

(Ernstige) gedragsproblemen

Signaleren

In de signaleringsfase worden gedragssymptomen in kaart gebracht. Storend gedrag kan horen bij een ontwikkelingsfase, en is pas zorgwekkend als het duidelijk nadelige gevolgen heeft voor de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling van het kind/jongere zelf of voor zijn omgeving. Er zijn **vijf typen storend gedrag** te onderscheiden, aan de hand van de volgende kenmerken:

Dwars en opstandig gedrag (zich verzetten tegen of ruziemaken met volwassenen/ weigeren te voldoen aan regels of verzoeken)
Prikkelbaar, boos of woedend gedrag (lichtgeraakt of snel geërgerd zijn/ boos en ontevreden zijn/ driftig zijn)
Anderen ergeren (anderen met opzet ergeren/anderen de schuld geven van eigen fouten)
Antisociaal gedrag (liegen/ stelen/ spijbelen)
Agressief gedrag (pesten/ bedreigen/ vechten/ iemand tot seksuele handelingen dwingen)

(Ernstige) gedragsproblemen: wanneer één of meerdere typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien duidelijk nadelige gevolgen voor de jeugdige of de omgeving.

DSM-criteria:

Gedragsstoornissen: De DSM-5 onderscheidt twee vormen welke bij kind en jeugd het meeste voorkomen (binnen een categorie van bredere disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen):

- **De oppositioneel-opstandige stoornis** (oppositional defiant disorder, **ODD**)
- **De normoverschrijdende gedragsstoornis** (conduct disorder, **CD**).

De criteria van beide stoornissen zijn precies omschreven. Er komen meerdere typen storend gedrag voor. Ze komen >zes maanden voor bij ODD en >1 jaar bij de CD. Kenmerkend voor de oppositioneel opstandige stoornis zijn dwars en opstandig gedrag, anderen ergeren, en boos, prikkelbaar en driftig gedrag. Kenmerkend voor de normoverschrijdende gedragsstoornis zijn agressief en antisociaal gedrag.

Etiologie: Kind gebonden risicofactoren: erfelijkheid, karakter(temperament)kenmerken, neurobiologische factoren (waaronder problemen met verwerking van signalen van straf/ afkeuring en beloning/goedkeuring en emotieregulatieproblemen), bijzonderheden in de hormoonhuishouding, lage intelligentie, zwakke taalontwikkeling, minder ontwikkelde executieve functies, afwijkende sociale cognities, tekorten in empathie en, met name, in de adolescentie gevoeligheid voor het onderschatten van risico's en de invloed van leeftijdsgenoten.

Omgeving gebonden factoren: prenatale factoren (nicotine- en middelengebruik tijdens zwangerschap), perinatale factoren (laag geboortegewicht/zuurstofgebrek tijdens bevalling), opvoedingskenmerken (bijv. geringe ouderlijke sensitiviteit), relatieproblemen tussen ouders met conflicten en agressie in aanwezigheid of op gehoorafstand van het kind, persoonlijkheidskenmerken van ouders, psychiatrische stoornissen bij ouders, delinquentie van ouders, herhaalde wisselingen van de ouderfiguren, mishandeling, lager socio-economische status, één-oudergezin, sociaal isolement van het gezin, buurt met veel geweld en aansluiting bij (pre) delinquente leeftijdsgenoten. Dergelijke stoornissen komen vaker voor bij jongens en mannen dan bij meisjes en vrouwen.

Signalering: Een goede samenwerking tussen ouders, school en betrokken professionals is van belang om problemen vroegtijdig te signaleren. Het verhelderen van de risico- en beschermende factoren, middels gesprekken en instrumenten, kunnen bijdragen aan het tijdig signaleren van verschillende psychosociale problemen en mogelijke symptomen van gedragsstoornissen en de ernst hiervan.

Signaleringslijsten DOPPA:

- Ontwikkelingsvragenlijst algemeen;
- CBCL/TRF/YSR (1:5 – 18 jaar) – screenen kenmerken vanuit ouders/ school/ jongere
- Gedragsvragenlijst voor Kleuters (GvK; 3-7 jaar)
- VvGK – Vragenlijst voor gedragsproblemen bij kinderen (6-16 jaar)
- SEV -Sociaal Emotionele Vragenlijst (4-18 jaar)
- START-AV – adolescenten - evt. in kaart brengen risicovol gedrag (ook mbt exclusiecriteria)

Diagnostiek

Binnen de diagnostiek van gedragsstoornissen zijn gesprekken, observaties en vragenlijsten de belangrijkste onderzoeksmiddelen. Voor een brede beeldvorming dient informatie vergaard te worden bij de jeugdige, ouders, school en belangrijke personen in het netwerk van het gezin.

