFACTOREN

- **genetische factoren**
- **emotieregulatiestrategieën**
- **temperament**

- Genetische factoren
 - kinderen van ouders met depressieve stoornis: meer kans
 - maar! Aanleg en/of milieu? Depressieve ouder is kritischer, veel minder sensitief voor emotionele beleving van het kind, geen goed model voor kind over hoe om te gaan met emoties enz.
 - sterke nature-nurture samenwerking: kwetsbaarheid komt tot uiting in interactie met depressogene omgeving

- Temperament: Tripartite model van Watson en Clark
 - negatieve affectiviteit (NA)
 - positieve affectiviteit (PA)
 - fysiologische hyperarousal (FH)

=> Balans tussen de drie factoren is belangrijk:

 - hoge NA: depressie en angst
 - lage PA: depressie
 - hoge FH: angst, NIET bij depressie
 - lage PA en hoge NA → symptomen van depressie
 - hoge NA en hoge FH → symptomen van angst

=> noodzaak aan differentiaal diagnostiek

 - Kinderen: angst en depressie unitair construct (ook vaak comorbiditeit)
 - lage effortful control (in prefrontale cortex) en hoge NA → meer kwetsbaarheid

- Emotieregulatie (belangrijk transdiagnostisch kenmerk)
 - als belangrijke mediator tss temperament en depressieve symptomen: manier waarop we onze emoties reguleren kan verklaren waarom bepaald temperament meer of minder kwetsbaar is om een depressie te ontwikkelen
 - ervaren van negatieve emoties is op zich niet afwijkend, maar de manier van ermee omgaan verschilt wel tussen mensen met en zonder depressie

→ meer gebruik van maladaptieve: rumineren, catastroferen, onderdrukken van gevoelens

→ vs. minder gebruik van adaptieve ER: cognitieve herbeoordeling, probleemoplossing

 - Waarom gebruiken deze kinderen nu meer maladaptieve ER-strategieën? Meer confrontatie met emotionele toestanden, ER niet geleerd of niet in staat emoties te controleren...
 - Executieve functies – beperktere executieve controle van emoties
 - invloed op informatieverwerking én op ER (box 14.3)

- diathese: cognitieve kwetsbaarheid (cruciale risicofactor!!)
 - negatieve zingevingsstijl (zie verder)
 - gevoel van 'anders zijn' kan negatief zelfbeeld ontwikkelen, wat kan leiden tot...
 - negatieve triade: negatief kijken naar zichzelf, de wereld en de toekomst
 - vooral grote impact handicap, hoogbegaafdheid, chronische ziekte, tekort sociale vaardigheden

FAMILIALE OMGEVING

- **opvoeding**
- **hechting**

- Ouder-Kindrelatiepatronen: afwijzing, bestraffing op emotionele uitingen – gebrek aan positieve ouderlijke vaardigheden (warmte, betrokkenheid, sensitiviteit...) leiden tot negatieve relatiepatronen waarbij risico vergroot op onveilige hechting
→ **bij kinderen met onveilige hechting wordt goede ER bemoeilijkt**
- Rol van de opvoeding: sensitiviteit en responsiviteit → hechting → model voor emotieregulatie
- Emotionaliteit (ER) en temperament van de ouder zelf vergroot kans op depressie van zowel kind als van de ouder (intergenerationele transmissie van depressie via de ouderkenmerken)
- **Childhood adversities**: onderzoek Hammen et al. (2000): '**litteken**', veroorzaakt op dat moment geen depressie bij het kind, maar vergroot wel de kans later erop
 - drankmisbruik, KOPP, overlijden, huiselijk geweld, echtscheiding...
 - niet causaal: niet elk kind die uit vb. gescheiden gezin komt gaat depressie ontwikkelen
 - kritiek: retrospectief en zelfrapportage (mensen met depressie die terugkijken op vroeger hebben steeds een geheugenbias voor voornamelijk negatieve ervaringen)

STRESS

- Kind- en omgevingsfactoren kunnen vaak aanleiding geven tot stress
- Rol van stress & life-events: vaak als triggers
 - trauma, (emotionele)mishandeling
 - verhuizing, verlies...
 - culturele conflicten
 - onderzoek Hammen et al. (2000): huidige stress in verschillende omgevingen in kaart gaan brengen samen met childhood adversities (litteken)
→ mensen zijn meest kwetsbaar als ze vroeger een litteken opgelopen hebben en ook vandaag heel wat stress rapporteren
→ we moeten dus niet enkel de huidige stressoren in kaart brengen, maar een tijdlijn maken

Protectieve factoren

- beperkt onderzoek
- Nationaal Depressie onderzoek Rushton et al. (2002):
 - jongens hebben meer kans op spontaan herstel ivm meisjes
 - **hechte gezinsband**
 - **goed contact met vader**
 - **familielid dat suïcide heeft gepleegd**
 - hypothese: meer aandacht voor stemmingsproblemen, sneller hulp...

- opvallend: geen andere eenduidige protectieve factoren (zelfbeeld, school, psychotherapie, SES...)
- interactie!

Modellen: transactioneel model

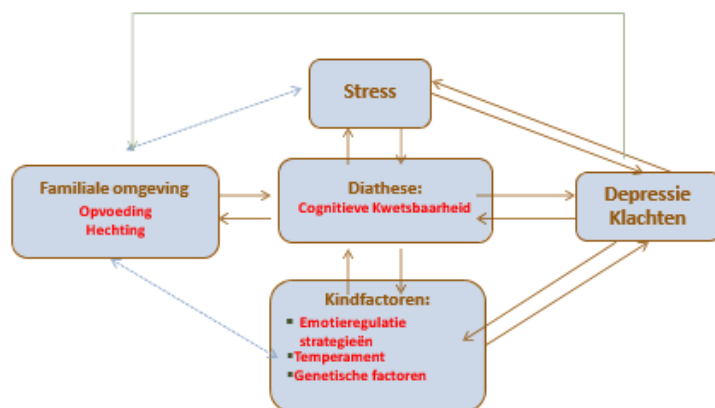
A. Competentiemodel

B. Model over aangeleerde hulpeloosheid/hopeloosheid

C. Informatieverwerkingsmodel

→ Transactioneel model: diathese stress model

- Competentiemodel: jezelf als competent waarnemen
 - tekorten in zelf waargenomen competentie
 - feedback van anderen
 - tekort aan sociale vaardigheden
- Model over aangeleerde hulpeloosheid/hopeloosheid
- Informatieverwerkingsmodel: negatieve cognitieve triade wordt centraal geplaatst
 - depressogene denkstijl voorafgaand aan depressie?
 - denkstijl als mediator?
 - schema = litteken, verklaart kans op terugval
 - schema's:
 - zijn latent aanwezig
 - geactiveerd schema: verstoorde informatieverwerking: aandachts-, geheugen- en interpretatieprocessen.
 - 'bril' die het leven kan kleuren
 - gevaar: informatie wordt niet geverifieerd
 - belangrijk instandhoudend mechanisme, ook om herval te verklaren
- **Transactioneel model**



Wisselwerking tussen stress en diathese die centraal staat vb. als er veel cognitieve kwetsbaarheid is, moet er maar weinig stress zijn om depressieve symptomen te ontwikkelen en omgekeerd

Preventie en behandeling

Behandeling

- Is behandeling van depressie nodig?
- En zo ja, wanneer ?
 - Ja, omwille van de ernst van het lijden bij het kind
 - Ja, omwille van de slechte prognose van depressie en grote kans op herval

Preventie (zie ook les angst)

- **VRIENDEN protocol**: Early intervention and prevention anxiety project (Barrett et al., 2000):
FRIENDS
 - < OPP-onderzoek: kinderen met internaliserende problemen
 - infoverwerkingsfouten
 - affectregulatieproblemen
 - universele interventie + geïndiceerde preventie
 - VRIENDEN (12 weken, 1 uur) → CBT: psychoeducatie, relaxatie,...; verschillende stappen, huiswerkopdrachten
 - Doel
 - stimuleren zelfvertrouwen: verhogen zelfwaardegevoel
 - versterken emotionele veerkracht
 - opbouw problemsolving vaardigheden
 - Inhoud
 - 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
 - Doelgroepen
 - kleuters (4-7 jaar)
 - kinderen (8-12 jaar)
 - jongeren (12-16 jaar)
 - Verschillende settings

2. Gecompliceerde rouw bij kinderen en adolescenten

Hoe ervaren kinderen en adolescenten (normaal) de dood?

- **Tot 3 jaar:**
 - voelen dat er iets mis is, maar kunnen dit niet verwoorden, vandaar vaak verandering in gedrag als verwerking (kunnen zich terugtrekken of juist heel uitbundig reageren)
 - gedragsverandering: huilen, uitbundig, terugtrekken, anders eten, slapen
 - geen cognitieve capaciteit om verschil met dood zijn en slapen, op reis gaan... te maken
- **3 tot 5 jarigen:**
 - gevoel van ontredde, wel besef van het verlies maar nog geen besef dat dit onomkeerbaar is ('voor altijd')
 - nog moeite met gevoelens in woorden uit te drukken (uitdrukken emotie is moeilijk)
 - woede, kwaadheid en stellen van agressief gedrag omdat persoon niet meer terugkomt
 - belang van vertrouwde omgeving, vast ritme voor het kind (is niet makkelijk vr omgeving)
- **6 tot 9 jarigen:**
 - stilaan besef dat dood onomkeerbaar is + besef dat ze zelf ook kunnen doodgaan → gevoel van onveiligheid, angst
 - belang van vertrouwde omgeving
- **10 tot 12 jarigen:**
 - willen betrokken worden (vb. proces, begrafenis...), maar omgeving wil vaak de kinderen ervan weghouden vb. niet vertellen hoe opa/oma dood is gegaan (verkeerde reactie)
 - soms onderdrukken van eigen pijn en verdriet om anderen te beschermen, soms hulp nodig bij uiten van gevoelens (als ouders ook huilen en zich niet constant sterk houden, is dit een beter emotieregulatiemodel dan wanneer ze weggehouden worden van al het verdriet)
- **13 tot 18 jarigen:**
 - streven naar zelfstandigheid vs. nood aan veiligheid/bescherming bij overlijden
 - soms moeite met communiceren over gevoelens met volwassene (belang van hechte vriendschappen!)
 - soms hulpeloosheid, schuldgevoel ('had ik maar...')

Rouw bij kinderen en adolescenten

- Ieder rouwt op zijn eigen manier
 - afhankelijk van de band met degene die gestorven is
 - afhankelijk van het ontwikkelingsstadium van de jongere
- Rouwen gebeurt vaak op onverwachte momenten (korte en intense episodes, in de vorm van regressief gedrag, via actie en spel bij kinderen, omdat ze het met taal niet kunnen benoemen)
- Rouwen kan uitgesteld worden (vb. kan starten bij ogenschijnlijk onbeduidend voorval)
- Bij belangrijke veranderingen kan 'vernieuwde rouw' optreden
- Rouwen bij kinderen en adolescenten gebeurt dus in pieken en dalen
- Kind-in-context: Rouwen wordt sterk beïnvloed door de wijze waarop in het gezin met gevoelens wordt omgegaan!

