

18

Gedragsstoornissen en psychopathie

Lucretia Nauta-Jansen, Arne Popma

- 1 Inleiding
- 2 Gedragsstoornissen en psychopathie
 - 2.1 Wat zijn gedragsstoornissen?
 - 2.2 Basisschoolleeftijd
 - 2.3 Adolescentie
 - 2.4 Volwassenheid
 - 2.5 Wat is de relatie met psychopathie?
- 3 Diagnostiek van gedragsstoornissen
 - 3.1 Diagnostische criteria
 - 3.2 Comorbiditeit
- 4 Oorzaken van gedragsstoornissen
 - 4.1 Neurobiologische factoren
 - 4.2 Omgevingsfactoren
- 5 Behandeling van gedragsstoornissen
 - 5.1 Oudertrainingen, gedragstherapie en systeemtherapie
 - 5.2 Farmacotherapie
- 6 Tot besluit

Sneltabel gedragsstoornissen en psychopathie

Epidemiologie	Gemiddelde prevalentie onder 18 jaar: ODD 3% CD 2% Gemiddelde prevalentie bij volwassenen: Antisociale persoonlijkheidsstoornis 0.2-3%, psychopathie 1%
Etiologie	Onbekend, waarschijnlijk multifactorieel; (epi)genetische factoren, aandeel erfelijkheid is 40-50% neurobiologische factoren als een verlaagde activiteit van het stresssysteem in stand houdende omgevingsfactoren, zoals instabiele opvoedingomgeving, en negatieve reacties van omgeving op gedrag.
Co-morbiditeit	ODD en CD komen vaak samen voor, ODD gaat vaak vooraf aan CD ADHD (meer dan 50%) Middelenmisbruik en verslaving Internaliserende stoornissen: depressie, angststoornissen, PTSD
DSMIV > DSM5	ODD criteria zijn nu gegroepeerd in 3 typen: boze/prikkelbare stemming, ruziezoekend/openlijk ongehoorzaam gedrag en wraakzucht. Het exclusie criterium CD is vervallen, beide stoornissen kunnen nu samen voorkomen. Gedragsstoornis > Normoverschrijdende gedragsstoornis. Toevoeging specificatie voor beperkte prosociale emoties (Limited Prosocial Emotions, (LPE) specificer) Deze specificatie heeft overlap met de kille en emotioneloze trekken zoals beschreven bij de psychopate trekken.

1 Inleiding

Wanneer we in de kinder- en jeugdpsychiatrie spreken van gedragsstoornissen, hebben we het niet over afwijkend gedrag in het algemeen, zoals vaak wordt gedacht, maar over een specifiek patroon van gedragsproblemen, zoals opstandig gedrag, agressie en/of antisociaal gedrag. Natuurlijk heeft ieder kind af en toe een grote mond of een boze bui. Ook liegt ieder kind soms en veel kinderen raken weleens verzeild in een vechtpartij. De meeste adolescenten hebben bovendien weleens de (wettelijke) regels overtreden; dat hoort bij de fase van de adolescentie, waarin jongeren hun eigen weg en hun eigen grenzen opzoeken. Pas wanneer verscheidene van deze gedragingen in ernstige mate, zeer regelmatig en langdurig optreden, spreken we van een gedragsstoornis (Doreleijers, Huisman & Haan, 2015).

Gedragsstoornissen hebben een grote maatschappelijke impact, doordat ze vaak samengaan met delinquent en agressief gedrag. Dat heeft niet alleen financiële consequenties vanwege vernielde of gestolen spullen, maar ook grote psychische gevolgen voor de slachtoffers en voor het gevoel van veiligheid in de hele maatschappij. Voor de kinderen en jongeren zelf zijn de gevolgen eveneens negatief. Afgezien van de directe gevolgen van hun daden, bijvoorbeeld straf of detentie, blijkt ook dat deze jongeren op langere termijn vaak allerlei verschillende psychische en somatische problemen hebben, geen werk kunnen vinden en slecht functioneren in onze maatschappij.

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op wat gedragsstoornissen precies zijn, wat de relatie is met psychopathie, hoe ze ontstaan en hoe we ze kunnen behandelen.

2 Gedragsstoornissen en psychopathie

2.1 Wat zijn gedragsstoornissen?

- Opstandig en oppositioneel gedrag.
- Normoverschrijdend, agressief, antisociaal en delinquent gedrag.

Gedragsstoornissen zijn stoornissen waarbij er problemen zijn met de zelfbeheersing van emoties en gedrag. Ze kenmerken zich door afwijkend gedrag dat voornamelijk naar buiten gericht is, zoals ruziemaken, boos en/of agressief gedrag of zelfs delinquent gedrag. De gedragsstoornissen vallen dan ook onder de – wat we in de psychiatrie noemen – externaliserende stoornissen. We onderscheiden twee typen gedragsstoornissen: de oppositionele-opstandige stoornis en de normoverschrijdend-gedragsstoornis.