De volgende stappen zijn hierin van belang:

1. Onderkenning en de aard van de gedragsproblemen;
2. Een brede oriëntatie op andere problemen (bijv. is er sprake van crisis? / Is er sprake van gezinsproblemen die een belemmerende invloed hebben op hulp – houd oog voor veiligheid en evt. inzet risicotaxatie kindermishandeling/ Is er sprake van andere problematiek? – bepaalt kader van aanvullende diagnostiek);
3. Verklarende diagnostiek: inventarisatie van de beschermende factoren en risicofactoren die de gedragsproblemen verklaren. In standhoudende factoren zijn: a) een negatief interactiepatroon tussen ouders en jeugdige, b) problemen op het gebied van boosheidscontrole, c) gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden, d) gebrekkige sociale vaardigheden, e) duurzame negatieve gedachten over zichzelf, anderen en de wereld (12-18+); f) problemen op school en/of werk, g) problemen met leeftijdgenoten (8-12; 12-18+); h) gebrekkige vrijetijdsbesteding (12-18+); i) crimineel gedrag van familie of in de buurt

Diagnostiekmateriaal DOPPA:

Semigestructureerd interview ouders:

- PICS-5-NL – (preschool/ 6-12 / 12+ jaar) Semigestructureerd diagnostisch instrument mn ontwikkeld voor het diagnosticeren van externaliserende gedragsstoornissen (ADHD, ODD en CD) en het screenen op diagnoses van andere emotionele en psychiatrische stoornissen.
 - lcm met TTI-NL (Teacher Telephone Interview) is een diagnostisch semigestructureerd interview voor afname bij leerkrachten.

Vragenlijsten: (voor ouders + school + evt. kind)

- Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)
- Gedragsvragenlijst voor Kleuters (GvK; 3-7 jaar)
- Vragenlijst Voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VVGK; 6-16 jaar)
- Agressievragenlijst (AGV, 4 t/m 18 jaar, ouders/leerkrachten)

(Ernstige) gedragsproblemen

Aanvullend diagnostiek materiaal:

- **Ouderlijke stress:** OBVL (0 tot 18 jaar); - NVOS; (3-14 jaar)
- **Gezinsfunctioneren:** - VSOG (4 tot 18 jaar); OKIV-R; (8-18 jaar) - (FRT; 4-12 jaar); - VFO (4 tot 18 jaar); Taxatielijst voor ouderfunctioneren (TVO, 4 tot 14 jaar, vragenlijst voor ouders)
- **Emotieregulatie** (boosheidscontrole): - FEEL-KJ (8-19 jaar); - UCL (14-21+ jaar); -Vragenlijst Emotionele Intelligentie Quotiënt (EIQ, 8 tm 18 jaar)
- **Sociale cognitie:** - Sociaal Cognitieve Vaardigheden Test (SCVT; 4-13 jaar) - TOM-Test (5-12 jaar) - Sociale Interpretatie Test (SIT; 7-16 jaar) - Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT; 0-18 jaar; voor LVB) - IDS-2 onderdeel 'sociaal-emotionele ontwikkeling' (5 tot 20 jaar);

Observaties:

- Observatie(s) van kind in de klas, thuis of in een behandel- of spelkamer. Evt. systeemobservatie(s).

Comorbiditeit: De meest voorkomende comorbide stoornis is de aandachtsdeficiëntie-/ hyperactiviteitsstoornis (ADHD). Andere comorbide stoornissen zijn: middelen-gerelateerde en verslavingsstoornissen, stemmingsstoornissen (waaronder de persisterende depressieve stoornis of dysthymie), angststoornissen (waaronder de separatiestoornis, sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis) en hechtingsstoornissen. Ook een licht verstandelijke beperking (LVB), specifieke leerstoornis en taalstoornis kunnen tegelijk voorkomen.

Behandelinterventies

Allereerst dient de ernst en mate van de gedragsproblemen helder te zijn om de juiste behandeling in te kunnen zetten. Exclusiecriteria van DOPPA zorg zijn hierbij uiteraard leidend. Indien er sprake is van zeer ernstige gedragsproblemen en zeer beïnvloedende gezinsproblemen of crisis, is crisishulp geïndiceerd.

Een gezamenlijk behandelplan van DOPPA zorg, ouders en school, waarbij de jeugdige centraal staat is van belang. Aandacht voor motivatie voor en tijdens behandeling is bij deze doelgroep (zowel voor ouders als de jeugdige) van groot belang. Zorg voor goede werkrelatie met de jeugdige en betrek hem of haar voortdurend bij de besluitvorming.

Hieronder volgt een overzicht van interventies (per leeftijdscategorie):

Psycho-educatie Bij aanvang van alle ambulante behandelingen is psycho-educatie noodzakelijk. Er wordt informatie gegeven aan ouders en omgeving (school, opvang etc.) over de problematiek/ stoornis en behandeling.