! Rouwen gebeurt niet vanzelf: 'rouwarbeid'

Het rouwproces: 4 taken

Individueel is duur van de taken heel erg verschillend!

1. **verlies onder ogen zien**
2. **de pijn van het verlies ervaren:** het is normaal dat je pijn en verdriet voelt
3. **aanpassen aan het leven zonder de overledene:** eigen identiteit aanpassen zonder die persoon
4. **opnieuw leren genieten van het leven en herinneringen levendig bewaren**

→ RESULTAAT

- niet: vergeten
- wel: zich opnieuw goed voelen, minder in beslag genomen worden door verdriet, kunnen afrekenen met alledaagse problemen

Gecompliceerde rouw: definitie

- Gecompliceerde rouw (op continuüm bekeken)
= chronische, aanhoudende normale rouw
 - 'verscheurend verlangen naar de overledene' (Spuij, 2014): emoties nemen de overhand, zodat men dit heel moeilijk gereguleerd krijgt
 - onvoldoende aanpassing, leidt tot 'impairment'
 - onderscheid met depressie (algemene somberheid centraal) en PTSS (angst centraal): bij rouw komt somberheid voor in korte periodes en minder intrusieve gedachten met flashbacks en nachtmerries dan bij PTSS
 - ongeveer 10% van bevolking (Prigerson et al., 2009)

DSM-5

- DSM-IV-TR (APA, 2000): rouw als uitsluitingscriterium bij diagnose depressie
 - geen diagnose depressie mogelijk indien verlies van dierbare binnen de twee maand voor de diagnose (!! zeker niet het geval)
 - klachten dus eerder coderen als rouwreactie
- DSM-5, deel III: persisterende complexe rouwstoornis (persistent complex bereavement-related disorder)

Persisterende complexe rouwstoornis

- **Criterium A:** de persoon heeft het overlijden meegemaakt van iemand met wie hij of zij een hechte relatie had
- **Criterium B:** na het overlijden is minstens één van de volgende symptomen meer dagen wel dan niet en in klinisch significante mate voorgekomen en bleven de symptomen ook meer dan een jaar (bij volwassenen) of meer dan 6 maanden (bij kinderen) aanwezig:
 - persisterend kwellend verlangen naar de overledene → **kan bij kinderen tot uiting komen in spel en gedrag** (bv. gescheiden worden van en weer verbonden worden met een verzorger)
 - intens verdriet en emotionele pijn als reactie op de dood
 - preoccupatie met de overledene (in gedachten constant bezig zijn met de persoon die overleden is of met de omstandigheden waarin persoon overleden is) → kan bij kinderen tot

- uiting komen in spel en gedrag, want heel moeilijk om te ondervragen (bv. zelfs preoccupatie met mogelijk overlijden van andere verzorgers)
- preoccupatie met de omstandigheden van de dood
- **Criterion C:** na het overlijden zijn ten minste zes van de volgende symptomen meer dagen wel dan niet en in klinisch significante mate voorgekomen en bleven de symptomen ook meer dan een jaar (bij volwassenen) of meer dan 6 maanden (bij kinderen) aanwezig:
- **reactief lijden/distress na overlijden:**
 - duidelijke moeite om het overlijden te accepteren → **bij kinderen afhankelijk van vermogen om betekenis en onomkeerbaarheid van de dood te begrijpen**
 - ervaren van ongeloof over of emotionele verdoofdheid door het verlies
 - moeite met het ophalen van positieve herinneringen aan de overledene
 - bitterheid of boosheid gerelateerd aan het verlies
 - maladaptieve beoordeling van zichzelf in relatie tot de overledene of de dood (bv. zichzelf schuld geven)
 - excessief vermijden van herinneringen aan het verlies (bv. vermijden van personen, plaatsen of situaties die gelinkt zijn aan de overledene) → **bij kinderen kan dit vermijding van gedachten en gevoelens m.b.t. overledene inhouden**
 - **ontwrichting van het sociale leven en de identiteit:**
 - de wens te sterven om bij de overledene te kunnen zijn
 - moeite hebben om andere mensen te vertrouwen sinds het overlijden
 - zich alleen of onthecht van anderen voelen sinds het overlijden
 - het gevoel dat het leven zinloos of leeg is zonder de overledene of het idee niet te kunnen functioneren zonder de overledene
 - verwarring over de eigen rol in het leven of een afgenomen gevoel over de eigen identiteit (bv. gevoel dat een deel van zichzelf gestorven is)
 - moeite of tegenzin om de eigen interesses weer op te pakken sinds het verlies of toekomstplannen te maken (bv. vrienden, activiteiten,..)
- **Criterion D:** de stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen
- **Criterion E:** de rouwreactie is buiten proportie ten opzichte van of onverenigbaar met culturele, religieuze of bij de leeftijd passende normen
- Specificiteer indien (ookal kan je onderscheid maken tss rouw en PTSS):
- **met traumatische rouw:** rouw na overlijden door moord of suicide met persisterende kwellende preoccupaties over de traumatische aard van het overlijden, waaronder de laatste momenten van de overledene, de mate van lijdensdruk en verminking, of de kwaadaardige of opzettelijke achtergrond van het overlijden
=> is heel plots en brengt heel veel gedachten met zich mee die heel moeilijk te plaatsen zijn (ook vb. veel schuldgevoelens): veel meer kwellende preoccupaties en negatieve gedachten

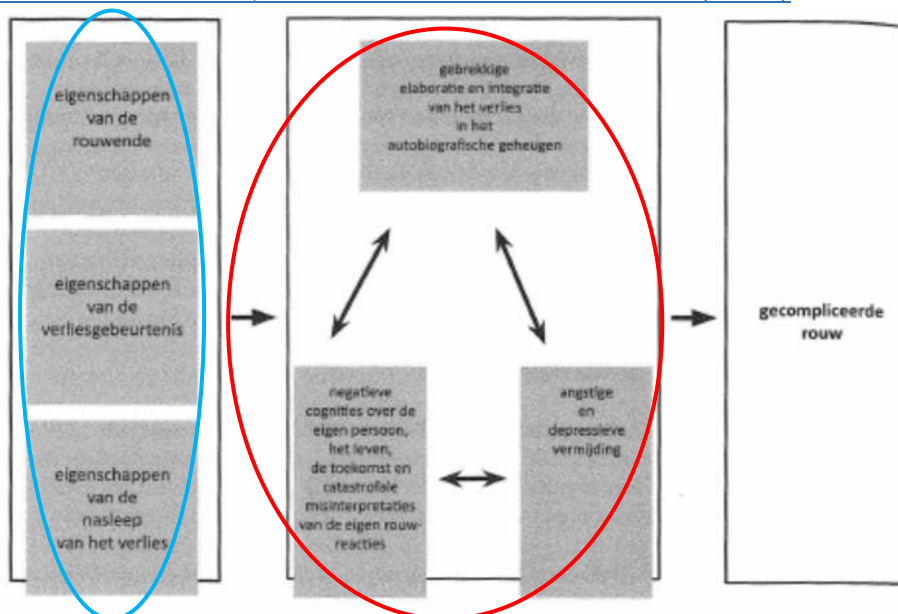
Onderscheid rouw-depressie

ROUW	DEPRESSIE
<ul style="list-style-type: none"> - vooral een gevoel van leegheid en verlies - somberheid neemt meestal na enkele dagen tot weken in intensiteit af en steekt bij vlagen weer op - soms positieve emoties en humor (niet perse als het gaat over overledene, maar vooral op andere domeinen ih leven) - gevoel van eigenwaarde blijft meestal intact - preoccupatie met gedachten en herinneringen aan de overledene (verlangen naar, missen van) 	<ul style="list-style-type: none"> - aanhoudende sombere stemming - zich niet kunnen voorstellen ooit weer blijdschap of plezier te kunnen ervaren - somberheid blijft aanhouden - heel laag positief affect - gevoelens van waardeloosheid en zelfhaat - zelfbekritiserende of pessimistische ruminaties

Model: CGT-conceptualisering van gecompliceerde rouw

- < Boelen et al. (2006)
- **Verklaring voor welke mechanismen een rol spelen bij het aanblijven en/of verergeren van normale rouwreacties**
- **Drie cruciale instandhoudende processen, waardoor rouw niet verwerkt geraakt:**
 - **problemen bij integreren van het verlies met bestaande autobiografische info die is opgeslagen in LT geheugen**
 - **negatieve opvattingen en misinterpretaties van de eigen rouwreacties**
 - **angstige vermijding en somber (depressief) terugtrekgedrag**
- Deze drie mechanismen beïnvloeden en versterken elkaar: catastrofale gedachten, negatieve gevoelens en vermijdingsgedrag spelen op elkaar in en zorgen voor vicieuze cirkel! Staan in de weg om een adaptief rouwproces door te maken!!

Model van Boelen, van den Hout en van den Bout (2006)



1. PROBLEMEN BIJ INTEGREREN VAN HET VERLIES MET BESTAANDE AUTOBIOGRAFISCHE INFO DIE IS OPGESLAGEN IN LT-GEHEUGEN

- **Normale verliesverwerking:** conceptuele verwerking
 - = **elaboreren:** zich bewust worden van en nadenken over wat het verlies betekent voor jezelf, jouw leven, jouw toekomst, de relatie met de overledene... (diepe verwerking van info): iemand die hier niet over nadent en deze gedachten onderdrukt, kan het normale verwerkingsproces niet gaan overlopen
 - het verlies geleidelijk **integreren** met bestaande kennis in het langetermijngeheugen → het verlies wordt onderdeel van autobiografisch geheugen, van het eigen levensverhaal, waardoor persoon niet vergeten wordt (zodat je niet bij elk signaal die je doet denken aan het overlijden overspoeld wordt door emoties, is wel zo bij gecompliceerde rouw)
- **Gecompliceerde rouw: onvoldoende conceptuele verwerking**
 - Het verlies blijft aanvoelen als nieuwe traumatische gebeurtenis, waardoor beelden, gevoelens en gedachten die ermee samenhangen gemakkelijk geactiveerd worden
 - Hechtingsreacties blijven automatisch voortduren (bv. huilen, protest, zoekgedrag,...)
 - Identiteitsverwarring: ideeën over eigen identiteit en rollen worden niet aangepast aan het verlies (je kan en wil niet nadenken over hoe jouw toekomst zou zijn zonder die persoon)