Casus 1: kinderleeftijd

Jim is 6 jaar oud en zit in groep 3. Hij had op school altijd al weleens ruzie met andere kinderen, maar het laatste jaar komt dat steeds vaker voor en heeft hij ook dikwijls woorden met de juf. Er is elke dag wel een moment waarop de juf hem vraagt om iets te doen, waarop Jim dan heel hard 'Nee!!!' roept. Geregeld gaat hij helemaal uit zijn dak, begint te schelden en roept dat de juf 'altijd hem moet hebben'. Hij heeft al een paar keer zijn stoel omver gesmeten. Soms moet hij de klas uit en duurt het wel een halfuur voordat hij is afgekoeld. Thuis heeft zijn moeder ook steeds meer moeite Jim en zijn jongere broertje uit elkaar te houden. Jim trekt vaak zijn eigen plan en elke avond is er strijd over hoe laat hij naar bed moet. De laatste maanden is er ook steeds vaker ruzie over andere dingen, bijvoorbeeld wanneer zijn moeder zegt dat hij moet stoppen met achter de computer zitten terwijl Jim dan zijn game wil uitspelen. Er is volgende week een gesprek op school tussen de moeder van Jim en de juf. De juf heeft al aangegeven dat Jim op deze manier eigenlijk niet goed te handhaven is op school.

De oppositionele-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*, ODD) wordt gekenmerkt door een boze, prikkelbare stemming en ongehoorzaam en ruziezoekend gedrag. De stoornis komt bij zo'n 3% van de kinderen en jongeren voor. Kinderen met ODD reageren vaak erg boos of krijgen zelfs een driftbui wanneer ze door hun ouders of leerkracht worden berispt of wanneer iets niet lukt. Op verzoeken van ouders of leerkrachten reageren ze dikwijls geïrriteerd. Op gedragsniveau zie je dus dat deze kinderen oppositioneel gedrag vertonen, wat betekent dat ze zich verzetten tegen hun ouders en/of leerkracht en vaak niet doen wat van hen gevraagd wordt. Een actievere vorm van oppositioneel gedrag is weigeren een opdracht uit te voeren en daarover ruziemaken met volwassenen.

De normoverschrijdend-gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD) wordt gekenmerkt door openlijk agressief en, vanzelfsprekend, door normoverschrijdend gedrag. CD komt bij zo'n 2% van de kinderen en jongeren voor. Van agressief gedrag spreken we wanneer een kind schade toebrengt aan mensen, dieren of voorwerpen. Het duidelijkst is dat natuurlijk wanneer we zien dat een kind mensen of dieren slaat, schopt of knijpt, in gevechten verzeild raakt of voorwerpen opzettelijk vernielt. Maar ook verbaal agressief gedrag valt hieronder, zoals schelden, pesten of bedreigen. Van normoverschrijdend gedrag spreken we wanneer een kind zich niet aan de geldende normen houdt. Daaronder valt bijvoorbeeld liegen, spijbelen, stelen of oplichten. Wanneer ook de wettelijke regels worden overschreden, zoals bij stelen, mishandeling of vandalisme, spreken we van delinquent gedrag.

Zowel ODD als CD komt vaker bij jongens dan bij meisjes voor. Er is nog veel discussie gaande over of dit 'daadwerkelijk zo is' of dat het huidige classificatiesysteem eigenlijk niet geschikt is om deze stoornissen bij meisjes in kaart te brengen (zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat relationele agressie, waaronder het uitsluiten van andere kinderen, ook moet worden meegewogen).

2.2 Basisschoolleeftijd

De eerste symptomen van ODD verschijnen meestal al op de peuter- of kleuterleeftijd. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt met normaal gedrag op deze leeftijd. Voor een kind tot 5 jaar is het normaal af en toe een driftbui te hebben. Wanneer dat bijna dagelijks voorkomt en daarnaast gepaard gaat met niet luisteren en ruziezoekend gedrag, waarbij het kind bijvoorbeeld thuis, op school of in de vrije tijd vastloopt, zoals we bij casus 1 lazen, spreken we evenwel van ODD.