Ouderinterventie/ ouderbegeleiding Volgend op de psycho-educatie wordt er in grote lijnen geadviseerd bij kinderen tot twaalf jaar een ouderinterventie in te zetten gericht op opvoedingsvaardigheden.

Uitgangspunt: Creëer situaties die het voor de jeugdige mogelijk maken om gewenst gedrag te laten zien en bekrachtig dit gedrag door complimenten te geven en te belonen. Leer de jeugdige nieuwe vaardigheden aan, negeer ongewenst gedrag en geef alleen in uiterste gevallen een milde straf.

Methodes DOPPA:

- Opstandige Kinderen (Barkley): Ouder-trainingsprogramma voor opstandige kinderen.
- Minder Boos en Opstandig: ouderinterventie die gericht is op opvoedingsvaardigheden (*en cognitieve gedragstherapie voor het kind*) (8 tot en met 12 jaar)
- Behavioral Parent Training Groningen (BPTG): oudertraining voor kinderen in basisschoolleeftijd met ADHD (+gedragsmoeilijkheden).
- Ouderbegeleidingsgesprekken met elementen van oudertraining/ ABC-methode.

(Intensieve) opvoedondersteuning in de thuissituatie

DOPPA: Ambulante gezinsbehandeling/ ondersteuning. Evt. in combinatie met videohometraining.

Behandeling kind/ jeugdige – Cognitieve Gedragstherapie

Indien de gedragsproblemen bij een kind van acht tot twaalf jaar bij de start van de behandeling als (zeer) ernstig worden gesignaleerd, wordt er, naast een ouderinterventie ook cognitieve gedragstherapie geadviseerd. Binnen deze kindinterventies is er onder andere aandacht voor het leren (h)erkennen van en meer adequaat omgaan met boosheid, aanleren van probleemoplossende vaardigheden en het aanleren en verbeteren van sociale vaardigheden.

Methodes DOPPA:

- Minder Boos en Opstandig: cognitieve gedragstherapie voor het kind (*icm ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden*) (8 tot en met 12 jaar)
- Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten (10 – 16 jr).
- Wat kun je doen als je te snel boos wordt? (4-12 jr)

Bij jongeren vanaf 12 jaar wordt een combinatie van gezinstherapie/ systeeminterventie en cognitieve gedragstherapie geadviseerd.

Vaktherapie Indien cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect heeft of niet passend blijkt voor het kind of de jeugdige (bijv. gezien leeftijd), kan psychomotorische therapie of speltherapie ingezet worden, echter is het van belang dat het gericht moet zijn op cognitieve vaardigheden (waaronder probleemoplossende vaardigheden) en het leren reguleren van emoties.

Systeemtherapie Indien systeemproblemen een grote rol spelen. (evt. systemische PMT)

Medicatie/ Farmacotherapie (indien geïndiceerd)

Geïndiceerd indien: comorbiditeit ADHD/ ADHD symptomen, ernstige belemmeringen van functioneren op meerdere gebieden in meerdere milieus.

DOPPA: Ism huisarts mogelijkheden bekijken en anders doorverwijzen naar (kinder)psychiater.

Omgeving betrekken

Betrek in alle gevallen de omgeving. Bevorder samenwerking tussen ouders en school en het bevorder positieve interacties met leeftijdsgenoten. Tevens dient bij jongeren zich/monitoring te zijn op de (mogelijke beïnvloedende) omgeving.

(Ernstige) gedragsproblemen

Nazorg / Terugvalpreventie

Middels behandeling wordt getracht gedragsproblemen te verminderen en dat deze beter hanteerbaar worden, voor zowel de jeugdige als opvoeders (en omgeving, zoals oa. school). Na het behalen van de gestelde behandeldoelstellingen kan de intensiteit van de behandelgesprekken of oudercontacten worden afgebouwd om zo het nazorgtraject vorm te geven en ruimte te geven om bij eventuele terugval te kunnen bijsturen. Ambulante ondersteuning in de thuissituatie als nazorgtraject is ook een mogelijkheid in het kader van opvoedondersteuning.

Indien gedragsproblemen, bij matige gedragsproblemen, na drie maanden zijn afgenomen kan de behandeling afgerond worden. Bij meer ernstige gedragsproblemen is de verwachting dat behandeling langer en meer intensief ingezet dient te worden. Eventueel kan worden doorverwezen naar een setting waarin meer intensieve behandeling kan worden geboden.

Bij afronding van de behandeling is de (regie)behandelaar verantwoordelijk dat de zorg wordt overgedragen aan de cliënt zelf, naasten of een andere behandelaar, ondersteuner of begeleider.

Bijlage: Beslisboom Ernstige gedragsproblemen: is goed te gebruiken om een beoordeling te kunnen maken mbt best passende hulp.