2. NEGATIEVE OPVATTINGEN EN MISINTERPRETATIES VAN EIGEN ROUWREACTIES

- Sterke negatieve opvattingen over zichzelf, het leven en de toekomst
- Deze worden niet of nauwelijks gecorrigeerd door positieve ervaringen en leiden tot negatieve gevoelens waaraan heel veel geloof wordt gehecht
Bijvoorbeeld:
 - “ik ben een waardeloze moeder omdat ik mijn kind niet heb kunnen behoeden voor dit ongeval”
 - “het leven heeft geen enkele zin als mensen op zo’n jonge leeftijd zomaar kunnen doodgaan”
 - “ik zal nooit meer gelukkig kunnen worden”
→ dergelijke opvattingen **staan actieve aanpassing in de weg**
- **Catastrofale misinterpretaties:** negatieve interpretaties van normale emoties zoals pijn, verdriet, verlangen (“als ik mijn verlies toelaat, verlies ik de controle over mezelf”)

3. ANGSTIGE VERMIJDING EN SOMBER (DEPRESSIEF) TERUGTREKGEDRAG

- **Angstig vermijdingsgedrag**
 - bang om realiteit van het verlies en implicaties hiervan onder ogen te zien
 - gevolg: vermijding van stimuli die hen met realiteit confronteren
 - vb. vermijden van situaties die aan verlies doen denken, vermijden van praten over overledene, moedwillig onderdrukken van pijnlijke gedachten, piekeren over ‘waarom-vraag’
- **Depressief vermijdingsgedrag**
 - negatieve gedachten over zinvolheid van actieve aanpassing
 - gevolg: sociale en beroepsmatige activiteiten stopgezet
 - vb. nutteloos om nog met vrienden af te spreken nu die ene persoon er niet meer bij kan zijn, hobby’s stopzetten

PERSOONSGEBONDEN EN SITUATIONELE FACTOREN (ZIE MODEL)

Eigenschappen van persoon of situatie waardoor kan groter is om in rouwproces vast te komen zitten

- = Eigenschappen van **rouwende**
vb. neuroticisme (Boelen & Klugkist, 2011), onveilige gehechtheid

- = Eigenschappen van **verliesgebeurtenis**
vb. oorzaak van overlijden: suïcide of moord leiden vaker tot negatievere/heftigere reacties, omdat deze verliezen tot negatieve cognities leiden die veel moeilijker te integreren zijn in bestaande kennis van persoon over zelf, leven en toekomst (Brent et al., 2009)
plots overlijden heeft hoger risico op moeilijkere verwerking

- = Eigenschappen van **nasleep van het verlies**
vb. beschikbaarheid van ouder(s) van het kind, reacties van omgeving

Vaak 'onveranderbare' factoren: inwerken op processen in de praktijk (manieren van omgaan met)

EETPROBLEMEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

HB pg. 443-463

Definiëring eetproblemen

- Brede waaier van problemen
- Centraal = verstoring van het eetgedrag
- Kunnen op zichzelf staan of kaderen binnen de (sub)klinische voedings- en eetstoornissen (DSM-5; APA, 2013)
- Eetstoornissen: *“Een persistente (hardnekkige) 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 (ook op jonge leeftijd dus al heel ernstig, want kunnen dan al grote impact hebben op de verdere groei van het kind) en niet secundair is aan een algemene medische conditie of een andere psychiatrische stoornis”* (Fairburn, 2001, Britse psychiater)

Verschil tss eetstoornis en obesitas: obesitas is een medische aandoening (overgewicht: milde vorm van obesitas), waarbij je teveel voedsel opneemt tegenover wat je gebruikt, waardoor je lichaam meer vetten gaat opslaan en je overgewicht krijgt → geen psychiatrische aandoening als omschreven in de DSM, MAAR wil niet zeggen dat eetstoornissen en obesitas niet gelinkt zijn vb. obesitas kan gevolg zijn van eetstoornis en omgekeerd (risicogroepen) vb. kunnen gepest w door obesitas en te strikt dieet gaan volgen

Welke eetstoornissen hebben eetbuien als symptoom? *Boulimia Nervosa*, purgerende type van *Anorexia Nervosa* vb. wilden slechts een halve boterham eten, maar aten er twee, wat door patiënten wordt beschouwd als het hebben van een eetbui (subjectieve eetbui)

Wat is verschil tussen *Boulimia Nervosa* en *Binge Eating Disorder*? *BN* gaat men compenseren voor eetbuien, stelt men maatregelen om eten uit lichaam te krijgen (compensatiemaatregel/gewichtscontrolegedragingen vb. braken, laxeermiddelen, intensief sporten) en die compensaties komen niet voor bij de eetbuistoornis en overgewicht (veel meer inname dan gebruik, waardoor lichaamsgewicht gaat toenemen)

DSM-5

- Kanttekeningen bij DSM-IV: enkel AN en BN werden daar beschreven
- Nieuwe categorie: ‘Voedings- en eetstoornissen’
 - pica (komt voor bij vroege socialisatieproblemen: kindjes die hier last van hebben op jonge leeftijd, hebben in de adolescentie meer kans op het ontwikkelen van een eetstoornis)
 - ruminatiestoornis
 - vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis (ook bij vroege socialisatieproblemen)
 - **anorexia nervosa**
 - **bulimia nervosa**
 - **binge eating disorder** – eetbuistoornis gaat gepaard met toename overgewicht laatste jaren
 - restcategorieën: gespecificeerde en ongespecificeerde voedings- of eetstoornis

- Doel: vergroten van validiteit en bruikbaarheid categorieën (klinisch en empirisch); verkleinen EDNOS
- Meerwaarde voor kinderen en adolescenten: in DSM-V wordt duidelijk rekening gehouden met het ontwikkelingsaspect, waardoor je op jonge leeftijd al criteria voor eetstoornissen kan diagnosticeren
 - o.a. lagere cut-offs, gedragsmatige indicatoren i.p.v. enkel cognities
 - vb. DSM-IV: een criteria voor AN was ondergewicht onder een bepaald percentiel, maar daar werd geen rekening gehouden met geslacht of leeftijd, heeft men aangepast in DSM-V, ondergewicht w nu beschreven als 'Gewicht lager dan verwacht voor leeftijd, geslacht, ontwikkelingsfase...'

Casus Joke: Aanmelding

Joke is een meisje van 17 jaar en studeert op het moment van aanmelding Latijn – Wiskunde (5de middelbaar). Joke's moeder belt naar het centrum om hulp te krijgen voor het eetprobleem van haar dochter na doorverwijzing door de huisarts. Het eetprobleem startte toen Joke 12 jaar was (1ste middelbaar). In haar nieuwe klas was ze naar eigen zeggen het molligste meisje. Om te vermageren, legde ze zichzelf strikte dieetregels op en begon ze zich obsessief uit te hongeren. Uit angst om bij te komen begon ze ook intensief te sporten. Dit leidde tot een aangepaste BMI van 75 (BMI = 15) en zoals ze zelf omschrijft was "eten (of beter gezegd: niet eten) op dat moment de essentie van haar bestaan". Via het CLB werd ze op 13-jarige leeftijd doorverwezen naar een therapeut waar ze gedurende een vijftal maanden een ambulante behandeling volgde voor haar eetstoornis.

→ signalen voor AN

Bepalen gewichtsstatus

- **BMI (Body Mass Index) = gewicht/(lengte)²**
 - anorectisch gewicht: BMI < 17.5
 - ondergewicht: 17.5 < BMI < 18.5
 - normaal gewicht: 18.5 < BMI < 25
 - overgewicht: 25 < BMI < 30
 - obesitas: BMI > 30
- **Opgelet:** BMI is NIET zo'n goede maatstaf bij kinderen en adolescenten < 18 jaar
→ gebruik van alternatieve maten: Groeicurves, BMI z-scores, Adjusted BMI met nomen die rekening houden met leeftijd en geslacht van kinderen die in volle ontwikkeling zijn, waardoor je andere cut-off scores krijgt om te bepalen of iemand onder, normaal of overgewicht heeft

Wat is een gezond BMI voor meisjes en jongens van 10 tot 18 jaar?

leeftijd	meisjes	jongens
10 jaar	14.61 – 19.85	14.64 – 19.83
11	15.05 – 20.73	14.97 – 20.54
12	15.62 – 21.67	15.35 – 21.21
13	16.26 – 22.57	15.84 – 21.90
14	16.88 – 23.33	16.41 – 22.61
15	17.45 – 23.93	16.98 – 23.28
16	17.91 – 24.36	17.54 – 23.89
17	18.25 – 24.69	18.05 – 24.45
18	18.50 – 24.99	18.50 – 24.9

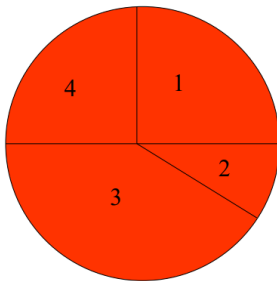
Bron: Voedingscentrum (www.voedingscentrum.nl); Talma, Schonbeck, Bakker, Hirasing & Van Buuren, 2010.

verschillende grenswaarden per leeftijd en geslacht, waarbij rekening gehouden wordt met de normale ontwikkeling van een kind/adolescent

Zelf-evaluatie van gewicht

en lichaamsvormen?

vb. cirkeldiagram tekenen van wat het kind/de adolescent gelukkig wordt → screenen van welke mate waarin lichaamsgewicht rol speelt in het zelfbeeld



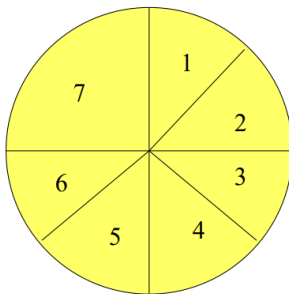
1. Minder dan 50 kg wegen
2. Populair zijn
3. Een mooi figuur hebben, mager zijn
4. Goeie punten halen op school

1 en 3 samen nemen heel groot deel in op de cirkel en hangen samen met lichaamsgewicht en uiterlijk

4 kan je linken aan perfectionisme (wat vaak eigen is aan iemand met eetstoornissen)

Wanneer iemand met dit diagram 's ochtends op de weegschaal gaat staan en niet tevreden is met

het lichaamsgewicht, dan is er die dag niet veel meer om toch nog een positief gevoel van zichzelf te krijgen: onevenredig grote invloed van lichaam(sgewicht) op zelfbeeld



1. Niet teveel wegen
2. Populair zijn
3. Een mooi figuur hebben, slank zijn
4. Goeie band hebben met ouders
5. Leuk vriendje hebben
6. Fijne hobby's uitoefenen
7. Goeie punten halen op school

Bij meisje kan 1 en 3 zeker een plaats innemen op de cirkel (ook een normale leeftijd tijdens adolescentie om daarmee bezig te zijn), maar de plaats die ze hier innemen is veel minder groot en heeft geen complete invloed op het hele zelfbeeld ivm vorige zelfbeeld.