Casus 2: einde basisschoolleeftijd

Rick is 11 jaar oud. Van zijn 7e tot 9e jaar heeft zijn moeder begeleiding gehad bij het opvoeden van Rick omdat hij ontzettend opstandig was. Dit heeft een tijdje redelijk goed geholpen en Rick deed het ook weer een beetje beter op school, waar hij evenzeer vaak in de problemen kwam. Toch is Rick altijd een kind gebleven dat snel ruziemaakte met andere kinderen en ook snel in conflict kwam met volwassenen. Vorig jaar is hij bijna van school gestuurd omdat hij geld had gestolen uit de tas van de meester. Zijn moeder vertelde toen aan school dat dit thuis ook al een paar keer gebeurd was. Ze had dit uit schaamte niet eerder verteld aan school. Moeder is weer naar de kinder- en jeugdpsychiater gestapt en heeft wederom begeleiding. Rick is ook individueel aan een behandeling begonnen. Toch is het een paar maanden geleden weer goed misgegaan. Rick was met een aantal vriendjes in een winkel en heeft daar geprobeerd een paar dure schoenen te stelen. Er was echter een bewaker die het in de gaten had en Rick is met zijn vriendjes aangehouden. De vriendjes, die ouder dan 12 jaar waren, moesten naar een Halt-bureau (pas vanaf 12-jarige leeftijd kun je in Nederland worden vervolgd voor strafbare feiten); Rick kreeg een gesprek met een agent bij zijn moeder thuis. Zij was erg geschrokken, maar ze is ook wanhopig. Ze heeft al een aantal keer tegen Rick gezegd dat het nooit meer wat wordt met hem.

Ongeveer een derde tot de helft van de kinderen met ODD ontwikkelt later CD. Bovendien is het belangrijk te weten dat kinderen met ODD, vooral als ze last hebben van een boze en prikkelbare stemming, een verhoogde kans hebben om een angst- of stemmingsstoornis te ontwikkelen. Gelukkig is het ook zo dat een derde tot de helft van de kinderen met ODD op hun 18e geen stoornis meer heeft. Als kinderen wél CD ontwikkelen, treden de eerste symptomen meestal niet eerder op dan halverwege de kinderleeftijd. Wanneer kinderen al voor het 10e jaar symptomen hebben van CD, spreken we van CD met begin in de kindertijd. Dit subtype heeft in het algemeen een slechter beloop. In de DSM-5 wordt ook nog onderscheid gemaakt in CD met of zonder beperkte prosociale emoties (zie tabel 18.2).

2.3 Adolescentie

Casus 3: adolescentie

Sander is 16 jaar oud en moest vandaag voorkomen voor de rechter. Hij is intussen drie keer opgepakt voor diefstal en heeft onlangs daarbij iemand geslagen die hem probeerde tegen te houden. Die persoon heeft daar een gebroken neus aan overgehouden. Sander woont bij zijn vader; zijn moeder ziet

hij niet vaak. Zij heeft zelf psychische problemen. Sander heeft thuis veel ruzie omdat zijn vader hem steeds strenger gaat behandelen. Hij mag nu niet eens meer 's avonds uit in het weekend. Zijn vader vindt namelijk dat Sander heeft bewezen dat hij die verantwoordelijkheid nog niet aankan. Sander vindt dit onzin en is vorig weekend, toen iedereen lag te slapen, van huis weggevloden en twee nachten weggebleven. Zijn stiefmoeder heeft toen aangegeven dat hij er wat haar betreft niet meer in kwam, maar Sanders vader, die ook des duivels was, wil hem nog één kans geven. Volgens hem is het grootste probleem dat Sander omgaat met 'allemaal foute vrienden'. Toen Sander nog op de basisschool zat, had hij heel aardige vriendjes, maar hij maakte met sommigen van hen erg vaak ruzie en die wilden dan niet meer met hem omgaan. Hij moest naar een andere school en daar vond hij vooral aansluiting bij twee andere nogal opstandige jongens. Toen hij naar de middelbare school ging, had hij direct een klik met een stel jongens die na schooltijd in het winkelcentrum rondgingen. Andere kinderen op school vonden hen soms stoer, maar ook wel wat intimiderend.

In de adolescentie is het soms lastig onderscheid te maken tussen enerzijds normaal dwars en grensoverschrijdend gedrag dat samenhangt met de ontwikkelingsfase van de puberteit en anderzijds een gedragsstoornis. In de adolescentie neemt opstandig gedrag vaak toe: pubers zijn bezig los te komen van hun ouders en autonoom te worden. Dat gaat vaak gepaard met het zich afzetten tegen de regels en adviezen van de ouders. Vooral in deze periode is het belangrijk de ernst, frequentie en duur van het gedrag goed af te zetten tegen de normale niveaus. Pas wanneer de ernst, frequentie en duur van het oppositionele-opstandige gedrag daarboven uitkomen, kan ODD worden vastgesteld. Hetzelfde geldt eigenlijk voor CD. Pubers zijn geneigd de grenzen op te zoeken, niet alleen de grenzen van hun ouders, maar ook die van de maatschappij. Dat brengt onvermijdelijk met zich mee dat ze incidenteel die grenzen ook zullen overschrijden. Delinquent gedrag komt bijvoorbeeld vaak voor in deze leeftijdsfase en is tot op zekere hoogte normaal en beperkt tot de adolescentie (*adolescent-limited*). Ook hier zit het verschil weer in de ernst en frequentie: een incidentele misstap zal nooit tot een diagnose leiden, maar wanneer een jongere herhaaldelijk ernstig of gewelddadig delinquent gedrag vertoont, is mogelijk sprake van een stoornis. Bovendien moet daarnaast sprake zijn van verscheidene symptomen en moeten die gedurende een langere periode aanwezig zijn. De prevalentie van ODD is gelijk voor kinderen en jongeren, terwijl CD vaker voorkomt bij jongeren dan bij kinderen. Bij kinderen die een van beide diagnoses hebben, kunnen de symptomen verergeren in de adolescentie. Een deel van de adolescenten zal echter pas in de adolescentie symptomen ontwikkelen; dan spreken we van CD met begin in de adolescentie. Een begin van de stoornis na het 16e levensjaar is echter zeldzaam.