Anorexia Nervosa

DSM-5: Anorexia Nervosa

A. Restrictie van energie-inname relatief ten opzichte van wat men nodig heeft resulterend in een significant te laag gewicht rekening houdend met leeftijd, geslacht, ontwikkelingsfase en fysieke gezondheid.

- ondergewicht
- significant laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan normaal of, voor kinderen en adolescenten, lager is dan wat minimaal verwacht wordt.

- 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
 - cognitief-emotioneel aspect: niet iedereen die ondergewicht heeft, heeft een eetstoornis
 - gedrag toevoegen: nieuw in DSM-V → de angst is soms moeilijk om objectief vast te stellen of moeilijker in kaart te brengen, maar gedrag observeren om gewichtstoename te beletten, kan wel vb. rapporteren dat er maaltijden worden overgeslaan
- 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
 - kernpathologie in eetstoornissen: het hele zelfbeeld wordt opgebouwd uit wat er gegeten wordt, hoe men eruit ziet... alles uit het leven wordt daaraan gelinkt en komt centraal te staan
- Subtypes: (1) **beperkende type** of (2) **eetbuien-purgerende type**
 - 1) beperkende type: heel erg gaan lijnen, grote energierestictie, zonder eetbuien (volgen van heel strikte dieetregels, waardoor belangrijke fysieke gevolgen vd eetstoornis kunnen ontstaan)
 - 2) eetbuien-purgerende AN: sprake van (subjectieve) eetbuien waarna er gepurgeerd wordt
Purgen (= Zuivering of reiniging van het lichaam; alle gedragingen die erop gericht zijn om het voedsel zo snel mogelijk weer uit het lichaam te verwijderen, zoals het gebruik van laxantia en het zelf opwekken van braken)

Kenmerken Anorexia Nervosa

- Lichamelijke kenmerken: heel veel negatieve gevolgen van de ondervoeding
 - gewichtsvermindering
 - amenorroe: uitblijven van menstruatie – stond in DSM-IV als criteria van AN, niet meer id DSM-V, maar het is wel nog steeds een gevolg van de stoornis
 - obstipatie (darmproblemen)
 - droge huid
 - daling van het basaal metabolisme - koude voeten en handen
- Psychische en sociale aspecten
 - **angst om volwassen te worden**: hebben angst voor verantwoordelijkheden die horen bij het ouder worden en daarbij zou de hypothese zijn dat ze proberen hun lichaam ook zo klein en tenger mogelijk proberen te houden (proberen lichaam niet te doen groeien, niet volwassen laten worden)
 - **perfectionisme**: groot risicofactor om ES te ontwikkelen, maar niet iedereen met perfectionisme gaat een ES ontwikkelen
 - **labiele stemming**: lichaamsgewicht op weegschaal kan veel fluctueren en is niet altijd evenredig met wat je gegeten hebt (vb. meisjes: hormonale toestand) – stemming/humeur hangt af van of je bijgekomen of afgevallen bent
 - **isolement**: men gaat niet meer mee op activiteiten, omdat men bang is dat er gegeten wordt, dit w een vicieuze cirkel: hoe meer je geïsoleerd bent, hoe meer tijd je hebt om te piekeren en na te denken over je lichaamsgewicht... gaat stoornis meer in stand houden

dia 9: Anorexia affects your whole body

vb. invloed op hersenen: invloed op cognitieve functies – mindere flexibiliteit en daardoor heel erg rigide gaan denken als rechtstreeks gevolg van ondervoeding

vb. voortplanting: tijdelijk of definitief onvruchtbaar worden → denk je niet aan op 12-jarige leeftijd, maar het kan wel een heel belangrijk gevolg zijn van de eetstoornis

Casus Joke: Aanmelding – vervolg

Na de behandeling nam Joke opnieuw een normaal eetpatroon aan. Hierdoor kwam ze op korte tijd een aantal kilo's bij. Hoewel haar aangepaste BMI genormaliseerd was, voelde ze zich door die extra kilo's zeer slecht in haar vel. Dit gaf al snel aanleiding tot een nieuw eetprobleem namelijk een dagelijks patroon van eetbuien waarbij ze vaak zeer grote hoeveelheden voedsel eet. Tijdens zo'n eetbui heeft ze meestal het gevoel dat ze niet meer kan stoppen met eten. Zoveel eten geeft haar achteraf een enorm schuldgevoel en opdat ze zeker niet zou bijkomen probeert ze zo snel mogelijk na de eetbui te gaan braken. Volgens Joke is braken haar enige manier om te compenseren voor de eetbuien. Tijdens het gesprek geeft ze echter wel aan dat ze graag sport en opnieuw is beginnen dansen. Ze fietst ook elke schooldag van thuis naar de school wat minstens 40 minuten per dag is. Tijdens het gesprek laat ze tevens vallen dat ze de dag na een eetbui incalculeert om minder of helemaal niets te eten.

→ BN

! Adhv DSM-criteria kan je niet op hetzelfde moment twee eetstoornissen hebben, maar in de tijd kan je wel van de ene eetstoornis overgaan naar de andere eetstoornis (zie je vaak dat AN overgaat naar nieuwe eetstoornis BN).

Bulimia Nervosa

DSM-5: Bulimia Nervosa

- A. Recidiverende periodes van eetbuien:
 - een eetbui bestaat uit het eten van een objectief grote hoeveelheid voedsel in korte tijd
 - 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 (verschil DSM-IV: moest 2x id week voorkomen).
- D. De zelf-evaluatie is overdreven beïnvloed door lichaamsvormen en gewicht (kernpathologie).
- E. De stoornis komt niet exclusief voor tijdens episodes van AN

Wat is verschil met eetbuien purgerende AN en BN? Gewichtscriterium is verschillend (BN geen ondergewicht) en ook verschil in eetbuien (AN: meestal subjectieve eetbuien, hebben gevoel van te veel gegeten te hebben, maar eten geen grote hoeveelheden vb. één boterham, terwijl bij BN objectief grote hoeveelheden voedsel)

! DSM-criteria zijn belangrijk om te communiceren tussen clinici, maar tijdens de behandeling en werking met de jongeren is empairment belangrijk: als iemand groot negatief effect van eten op zelfwaarde heeft, ookal voldoet hij/zij niet volledig aan bepaalde criteria, dan is het ook al belangrijk om in te grijpen (als men niet volledig voldoet aan een bepaald eetstoornisbeeld, kan men het als 'atypisch' benoemen vb. atypische AN)

Kenmerken Bulimia Nervosa

- Eetbuien vs. overeten

	<i>Hoeveelheid: groot</i>	<i>Hoeveelheid: niet groot, maar wel voor gevoel van patiënt</i>
<i>Controleverlies: ik kan niet stoppen met eten</i>	objectieve eetbui	subjectieve eetbui
<i>Geen controleverlies</i>	objectief overeten	subjectief overeten

→ = mogelijk symptoom bij: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder!

- Vormen van **compenserend gedrag**

- vasten vb. als je een dag veel gegeten hebt, de volgende dag niets meer eten
 - zelfopgewekt braken
 - misbruik van laxantia, diuretica, medicatie vb. eetlustremmers
 - intensieve lichaamsbeweging
- } purgeren

- Opmerking:

- als je compenserend gedrag opmerkt, moet het gedrag wel steeds met als doel zijn iets aan gewicht of lichaam te veranderen/niet bij te komen
- maatregelen zijn vaak 'verdoken' → letten op signalen voor compenserend gedrag:
 - excuses op niet te moeten eten (al gegeten, ziek, lust het niet,...)
 - met eten spelen aan tafel vb. eten onder servetje verstoppen
 - excuses na de maaltijd om te kunnen gaan braken of sporten
 - overbeweeglijkheid vb. constant met de benen bewegen
 - in conditie willen blijven: moeilijk, want wordt in onze cultuur veel nadruk op gelegd, wanneer is sport nog normaal en wanneer teveel vb. intensief gaan sporten wnr je ziek bent of wnr je laat thuiskomt, toch nog willen bewegen om calorieën eraf te krijgen

vb. **orthorexia nervosa**: eetstoornis waarbij iemand een overdreven focus heeft op gezondheid vb. gezond eten, veel sporten..., maar zodanig focussen dat je ook negatieve gevolgen begint te ervaren wanneer je dagelijks leven eronder begint te lijden: spreekt men vaak over, maar is geen erkende eetstoornis

- Lichamelijke kenmerken

- gewichtsschommelingen
- tekort aan vitaminen
- nier-, lever- en darmstoornissen
- maaguitrekking door eetbuien
- andere lichamelijke stoornissen (o.a. hartritmestoornissen door pulgeren)

- Psychische aspecten

- gewichtsobsessie: heel erg bezig zijn of alles van het eten wel gecompenseerd is, zodat gewicht zeker niet gaat stijgen
- schaamte en angst voor controleverlies: bang zijn dat wanneer je begint te eten, je niet gaat kunnen stoppen met eten
- stemmingswisselingen: instabiliteit

dia 14: How bulimia affects your body vb. spijsverteringsstelsel aangetast, slokdarm aangetast..

Binge eating disorder

eetbuien, maar er wordt achteraf niet voor gecompenseerd

DSM-5: Binge eating disorder

- A. Recidiverende periodes van eetbuien (grote hoeveelheid + LC)
- B. De eetbuien zijn geassocieerd met drie (of meer) van de volgende karakteristieken (kan al op heel jonge leeftijd opgemerkt worden):
 - er wordt veel sneller gegeten dan gewoonlijk
 - er wordt doorgegeten totdat men zich ongemakkelijk vol voelt
 - er worden grote hoeveelheden gegeten zonder honger te hebben
 - er wordt heimelijk gegeten omwille van het zich gegeneerd voelen over de hoeveelheid voedsel die verorberd wordt, ook soms stelen van geld van ouders om voedsel te kopen of stelen eten uit de kast en leggen het op hun kamer
 - 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 moeten gemiddeld minstens éénmaal per week gedurende drie maanden voorkomen.
- E. De eetbuien zijn niet geassocieerd met recidiverende inadequate compensatiegedragingen zoals bij BN en treden niet exclusief op tijdens episodes van BN of AN

Kenmerken Binge eating disorder

- Lichamelijke kenmerken
 - gewichtstoename doordat er geen compensatiegedrag wordt gesteld (cf. link met obesitas)
 - basaal metabolisme verstoord
 - maaguitrekking
 - andere lichamelijke stoornissen
- Psychische en sociale aspecten
 - discriminatie en pesten door andere kinderen
 - laag zelfbeeld, schaamte en schuldgevoelens: vicieuze cirkel – want eetbuien worden vb. gebruikt om met negatieve emoties om te gaan, waardoor ze er niet mee kunnen stoppen

Andere gespecificeerde eetstoornissen (restcategorie)

DSM-5: andere gespecificeerde eetstoornissen

Worden nog niet als volwaardige eetstoornis gezien in de DSM, omdat er vb. nog te weinig onderzoek naar gedaan is geweest.