2.4 Volwassenheid

Casus 4: volwassenheid

Jim en Sander zijn inmiddels 24 en 26 jaar oud. Ze zijn vrienden geworden toen ze samen vastzaten in een justitiële jeugdinrichting. Sander zat toen al een tijdje vast en was al begonnen om school weer een beetje op te pakken. Zijn vader had een koeriersbedrijf en toen Sander vrijkwam, bood zijn vader hem een baan aan. Dit paste goed bij Sander, want hij kon het hele land doorrijden en zat niet de hele dag 'vast op kantoor bij een baas'. Hoewel hij nog steeds een vrij kort lontje heeft, komt hij niet meer echt in de problemen. Volgens zijn vader komt dat doordat Sander 'een knop om heeft gezet in de jeugdinrichting' en 'volwassen is geworden', maar vooral doordat hij een vriendin heeft gevonden die helemaal niets

moet hebben van 'agressieve mannetjes'. Hij ziet nog weleens 'vrienden van vroeger', maar hij heeft ook een nieuwe vriendengroep opgebouwd met zijn vriendin. Jim zoekt hij heel soms eens op, maar met hem gaat het niet zo goed. Jim heeft uiteindelijk nog langer vastgezetten omdat hij tijdens een verlof met andere jongens uit de jeugdinrichting betrokken is geraakt bij een vechtpartij in een café. Jim had aardig wat gedronken en is helemaal door het lint gegaan. Toen hij uiteindelijk vrijkwam, lukte het hem niet een baan te vinden en dronk hij bijna elke dag. Hij gaat nog steeds vooral om met andere jongemannen die weleens 'met de politie in aanraking zijn geweest'. Jim heeft sinds kort, op aanraden van Sander, voor het eerst zelf hulp gezocht bij een psychiater om van zijn alcoholprobleem af te komen.

Bij een deel van de kinderen met alleen een ODD-stoornis zullen de symptomen in de volwassenheid verdwijnen. Zij zijn in staat normaal te functioneren in de maatschappij. Maar er is wel degelijk een verhoogd risico op aanpassingsproblemen in de volwassenheid, zoals antisociaal gedrag, problemen met impulsbeheersing, middelenmisbruik, angst en depressiviteit. Voor de kinderen die in de kindertijd of adolescentie CD hebben ontwikkeld, zien we dat de problemen vaker verergeren, bijvoorbeeld leidend tot roofovervallen, ernstige mishandeling of verkrachtingen. Wanneer personen met CD de volwassen leeftijd bereiken en de symptomen blijven bestaan of zelfs verergeren, moet een antisociale-persoonlijkheidsstoornis worden overwogen. Toch ontwikkelen lang niet al deze adolescenten een antisociale-persoonlijkheidsstoornis: ongeveer 10% van de jongeren met ODD en ongeveer een derde van de jongeren met CD (Lahey e.a., 2005).

2.5 Wat is de relatie met psychopathie?

In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor de rol van psychopatische trekken binnen de gedragsstoornissen. Aanvankelijk werd de term 'psychopathie' exclusief gebruikt voor een subgroep van de volwassenen met antisociale-persoonlijkheidsstoornissen. De klassieke psychopaat wordt gekenmerkt door een gebrek aan empathie, door kilheid en cynisme en heeft doorgaans geen respect voor de gevoelens of het leed van anderen. De klassieke psychopaat heeft dikwijls een opgeblazen zelfbeeld, gedraagt zich arrogant en heeft vaak wel een oppervlakkige charme die vooral gebruikt wordt om anderen te manipuleren. Daarnaast komt impulsief en onverantwoordelijk gedrag voor. Deze persoonlijkheidstrekken noemen we ook wel psychopatische trekken. Deze trekken waren bij een deel van de volwassen psychopaten al in de kindertijd aanwezig.