- **Atypische AN:** alle criteria van AN maar ondanks significante gewichtsverlies, valt het gewicht van het individu nog steeds binnen of boven het normale bereik.
- Alle criteria van BN of BED, maar de eetbuien en/of het compensatiegedrag treden niet frequent genoeg op.
- **Purgeerstoornis:** inadequaate compensatiegedrag na het nuttigen van een geringe hoeveelheid voedsel, in afwezigheid van eetbuien (niet noodzakelijk gekoppeld aan controleverlies)
- **Night eating syndrome:** nachtelijk eten nadat men al gaan slapen is of excessieve voedselinname na het avondmaal (maakt geen deel uit van slaapwandelen of kan niet verklaard worden door veranderingen in de slaap-waakcyclus of plaatselijke sociale normen) → nog niet voldoende

onderzoek naar gedaan, men denkt vaak dat het een combinatie is van slaap- en eetstoornis, maar nog veel vragen hierrond

Overzicht: voedings-/eetstoornissen

Tabel 1.2. Gemeenschappelijke en specifieke kenmerken van voedings/eetstoornissen

	Vermijdend/ restrictieve voedselinname- stoornis (ARFID)	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge Eating Disorder (Eet- buiestoornis)
Gewichtstatus	Significant laag gewicht	Ondergewicht (significant laag gewicht)	Normaal gewicht of licht overgewicht	Overgewicht of obesitas
Houding t.o.v. eten	Beperkt (restrictief) of selectief eten	Restrictief eten of subjectieve eetbuien (afhankelijk van type)	Objectieve eetbuien	Objectieve eetbuien
Zelfevaluatie	Geen verstoring in manier waarop men lichaam of gewicht ervaart	Zelfevaluatie overdreven beïnvloed door denken aan en controle over eten, lichaamsvormen en gewicht	Zelfevaluatie overdreven beïnvloed door denken aan en controle over eten, lichaamsvormen en gewicht	Zelfevaluatie overdreven beïnvloed door denken aan en controle over eten, lichaamsvormen en gewicht
Compensatoire gedragingen	Afwezig	Enkel bij purgeerende type	Aanwezig	Afwezig

Nota. Significant laag gewicht = rekening houdend met lengte, leeftijd, geslacht en ontwikkelingsfase; bij subjectieve eetbuien is er sprake van een subjectief grote hoeveelheid voedsel (groot volgens individu zelf, maar niet volgens omgeving); bij objectieve eetbuien is er sprake van een objectief grote hoeveelheid voedsel (groot volgens individu en omgeving)

ARFID uit vroege socialisatieproblemen staat er ook bij, heeft veel kenmerken gemeenschappelijk met AN, maar geen verstoring van zelfbeeld !

Longitudinaal link tss jonge kinderen met ARFID en later AN: je leert op jonge leeftijd al de strategie om voedselinname te controleren en te linken aan vb. omgaan met negatieve emoties, waardoor je daar op latere leeftijd al sneller beroep gaat doen op de strategie.

Prevalentie eetstoornissen

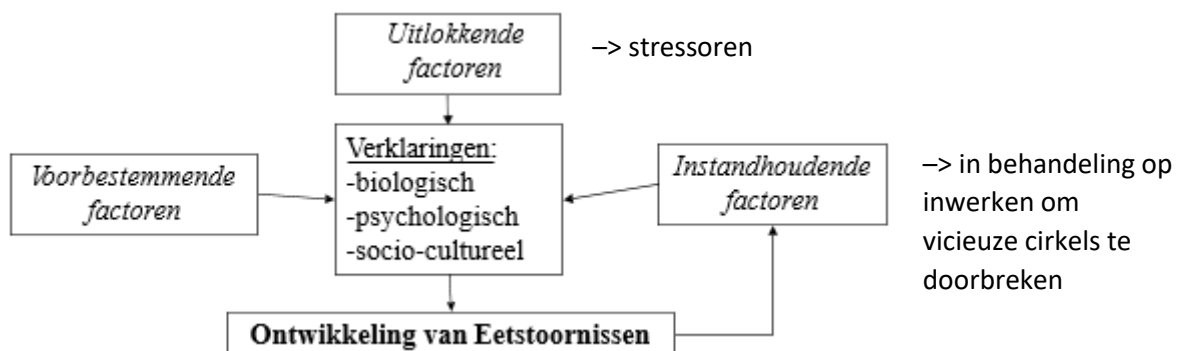
- Adolescenten: DSM-5 eetstoornis (Smink et al., 2014)): risicofase om ES te gaan ontwikkelen
 - meisjes: 5,7%
 - jongens: 1,2%
- Incidentie stabiel in het algemeen, behalve bij adolescenten stijging! (Van Son et al., 2006)
- Man/vrouw verhouding: 1/9 (AN & BN), 1/3 (BED): overwegend meisjes
- Obesen die behandeling zoeken: 1 op 3 voldoet aan BED
 - dus obesen hebben vaak naast medische conditie ook een psychopathologisch ziektebeeld erbovenop)
- Risicogroepen AN met focus op gewicht vb. modellen, atleten, balletdansers, topsport (ook vb. judo en boxen waarbij je moet voldoen aan een bepaalde gewichtscategorie)
- Beperkte groep zoekt professionele hulp: pas wanneer nadelen van de eetstoornis beginnen door te wegen (33% AN, 6% BN)
- Vlaamse cijfers (5 gespecialiseerde centra, 2013)
 - 12.5% jonger dan 15 jaar
 - 44% van 15 tot 20 jaar

Verloop en prognose

- Mogelijke voorlopers en risicofactoren al op jongere leeftijd te detecteren!
 - Lichaamsontevredenheid: 55% v.d. 8 – 10 jarige meisjes en 35% v.d. jongens (Wood, Becker & Thompson, 1996; DeLeel et al., 2009)
 - Ongezonde dieettechnieken (bv. maaltijden overslaan, geen chocolade eten, geen brood eten...), komt vaak voor: 14-21% van 11 tot 13 jarige meisjes (HBSC-studie: 2013)
 - Eetbuien: 4% bij 8-13 jarige kinderen met normaal gewicht, 15% bij kinderen met overgewicht (Tanofsky-Kraff et al., 2004) → jongeren met overgewicht = risicogroep om later eetstoornis te gaan ontwikkelen
- Longitudinale studies: **grote stabiliteit eetbuien op 5 jaar** + grotere kans op subklinische/klinische eetstoornissen (Kotler et al., 2001; Tanofsky-Kraff et al., 2011): is dus geen tijdelijk verschijnsel wat eigen is aan de ontwikkelingsfase en waar men vanaf geraakt
- algemene aanvangsleeftijd: AN vroeger in adolescentie, BN later
- duur: 6 maanden tot 10-tallen jaren, zeker wanneer er geen behandeling plaatsvindt
- soms overgang van ene eetstoornis in andere eetstoornis (bv. van AN → BN)
- 50% van BN-patiënten herstelt volledig na behandeling, 30% verbetert, maar herstelt niet volledig; 20% herstelt niet (chronisch): nog niet genoeg geweten over behandeling om iedereen te kunnen herstellen
- hoe vroeger behandeling gestart wordt, des te gunstiger de prognose
- hoge mortaliteitscijfers: 5 à 10% bij AN
 - hoge cijfers door fysieke gevolgen (verzwakking), ook depressies die samengaan met AN
- Vlaamse cijfers (5 gespecialiseerde centra, 2013): mensen kunnen heel lang met een eetstoornis kampen zonder dat de omgeving daar specifieke signalen van opvangt en waarbij het lukt om een dagdagelijks leven rond de ES op te bouwen, maar hoe langer de stoornis aanwezig is, hoe hardnekkiger die wordt en hoe moeilijker ze te behandelen is
 - Gemiddelde ziekte duur in centra is 5,5 jaar
 - 20% 'chronische eetstoornis' (> 8 jaar aanwezig)

Ontstaan en instandhouding

1000-den artikels over risicofactoren → bijeengebracht in **multicausaal model** (Jansen, 2001) een globaal beeld van wat eetstoornissen inhouden, ontbreekt tot nu toe



! Equifinaliteit en multifinaliteit: er is steeds een mix van factoren, verschillend per individu die de ES doen ontstaan en diezelfde mix kan bij de ene persoon tot een ES leiden, bij een ander tot een andere of zelfs geen stoornis.

Risicofactoren (oranje) – protectieve factoren (groen)



INTRAPERSONLIJKE RF

- vrouwen > mannen
- adolescenten >
- genetische basis: meer kans op ontwikkelen ES als het al in de familie voorkomt (komt slechts tot uiting in interactie met omgevingsfactoren)

PERSONLIJKHEIDSKENMERKEN

- impulsiviteit (vaak bij controleverlies en eetbuien, vb.

niet bij beperkende AN: strikte dieetregels volgen)

- perfectionisme: lat heel hoog leggen
- negatieve emotionaliteit (temperamentskenmerk): emotioneel instabieler

=> veel vrouwen die hieraan voldoen, maar nog steeds andere factoren nodig om tot een eetstoornis te kunnen leiden

SOCIOCULTURELE/INTERPERSONLIJKE RF

- idealisatie vh slankheidsideaal ('ik moet daaraan voldoen om iets waard te zijn)
- modelleren van ongezonde eetgedragingen vb. moeders die heel erg bezig zijn met diëten
- lichaamsontevredenheid: grote kans op willen vermageren
- trauma – vooral seksueel misbruik
- pubertijd: copen met lichamelijke veranderingen vb. meisjes die vroeg puberen, krijgen vroeger rondingen en voelen zich daarover onzeker, wanneer dit niet gebeurt bij leeftijdsgenoten
- ervaren van druk om slank te zijn

PROTECTIEVE FACTOREN: evidentie uit onderzoek

- beoefenen van sport waar geen focus ligt op lichaamsvormen en gewicht
- adaptieve copings- en emotiestrategieën hebben
- positieve relaties en goede gehechtheid met ouders en peers
- gezinsmaaltijden: zowel op jonge leeftijd als in adolescentie
- hoge zelfwaardering, positief zelfbeeld

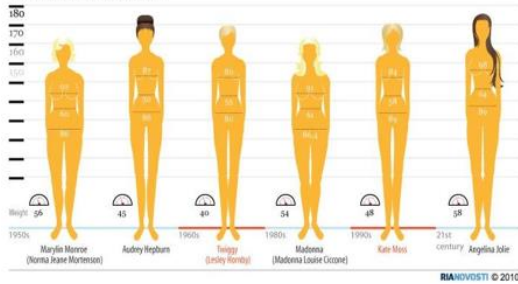
Socio-cultureel perspectief

Men gaat er vanuit dat vooral socio-culturele factoren gaan verklaren waarom iemand een eetstoornis gaat krijgen, waarbij er focus ligt op het slankheids-/schoonheidsideaal.

=> **schoonheidsidealen** veranderen door de eeuwen heen: afhankelijk van het schoonheidsideaal die in dat tijdperk leeft, gaan mensen zich hieraan spiegelen en dat proberen na te streven om eraan te voldoen

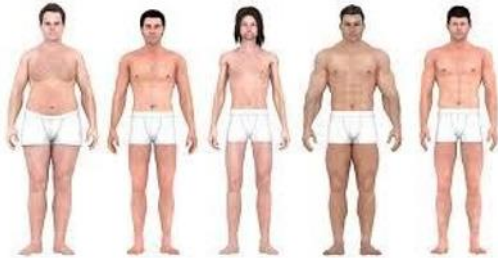
Changing beauty

Female standards of beauty saw drastic changes throughout the 20th century under the influence of movie stars



Laatste decennia: meer rol van filmsterren die ook een bepaald beeld gaan promoten, waarbij jonge meisjes beïnvloed worden en zich willen spiegelen aan die bekende personen.

Enkel bij vrouwen? Neen, ook bij mannen, maar nog veel minder onderzoek naar gedaan.



Vandaag veel meer focus op gespierdheid binnen het schoonheidsideaal van mannen ivm vroeger.

HOE ONTSTAAT LICHAAMSONTEVREDENHEID DOOR SOCIO-CULTUREEL PERSPECTIEF?

Idealen worden geïnternaliseerd in zelfbeeld, waardoor mensen denken dat ze eraan moeten voldoen om de moeite waard te zijn. Schoonheidsideaal wordt vaak gekoppeld aan rijkdom, succes, veel volgers hebben... waardoor lichaamsbeeld gekoppeld wordt aan de hoeveelheid succes die men zogezegd heeft. Lichaamsontevredenheid neemt dan toe, aangezien er meestal een grote discrepantie is tussen jezelf en het schoonheidsideaal, wat heel erg op je zelfbeeld en specifiek op je lichaamsbeeld gaat inbeuken.

Onrealistische schoonheidsidealen in huidige samenleving



Versterken 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

= cognitieve 'beoordelingen' die iemand maakt over zichzelf en zijn eigen competenties, in vergelijking met anderen (Festinger, 1954)

1. vergelijkingen met betrekking tot lichaam: beginnen vooral rol te spelen in late kindertijd/vroege adolescentie

- verklaring? Puberteit:

- lichamelijke/hormonale veranderingen
- zoeken naar eigen identiteit en relatie naar ruimere omgeving → opbouw zelfbeeld
- meer belang van ruimere sociale omgeving (leeftijdsgenoten, loskomen van ouders, interpersoonlijke stress)

- **Tripartite model: 3 'boodschappers' van deze idealen** – waarlangs druk om slank te zijn wordt gecommuniceerd

1. Rol van ouders/familie?

- modeling (observatieel leren)
- negatieve commentaren krijgen op gewicht, lichaam vb. overgewicht: ouders gaan daar vaak voorzichtig mee om, maar grootouders, tantes en nonkels kunnen daar wel eens commentaar op geven tijdens een familiefeest vb. zou je wel dessert eten? Dat kan aanzetten tot te gaan lijnen, maar als dat niet op een goede manier gebeurt, kan het leiden tot het ontwikkelen van een ES
- beschikbaarheid (sensitiviteit & responsiviteit): onveilige gehechtheid verhoogt risico ES

2. Rol van leeftijdsgenoten? (Webb & Zimmer-Gembeck, 2013)

- modeling/imitatie van ongezonde eetgedragingen vb. in groepen van meisjes worden soms 'afvalraces' gehouden, waarbij men om ter eerst zoveel mogelijk moeten afvallen
- negatieve commentaren op gewicht, lichaam ('body shaming'), verbaal en fysiek pesten
- belang van behoren tot de groep (praten over eten, gewicht, lichaam): het praten daarover is binnen de adolescentie normaal, maar sommige jongeren zijn hiervoor heel kwetsbaar om het gesprek heel erg op zichzelf te gaan toepassen
- Jones (2004): zelfs anti-dieet conversaties blijken negatief effect te hebben! (praten over negatieve gevolgen van diëten)
 - Verklaring? Vermijden van sociale afwijzing/uitsluiting

Protectief: positieve communicatie met vrienden, hechte vriendschapsrelaties → **belang van emotioneel klimaat** (onderzoek beperkt)

3. Rol van media? Krachtigste boodschapper in deze tijd

- Verschillende kanalen: TV, tijdschriften, films, reclame, muziekvideo's, sociale media... waarbij onrealistische schoonheidsidealens gepromoot worden
- 76% van vrouwelijke karakters in TV-series onder gemiddeld gewicht (Fouts & Bruggraf, 2000)
- onrealistische beeld nog versterkt door praktijken zoals 'airbrushing', cosmetische chirurgie, fotoshop...
- kinderen (8-18 jaar): gemiddeld 4,29 uur tv per dag (USA & Europa), 1.5u 'online' buiten schoolwerk, toename in aantal tijdschriften
- Tiggemann & Slater (2013):
 - > 1000 meisjes; 13-15 jaar oud
 - meer tijd op internet: meer internalisatie van het slankheidsideaal, meer waakzaamheid over lichaam, meer gedrevenheid om slank te zijn
 - vooral bij gebruik Facebook (minder bij vb. YouTube, google,...) → verklaring? vergelijking met anderen en je wordt heel snel beoordeeld (vb. likes) – bij sociale media is er al veel meer interactie en is er ook een evaluatie-aspect
 - ! Opgelet: oorzaak-gevolg? Gaan jongeren met een bepaalde kwetsbaarheid ook al veel meer sociale media gebruiken en foto's posten om bevestiging te krijgen van anderen? Kan ook een reden zijn, maar is nog niet bevestigd.
- Belangrijk! Wie is meest kwetsbaar voor internaliseren van schoonheidsidealens? Meest relevant om nog te gaan onderzoeken.

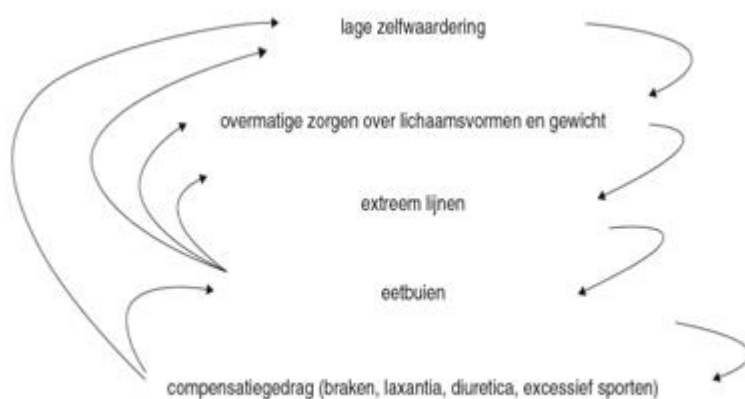
- Relevante ontwikkelingstaken tijdens adolescentie
 - leren omgaan met ruimere sociale omgeving: sociale vergelijking (eigen competenties vergelijken met die van anderen)
 - leren vaardiger omgaan met leeftijdgenoten en anderen: vorming van sociaal zelf, leren aangaan van intieme relaties
 - leren omgaan met veranderingen in het lichaam t.g.v. de puberteit: verandering in lichaamsvormen, gewicht, hormonale schommelingen die gemoed aantasten
 - leren afwegen van normen en waarden, opbouwen van eigen identiteit
 - leren loskomen van ouders: balans nabijheid versus exploratie – hechtingsrelaties spelen belangrijke rol bij eetstoornissen

Modellen m.b.t. instandhouding (transactioneel)

- **Cognitief/gedragmatig model: Restraint Model** (belangrijkste model)
- **Interpersoonlijk Kwetsbaarheidsmodel**
- **Transdiagnostisch model**
- **Recente ontwikkelingen**

! Cognitief/gedragmatig model: Restraint Model (Fairburn en Wilson, 1993)

Vooral intrapersoonlijk!



Figuur 19.1 Cognitief-gedragmatige conceptualisering van eetbuien (Fairburn & Wilson, 1993).

Mensen zijn niet tevreden met hun lichaam en ondernemen pogingen om die lichaamsbeelden te gaan veranderen: die pogingen beschrijft men als 'extreem/rigide' lijnen (alles of niets, heel strikt), waarbij iedereen weet dat als je zo strikt je regels voorschrijft, dat ze dan ook heel moeilijk vol te houden zijn. Extreem lijnen verhoogt risico op moment van zwakte

(moe, triest...) dat je uw regels niet meer kan volhouden, dat je toch uw regel gaat breken en dat er dan controleverlies over eten ontstaat, waardoor eetbuien ontstaan ten gevolge van het lijngedrag. Afhankelijk van de stoornis vb. BN gaat er na de eetbui compensatiegedrag ontstaan.

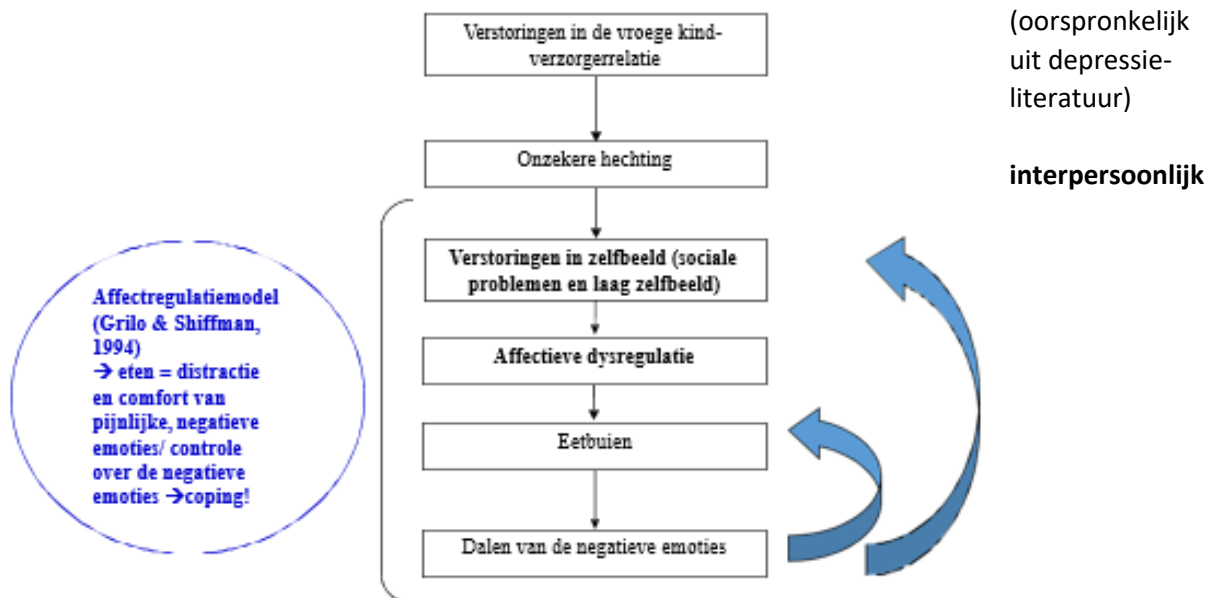
! Transactioneel: pijlen keren ook terug, waardoor vicieuze cirkels ontstaan vb. compensatiegedrag zorgt ervoor dat je je slecht voelt over jezelf, omdat je aan het compenseren bent, waardoor proces ook in stand gehouden wordt. Compensatiegedrag heeft ook invloed op eetbuien: makkelijker om te compenseren als je veel gegeten hebt, dus compenseren leidt vaak tot nog grotere eetbuien...