Vanuit dat gegeven is er de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekomen voor psychopatische trekken bij kinderen met gedragsstoornissen. Omdat de groep kinderen met gedragsstoornissen zeer gevarieerd is en de verdere ontwikkeling, zoals eerder al beschreven, per kind zeer kan wisselen, wilde men de groep kinderen met de slechtste prognose beter kunnen onderscheiden. Vooral de affectieve (het gebrek aan empathie, het kille en emotionele en het gebrek aan schuldgevoel) en interpersoonlijke (het egocentrisme, het opgeblazen zelfbeeld en het manipulatieve gedrag) persoonlijkheidstrekken die gerelateerd zijn aan psychopathie, lijken samen te hangen met ernstiger vormen van gedragsstoornissen, een slechtere prognose en een minder goede reactie op behandeling (Frick e.a., 2014). In de huidige diagnostiek bij kinderen met gedragsstoornissen worden daarom ook deze psychopatische trekken altijd meegenomen, ook al kan op de kinderleeftijd nog zeker niet gesproken worden van psychopathie. Vanwege de gevoeligheid van het begrip psychopatische trekken is in de DSM-5 gekozen voor de term 'beperkte prosociale emoties'.

3 Diagnostiek van gedragsstoornissen

3.1 Diagnostische criteria

Oppositionele-opstandige stoornis

Voor het stellen van de diagnose ODD moeten er gedurende ten minste zes maanden minstens vier symptomen aanwezig zijn die duiden op boosheid, een prikkelbare stemming, ongehoorzaamheid, ruziezoekend en wraakzuchtig gedrag (zie tabel 18.1). Nieuw in de DSM-5 ten opzichte van de vorige editie is dat de symptomen nu worden ingedeeld in *emotionele symptomen* (zoals een boze/prikkelbare stemming) en *gedragssymptomen* (zoals openlijk ongehoorzaam gedrag en wraakzucht). Daarnaast is het nu toegestaan de diagnose ODD te stellen naast CD, waar dat voorheen een exclusie criterium was. Om tot een goede diagnose te komen moet zowel informatie van het kind als van de ouder(s) en school worden meegenomen (Kenniscentrum KJP, 2014; Matthys & Van de Glind, 2013).

Tabel 18.1 DSM-5-criteria oppositionele-opstandige stoornis

Ten minste vier van de volgende acht symptomen moeten gedurende zes maanden aanwezig zijn.

Boze/prikkelbare stemming

- 1 Verliest vaak zijn of haar kalmte.
- 2 Is vaak lichtgeraakt of snel geërgerd.
- 3 Is vaak boos en ontevreden.

Ruziezoekend/openlijk ongehoorzaam gedrag

- 4 Maakt vaak ruzie met gezagsfiguren, of, bij kinderen en adolescenten, met volwassenen.
- 5 Verzet zich vaak actief tegen of weigert te voldoen aan regels of verzoeken van gezagsfiguren.
- 6 Ergert anderen vaak opzettelijk.
- 7 Geeft anderen vaak de schuld van zijn of haar fouten of wangedrag.

Wraakzucht

- 8 Is in de afgelopen zes maanden minstens tweemaal hatelijk of wraakzuchtig geweest.
-

Normoverschrijdend-gedragsstoornis

Men stelt de diagnose normoverschrijdend-gedragsstoornis wanneer sprake is van evident agressief en normoverschrijdend gedrag, zoals het vernielen van eigendommen, bedrog of diefstal. Voor het stellen van de diagnose moeten gedurende een jaar ten minste drie van in totaal vijftien symptomen voorkomen, waarvan minstens een van de drie gedurende het afgelopen halfjaar (zie tabel 18.2). Er wordt bovendien onderscheid gemaakt tussen een groep waarbij de stoornis op de kinderleeftijd (voor het 10e jaar) begint en een groep waarbij de stoornis in de adolescentie begint. De prognose van de groep die al op de kinderleeftijd een gedragsstoornis heeft, is in het algemeen slechter.

In de DSM-5 is daar nog een nieuw onderscheid bij gekomen, op basis van de huidige kennis over psychopatische trekken bij kinderen (zie de vorige paragraaf). Er wordt nu een groep gespecificeerd die aan alle criteria voor de normoverschrijdend-gedragsstoornis voldoet,

Tabel 18.2 DSM-5-criteria normoverschrijdend-gedragsstoornis

In het afgelopen jaar zijn minstens drie van in totaal vijftien symptomen voorgekomen, waarvan minstens één in het afgelopen halfjaar.

Agressie jegens mensen en dieren

- 1 Pest, bedreigt of intimideert vaak anderen.
- 2 Begint vaak met vechten.
- 3 Heeft een wapen gebruikt dat bij anderen ernstig lichamelijk letsel kan veroorzaken (bijvoorbeeld een knuppel, baksteen, gebroken fles, mes of vuurwapen).
- 4 Heeft mensen mishandeld.
- 5 Heeft dieren mishandeld.
- 6 Heeft in directe confrontatie een slachtoffer bestolen (bijvoorbeeld: beroving, zakkenrollen, afpersing, gewapende roofoveral).
- 7 Heeft iemand gedwongen tot seksuele handelingen.

Vernieling van eigendommen

- 8 Heeft opzettelijk brandgesticht, met de intentie ernstige schade te veroorzaken.
- 9 Heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting).

Bedrog of diefstal

- 10 Heeft ingebroken in een huis, gebouw of auto van iemand anders.
- 11 Liegt vaak om goederen of gunsten te verkrijgen of verplichtingen te ontlopen (bijvoorbeeld oplichting).
- 12 Heeft zonder directe confrontatie met een slachtoffer waardevolle spullen of geld gestolen (zoals bij winkeldiefstal, maar zonder inbraak; vervalsing).

Ernstige overtredingen van regels

- 13 Komt 's avonds en 's nachts vaak niet op tijd thuis ondanks een verbod van de ouders, beginnend voor de leeftijd van 13 jaar.
- 14 Is minstens twee keer weggelopen van het huis waar hij/zij woont met ouders of andere ouderfiguren, en 's nachts weggebleven, of één keer voor een lange periode zonder terug te keren.
- 15 Spijbelt vaak van school, beginnend voor de leeftijd van 13 jaar.

Specificatie leeftijd

Met begin in de kindertijd – voor de leeftijd van 10 jaar minstens één symptoom aanwezig.
 Met begin in de adolescentie – voor de leeftijd van 10 jaar zijn geen symptomen aanwezig.
 Begin ongespecificeerd – niet voldoende informatie beschikbaar om te bepalen of het eerste symptoom voor het 10e levensjaar aanwezig was.

Specificatie beperkte prosociale emoties

Deze specificatie is van toepassing als ten minste twee van de hierna genoemde kenmerken voortdurend gedurende minstens één jaar in verscheidene relaties en settings aanwezig zijn geweest.

- Gebrek aan berouw of schuldgevoel.
 - Ongevoelig – gebrek aan empathie.
 - Onverschillig over prestaties.
 - Vlak of deficiënt affect (emotieloos).
-

maar daarnaast ook kille, emotionele trekken heeft, in de DSM-5 'beperkte prosociale emoties' genoemd. Ook hier is de idee dat de groep met beperkte prosociale emoties een slechtere prognose heeft.

Antisociale-persoonlijkheidsstoornis

Men spreekt van een antisociale-persoonlijkheidsstoornis wanneer iemand in verschillende situaties blijkt geeft van een gebrek aan respect voor en het schenden van de rechten van anderen. Dat gedrag moet al begonnen zijn in de kindertijd of vroege adolescentie en voortduren tot in de volwassenheid. De diagnose wordt pas gesteld vanaf een leeftijd van 18 jaar, maar er moeten in de voorgeschiedenis al symptomen van CD aanwezig zijn vóór de leeftijd van 15 jaar (zie tabel 18.3).

Tabel 18.3 DSM-5-criteria antisociale-persoonlijkheidsstoornis

<p>A Een pervasief patroon van een gebrek aan respect voor en schending van de rechten van anderen, aanwezig vanaf de leeftijd van 15 jaar, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende kenmerken.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Niet in staat zich te conformeren aan sociale normen over wat volgens de wet is toegestaan, zoals blijkt uit het herhaaldelijk komen tot daden die een reden zijn voor aanhouding. – Onbetrouwbaarheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van schuilnamen, of het duperen van anderen voor persoonlijk profijt of plezier. – Impulsiviteit of niet vooruit kunnen plannen. – Prikkelbaarheid en agressiviteit, zoals blijkt uit herhaaldelijke vechtpartijen of geweldpleging. – Roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen. – Constante onverantwoordelijkheid, zoals blijkt uit een terugkerend onvermogen om zich op het werk consistent te gedragen, of financiële verplichtingen na te komen. – Ontbreken van berouw, zoals blijkt uit onverschilligheid nadat hij of zij iemand pijn heeft gedaan, slecht heeft behandeld of bestolen, of het rationaliseren van dit gedrag. <p>B De betrokkene is minstens 18 jaar oud.</p> <p>C Er zijn aanwijzingen voor een normoverschrijdend-gedragsstoornis, begonnen voor de leeftijd van 15 jaar.</p> <p>D Het antisociale gedrag treedt niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een bipolaire-stemmingsstoornis.</p>
--

3.2 Comorbiditeit

ODD en CD komen zeer vaak samen voor – reden om in de DSM-5 het exclusie criterium CD bij de diagnose ODD te laten vervallen. Deze wijziging is pas sinds kort van kracht. Officiële cijfers over hoe vaak de stoornissen nu samen voorkomen, zijn er nog niet of nauwelijks.