- **Eenvoudig vs. Complex restraint type:** er zijn mensen die niet enkel bezig zijn met lijnen, maar die ook heel wat negatief affect hebben
 - Stice et al. (2001, replicatie in 2008): studie bij vrouwen
 - Enkel restraint (63%): lijnen → eetbuien

- Restraint + rapporteren van negatief affect (37%): meer klinisch profiel
 - negatievere prognose, hardnekkiger
 - grotere obsessie met eten en gewicht, sociaal onaangepaster, hogere life-time prevalentie van stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen: comorbiditeit
 - negatievere respons bij behandeling, omdat cognitief-gedragsmatige behandeling vooral gaat focussen op lijnen en eetbuienmechanisme, deel van negatief affect wordt onvoldoende opgenomen in de behandeling (toevoeging aanpak NA aan behandeling)
- Chen & le Grange (2008)
 - Gerepliceerd bij adolescenten

=> onderverdeling in deze subtypes = valide en betrouwbaar

Het interpersoonlijk kwetsbaarheidsmodel (Wilfley, Pike en Striegel-Moore, 1997)



Gehechtheidsproblemen spelen rol in ontstaan en instandhouding van eetstoornisproblemen/eetbuien. Werkmodel van beschikbaarheid van de ander heeft een effect op je zelfbeeld en hoe je omgaat met emotieregulatie.

→ eetbuien als affectregulerend mechanisme

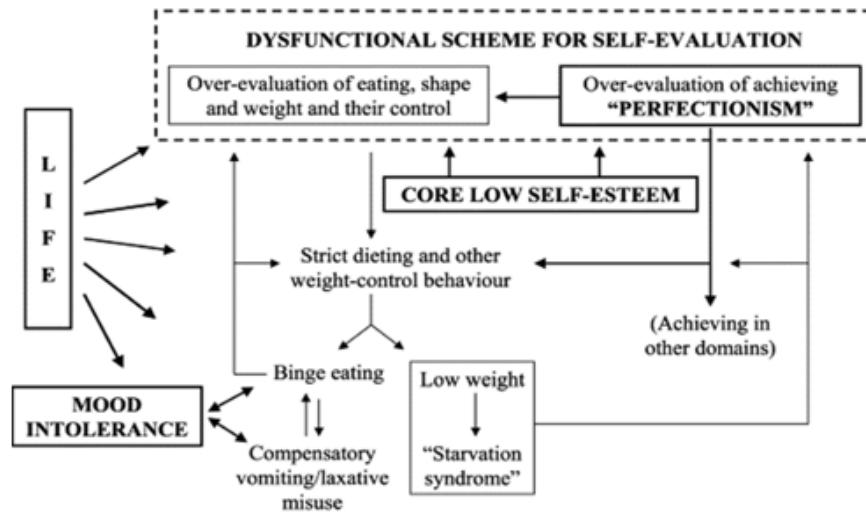
Waarom eetbuien? Omdat eetbuien op dat moment dienst doen als copingstrategie om om te gaan met negatieve emoties. Door eetbuien dalen negatieve emoties eventjes (tijdelijk), maar nadien keren die dubbel en dik terug en moet je weer eten om met emoties om te gaan.

‘numbing out’: door eetbuien eventjes van de wereld weg zijn, aan niets meer moeten denken, geen stress hebben, eventjes positieve emoties ervaren (cfr. verslaving), maar wanneer eetbui weg is, ervaar je schuldgevoel en komen veel meer negatieve gevoelens naar boven

(socio-cultureel perspectief van slankheidsideaal)

Transdiagnostisch model (Fairburn, Cooper en Shafran, 2003)

→ interpersoonlijk, intrapersoonlijk en socio-cultureel perspectief allemaal ineen



Verklaart verschillende soorten eetstoornissen (transdiagnostisch).

Overevaluatie van belang van eten, gewicht en lichaamsvormen leidt tot diëten, leidt tot eetbuien en tot compensatiegedrag (met terugkerende pijlen).

Bij sommige jongeren gaat diëten niet leiden tot eetbuien, maar enkel tot laag gewicht (dieet lukt: AN van restrictieve type – gaan geen compensatiegedrag moeten stellen door eetbuien). Dat laag gewicht gaat niet helpen om zelfbeeld te verbeteren, gaat niet helpen om minder bezig te zijn met gewicht en lichaamsbeeld, in tegendeel: het gaat ervoor zorgen dat men er nog meer mee bezig is (terugkerende pijl). 'Starvation syndrome': sociaal isoleren, ondergewicht beïnvloed cognitie en emoties (vb. emotioneel afgevlakt, cognitief rigide)... vb. Minnesota Starvation Exp.: fysiek en psychisch gezonde mannen werden uitgehongerd en gingen zich na een tijd helemaal anders gaan gedragen (sociaal, fysiek, emotioneel). Uithongering heeft dus gigantische impact op dit alles plus op het algemeen welbevinden op een negatieve manier.

Afhankelijk van persoon tot persoon kunnen in het model bepaalde mechanismen wel of niet aanwezig zijn vb. perfectionisme, emotieregulatie, interpersoonlijke omgevingsfactoren...

Casus Joke: Exploratie van de problematiek

Belangrijke triggers/uitlokkers voor de eetbuien zijn volgens Joke honger en geschonden dieetregels. Overdag heeft ze het vaak druk met schoolwerk en neemt ze weinig tijd om te eten. Wanneer ze 's avonds thuis arriveert heeft ze bijgevolg grote honger waardoor ze begint te eten en niet meer kan stoppen. Joke hecht veel belang aan haar gewicht en uiterlijk. Als gevolg van haar anorexia (AN)- behandeling was ze enkele kilo's bijgekomen en hoewel ze tijdens de AN-behandeling beseft heeft dat ze ongezond bezig was en dat het zo niet verder kon, vindt ze toch dat ze er moet op letten dat ze nu niet teveel kilo's bijkomt. Ze heeft voor zichzelf een aantal dieetregels opgesteld die ze tracht op te volgen zodat ze op gewicht kan blijven ('nooit meer snoep, chips of chocolade eten', 'op school slechts een halve boterham eten', 'tic tac's als tussendoortje',...). Wanneer zo'n regel verbroken wordt, bekijkt ze dit als een mislukking en laat ze zich volledig gaan met een eetbui tot gevolg. De eetbuien treden meestal op als ze alleen is.

→ cognitief/gedragsmatig model: te strikte regels opleggen met grote kans om verbroken te worden

Casus Joke: Gezinsituatie en sociale context

Joke is de jongste uit een gezin met twee kinderen. Joke heeft altijd een betere band gehad met haar vader dan met haar moeder en dat is nu nog zo. Haar moeder doet soms denigrerend tegen haar en noemt haar een 'drama queen'. Volgens

Joke leidt haar broer (19 jaar) het 'perfecte leven': hij heeft veel vrienden en thuis krijgt hij meer privileges. Hier heeft ze het soms moeilijk mee. Joke is opgegroeid in een afstandelijk gezinsklimaat. Knuffels krijgen en communiceren over gevoelens was en is nog steeds zeldzaam in hun gezin. Over onderwerpen zoals seksualiteit, menstruatie en liefjes wordt zelden gepraat en conflicten worden eerder genegeerd in plaats van uitgepraat. Dit gebrek aan warmte en communicatie geeft Joke aan als een groot gemis.

→ afstandelijke relatie met de mama

In het middelbaar hebben enkele meisjes van hun groepje zich tegen haar gekeerd, volgens Joke uit jaloezie o.w.v. haar goede punten. Deze gebeurtenis heeft een diepe indruk nagelaten bij Joke. Ze omschrijft het middelbaar als een periode waarin ze al erg ongelukkig is geweest. Vaak sluit ze zich een ganse avond op in haar kamer met allerlei snacks en zoetigheden. Joke leert niet zo vaak nieuwe mensen kennen. Ook op vriendschappelijk vlak is ze zeer perfectionistisch (vb. vrienden moet goed gevoel voor humor hebben...). De hoge eisen die ze stelt naar anderen toe zorgen voor belemmeringen in haar sociaal functioneren. Op schools vlak is er trouwens heel wat competitie. Ze vindt dit niet echt leuk maar probeert het zich niet te erg aan te trekken. Toch wordt het haar soms allemaal te veel waardoor ze zich ook op haar kamer terugtrekt met wat ze noemt 'comfortfood'.