ADHD komt zeer vaak samen voor met een gedragsstoornis. De schattingen liggen rond de 50%. De combinatie van een gedragsstoornis met ADHD heeft in het algemeen een slechtere prognose (Waschbusch, 2002).

Op latere leeftijd, vanaf de adolescentie, komen middelenmisbruik en verslaving vaak voor. Bij kinderen en jongeren met gedragsstoornissen komen ook internaliserende stoornissen vanaf de adolescentie frequent voor. Depressie en angststoornissen komen bij zowel jongens als meisjes voor. Bij meisjes zien we daarnaast veel trauma; zo heeft tot wel 80% van de meisjes

in detentie een trauma meegemaakt (Hamerlynck e.a., 2009) en een groot deel ontwikkelt ook posttraumatische stressklachten of zelfs een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Internaliserende problemen, en dan vooral de boze en prikkelbare stemming die daarbij kan voorkomen, zijn tevens belangrijk bij de differentiële diagnostiek: het kan zijn dat aan het oppositionele en boze gedrag een depressieve stoornis ten grondslag ligt, of omgekeerd.

Tot slot komen ODD en CD vaker voor bij kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking dan bij kinderen met een gemiddelde intelligentie.

4 Oorzaken van gedragsstoornissen

Net zoals bij andere psychiatrische stoornissen is bij het ontstaan van gedragsstoornissen ook sprake van een samenspel tussen biologische factoren en omgevingsfactoren. Zo zijn er veel studies die aantonen dat zeker sprake is van een genetische component (die 50-70% kan verklaren van het vertoonde gedrag), maar dat juist de combinatie van genetische kwetsbaarheid en een negatieve omgevingsfactor (zoals mishandeling of verwaarlozing) de kans dat een kind een gedragsstoornis ontwikkelt exponentieel vergroot (Ferguson, 2010).

4.1 Neurobiologische factoren

Naast genetische factoren zijn het functioneren van stresssystemen en het brein bij kinderen met een gedragsstoornis onderzocht. De stresssystemen die het meest zijn onderzocht, zijn het autonome zenuwstelsel (bijvoorbeeld te meten aan de hartslagfrequentie of de mate van zweten; huidgeleiding) en de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (*hypothalamic-pituitary-adrenal*-as, HPA-as; bijvoorbeeld te meten aan de hand van het stresshormoon cortisol). Verschillende studies hebben aangetoond dat kinderen met gedragsstoornissen gemiddeld een minder grote respons van hun hartslag en cortisol hebben (Popma e.a., 2006). Gedacht wordt wel dat dit betekent dat deze kinderen *under-aroused* zijn en daardoor minder angstig zijn in stressvolle situaties (*fearlessness*). Ook zou het kunnen dat ze juist op zoek gaan naar extra spannende activiteiten om tóch een verhoging van hun *arousal* te bewerkstelligen (*sensation seeking*). In beide gevallen kan dit goed uitpakken (bijvoorbeeld als een kind moedig is en een actiesport gaat beoefenen), maar ook leiden tot gedragsproblemen (bijvoorbeeld als een kind geen angst voelt om iets te stelen of rottigheid gaat uithalen voor de 'kick'). Ook hierbij lijkt het zo te zijn dat kinderen deels door genetische factoren een lage *arousal* kunnen hebben, maar ook door te leven in een langdurige stressvolle omgeving (Popma & Raine, 2006). Recenter onderzoek (Lopez-Duran e.a., 2009) toont echter een belangrijke nuancering aan: het lijkt erop dat dergelijke neurobiologische mechanismen binnen de groep van kinderen met een gedragsstoornis ook nog kunnen verschillen. Een subgroep van deze kinderen vertoont inderdaad kenmerken van een lage *arousal*, maar een andere subgroep lijkt eerder té emotioneel (en lijkt met bijvoorbeeld een te grote hartslagverhoging te reageren op prikkels). Van de kenmerken van de eerste subgroep wordt verondersteld dat ze samenhangen met beperkte prosociale emoties en meer geplande, doelmatige vormen van agressie (proactieve agressie) en antisociaal gedrag ('koele kikkers'). De tweede subgroep wordt juist gekenmerkt door een hoge mate van vijandigheid en reactieve agressie ('korte lontjes').

Ook de structuur en de functie van het brein worden steeds vaker onderzocht in studies bij kinderen en jongeren met gedragsstoornissen. Hoewel nog veel onduidelijk is, komen wel

enkele grote lijnen naar voren. In veel studies zijn er aanwijzingen voor gevonden dat de amygdala (ook wel de amandelkern, een gebied dat onder andere bij angst actief is) een afwijkende structuur heeft en anders functioneert bij kinderen met een gedragsstoornis. Ook hier wordt op groepsniveau vaak een verlaagde angstreactie gezien in de amygdala, maar er zijn tevens aanwijzingen voor een subgroep van kinderen met een gedragsstoornis die juist een overreactie laten zien in de amygdala en andere gebieden in het brein die bij emotieregulatie betrokken zijn. Daarnaast zijn er verschillende studies die aantonen dat kinderen met gedragsstoornissen dikwijls een afwijkende breinfunctie laten zien bij beloning en straf. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat deze kinderen vaak minder goed leren van de negatieve consequenties van hun gedrag; ze socialiseren minder (Cohn e.a., 2015).