→ legt haar vrienden hoge lat op: vlot dus ook niet zo goed

Modellen toepassen op de casussen is belangrijk om uw behandeling op af te stemmen vb. als er een veilige hechting en geen probleem is met de moeder, moet behandeling daar ook niet op inwerken

Mechanismen van pathologisch eetgedrag bij adolescenten: recente ontwikkelingen

1. ROL VAN TEMPERAMENT/EXECUTIEF FUNCTIONEREN?

- Matton et al. (2013):
 - Adolescenten uit algemene populatie: 4 clusters op basis van hoge versus lage gevoeligheid voor straf (SP) en/of beloning (SR), gemeten via vragenlijsten (BIS/BAS, SPSRQ)
 - Resultaat: **combinatie hoge SR & hoge SP** = kwetsbaarst voor pathologisch eetgedrag
- Schmidt et al. (2016): **aandachtsbias** voor (ongezonde) voedsel bij adolescenten met BED, gemeten via gedragstaak
- **Dual process theory**: zowel bottom-up als top-down? (transdiagnostisch: cfr. ADHD, verslaving)
 - Van Malderen et al. (2018): interactie tussen reactief en regulatief temperament (vb. sterk reactief temperament en beperkt executief functioneren kan kwetsbaar maken voor eetbuien → sterk getriggerd voor beloning van voedsel en weinig executieve functies om reactiviteit te gaan reguleren, waardoor je controle over eetgedrag sneller kan verliezen)

=> Kunnen deze processen getraind worden? vb. aandachtsbias voor ongezond voedsel veranderen naar bias voor gezond voedsel

2. ROL VAN PERFECTIONISME EN COGNITIEVE SCHEMA'S?

- *Perfectionism is defined as a personality trait in which a person strives to be flawless in performances, sets exceptionally high standards for oneself, and is overly self-critical of his own actions (Flett & Hewitt, 2002)*
- Studie Boone et al. (2013)
 - Onderzoeksvraag: Perfectionisme als mediator in relatie tussen maladaptieve cognitieve schema's en eetstoornissen?
 - Steekproef: N= 88 vrouwen (14-44 jaar) met eetstoornissen
 - Perfectionisme: twee componenten (Frost Multidimensional Perfectionism Scale):
 - personal standards (adaptieve component): lat hoog leggen voor jezelf, doelen stellen
 - evaluative concerns (maladaptieve component): belangrijk vinden dat je goed beoordeeld wordt door anderen

- Resultaten: **Maladaptieve component van perfectionisme was een significante mediator tussen de schema-domeinen ‘verzwakte autonomie’ en ‘overmatige waakzaamheid’ en zorgen over het lichaamsbeeld.**

→ perfectionisme op zich verhoogt dus het risico, maar hoeft niet als een slecht persoonlijkheidskenmerk gezien te worden

- Studie: Pauwels et al. (2018)
 - Onderzoeksvraag: Verschil/gelijkenissen in maladaptieve schema’s tussen patiënten met eetstoornissen (ED) en patiënten met verslaving (SUD)?
 - Steekproef: N = 179 vrouwelijke eetstoornispatiënten en N = 169 vrouwelijke patiënten met verslaving
 - Resultaten:
 - ED > SUD : meedogenloze normen, onvolwaardigheid, sociale ongewenstheid, mislukking
 - Patiënten met boulimie en patiënten met SUD **scoorden hoger op onvoldoende zelfcontrole.**
- transdiagnostische gelijkenissen en verschillen

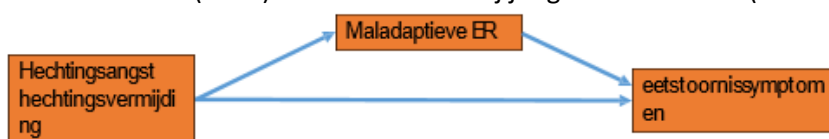
! Onderzoek naar eetstoornissen worden meestal uitgevoerd bij vrouwen, maar niet bij mannen: de vraag is dus of dezelfde mechanismen van vrouwen met ES onderliggend zijn aan ES bij mannen.

3. ROL VAN GEHECHTHEID EN EMOTIEREGULATIE?

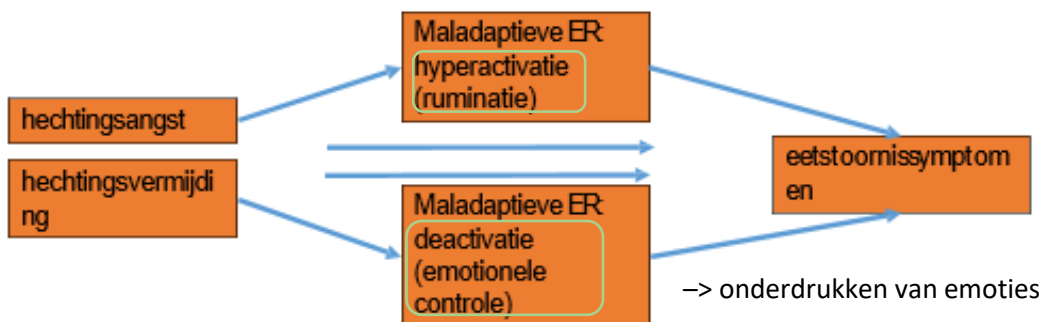
- Goossens et al. (2016): adolescenten algemene populatie
 - Meer maladaptieve ER-strategieën bij jongeren met eetbuien
 - Minder adaptieve ER-strategieën enkel bij meisjes met eetbuien: minder probleemgericht handelen, aanvaarden, humor, afleiding zoeken en cognitieve probleemoplossing
- Van Wolvelaer et al. (2017): meisjes met AN-R versus controlegroep
 - Meer maladaptieve en minder adaptieve ER-strategieën in AN-groep
- Emotieregulatiemodel van gehechtheid? Zie les gehechtheid: Mikulincer & Shaver angstige en vermijdende hechtingsrelaties leidt via maladaptieve ER tot psychopathologie

Emotieregulatiemodel van gehechtheid

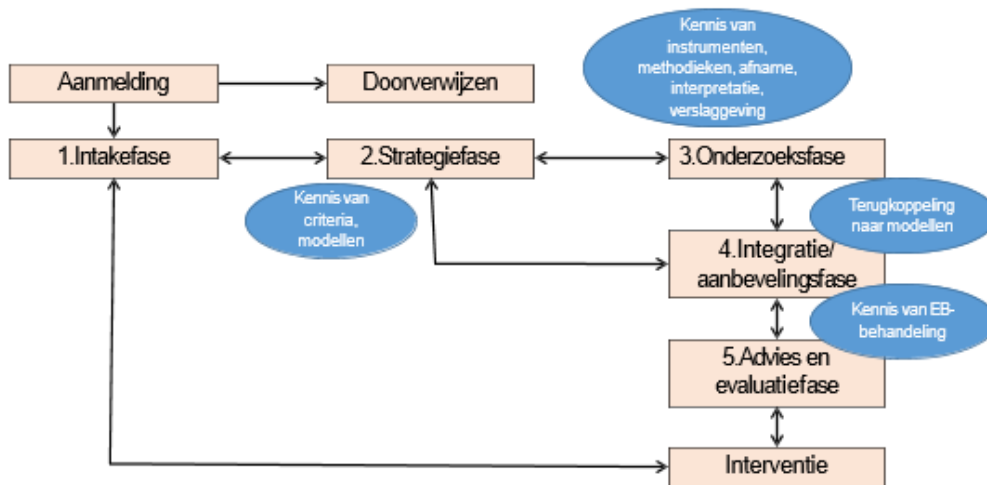
- Van Durme et al (2015): mediatiemodel bij jonge adolescenten (cross-sectioneel)



- Longitudinale evidentie mediatiemodel (Van Durme et al., 2018)

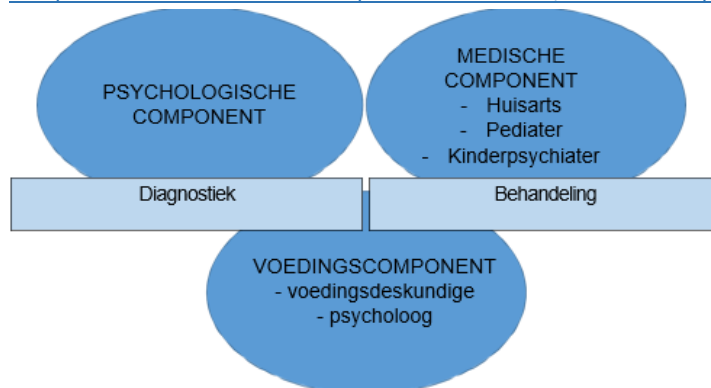


Handelingsgerichte diagnostiek – model in assessment



Fasegericht met casus aan de slag gaan, waarbij je tijdens verschillende fases gaat moeten terugrijpen naar de theorie die in de lessen vd modellenvakken aan bod kwamen.

Eetprobleem = multidisciplinair werken/multidisciplinaire assessment



Multidisciplinair: heel wat fysieke gevolgen aan eetstoornissen (zeker arts heel belangrijk)

Psychologische component	Voedingscomponent	Medische component
Diagnostiek - Onderkendend: Welk eetprobleem? Ernst? Comorbiditeit? - Verklarend: hoe is het ontstaan en instandgehouden? - Indicerend: welke interventies? Ondersteunende rol: motiveren, stimuleren, aandacht voor schuldvraag, gezinsconflicten en psychosociale gevolgen/problematiek (vb. sociale isolatie, stopzetten hobby's)	Voedingsanamnese: inzicht in het (di)eetpatroon van de jongere	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 (+ opvolging hiervan doorheen verder proces) Inschatting van ernst in functie van doorverwijzing

vb. eetdagboek wordt vaak gebruikt om eetgedrag in kaart te brengen (voedingscomponent) inschatting of opname in instelling nodig is

Pijlers psychologische assessment

- multi-methodisch
 - screening: vragenlijsten
 - klinisch interview: ChEDE, Scid-Junior
 - observatie: eetdagboek
- multi-informant
 - jongere
 - ouders
 - leerkracht
- ontwikkelingsgericht
 - evolutie: eerste signalen, verloop, stresserende gebeurtenissen (ontwikkelingsanamnese)
 - met aandacht voor ontwikkelingstaken!
- handelingsgericht en gefaseerd gaan werken
 - onderkendend: ernst, duur, gevolgen van de symptomen + comorbiditeit?
 - verklarend: kind-in-context bekijken vb. ook ouders ondervragen
 - protectieve factoren!

=> in integratief beeld gaan plaatsen (vb. dia 48, niet kennen)

Preventie

Er bestaan verschillende soorten preventie, maar voor je het gaat implementeren, moet je er zeker van zijn dat het effectief werkt en inspeelt op mechanismen van de ES

- Diverse preventieprogramma's ontwikkeld die geïmplementeerd kunnen worden in schoolprogramma's.
 - ZieZo/ IxtaNoa (2007): lesprogramma met een drieledig doel: preventie en herkenning van eetstoornissen, inzicht geven in beschermende factoren en steun en hulp bieden aan jongeren met een eetstoornis en aan hun omgeving.
 - Het Dove fonds heeft het programma Body Talk met een bijbehorend werkboek. Aandacht aan voorlichting van leerkrachten en ouders.
 - Effect? Vooral verbeterde kennis van kenmerken en gevolgen van eetstoornissen. Veranderingen in attitudes moeilijker, en minder langdurend (Trimbos, 2006).
 - Inspelen op media-invloeden blijkt een veelbelovende aanpak wat betreft universele preventie (Watson, et al., 2016): weerbaar maken voor media-invloeden in plaats van proberen schoonheidsidealen te veranderen (wat heel hardnekkig is)
- **2 componentenmodel** (secundaire preventie): risicogroepen tijdig opsporen en interveniëren nog voor ze eetstoornissen ontwikkelen
 - Lijnen (vrij algemeen in populatie aanwezig) als eerste screening
 - Als ze naast lijnen ook 'voldoen' aan een risicofactor interveniëren: faalangst, affectieve stoornis, middelenmisbruik, kans op overgewicht, seksueel misbruik, fysieke mishandeling, perfectionisme, lage zelfwaardering, internalisering slankheidsideaal