4.2 Omgevingsfactoren

Er is een veelheid van omgevingsfactoren die samenhangen met gedragsstoornissen. Vaak betreft het factoren die niet meteen oorzakelijk zijn, maar vooral een in stand houdende of versterkende rol spelen. Wellicht de belangrijkste omgevingsfactoren bij kinderen zijn de gezinsfactoren, zoals een inconsequente opvoedingsstijl van de ouders, jarenlange conflictueuze interacties tussen de ouders en het kind (waardoor bijvoorbeeld vijandige attributie kan ontstaan) en mishandeling of verwaarlozing. Voor kinderen en zeker voor jongeren zijn ook leeftijdsgenoten van grote invloed op hun gedrag. Bij kinderen met gedragsstoornissen wordt veelal gezien dat hun opstandige gedrag en prikkelbaarheid tot afwijzing door andere kinderen leiden, wat hun negatieve gedrag vaak versterkt. Dikwijls zoeken deze kinderen leeftijdsgenoten op die vergelijkbaar gedrag vertonen; dit leidt dan veelvuldig weer tot positieve bekrachtiging van het regeloverschrijdende gedrag. Bij delinquente jongeren noemen we dat *deviancy training*: zij leren van andere delinquente vrienden alleen nog maar hoe ze 'nóg beter delinquent' kunnen worden.

5 Behandeling van gedragsstoornissen

Bij veel mensen bestaat het vooroordeel dat gedragsstoornissen persistent en moeilijk te behandelen zijn. Zoals we al eerder zagen, wordt bij slechts een klein deel van de kinderen en jongeren met een gedragsstoornis op volwassen leeftijd een antisociale-persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Voor de effectiviteit van behandelingen bij deze stoornissen bestaat tegenwoordig voldoende evidentie (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004). Wel is het zo dat bij deze kinderen en jongeren (en soms ook hun ouders) extra aandacht nodig is voor het motiveren om tot een behandeling over te gaan. Veel van deze kinderen en jongeren zullen in eerste instantie veelal ontkennen dat ze een probleem hebben en vooral de buitenwereld aanwijzen als het probleem. Dat noemen we dan externaliseren: 'Ik heb geen behandeling nodig, mijn ouders zijn gewoon stom!', 'Ik weet niet waarom ik naar de psychiater moet. De politie heeft mij hierheen gestuurd, terwijl ik alleen maar een beetje geld had gestolen, zoals iedere normale jongere weleens doet!' Als behandelaar is het belangrijk niet veroordelend te reageren op wat je hoort van en over deze kinderen en jongeren en eerst een behandelrelatie op te bouwen. Veel van hen kunnen op den duur wel bespreken dat lang niet alles goed gaat en dat ze ook wel zien dat ze zelf iets zullen moeten veranderen (al is het maar om minder last te hebben van die stomme ouders/schoolmeesters/politie enzovoort).

5.1 Oudertrainingen, gedragstherapie en systeemtherapie

Naast psycho-educatie begint de behandeling van kinderen met een gedragsstoornis bijna altijd met een oudertraining. Hierbij wordt de ouders geleerd op een andere manier met de gedragsproblemen van hun kind om te gaan. De ouders wordt geleerd goed gedrag van hun kind te belonen (bekrachtigen) en slecht gedrag zo veel mogelijk te negeren. Er zijn verschillende gestandaardiseerde, meer en minder intensieve effectieve oudertrainingen die ingezet kunnen worden, afhankelijk van de ernst van de gedragsstoornissen.

Er kan ook gebruik worden gemaakt van cognitieve gedragstherapie. Soms wordt die in een groep gegeven. Hierbij kan bijvoorbeeld worden aangeleerd om altijd eerst een pauze in te lassen voordat een jongere reageert op iemand die hem uitdaagt. Of hierbij kan worden aangeleerd dat iemand die iets vraagt niet per se slechte bedoelingen heeft (iets wat veel jongeren met een gedragsstoornis wel vaak denken; dat noemen we vijandige attributie).

Bij jongeren kan gezinstherapie worden ingezet, waarbij de jongere en zijn gezin samen worden behandeld. Hierbij wordt het gezin gezien als een 'systeem' waarvan de jongere deel uitmaakt. Iedereen in het systeem wordt uitgedaagd de ontstane negatieve patronen te veranderen en wordt dus ook verantwoordelijk ervoor gemaakt de problemen op te lossen. Vaak is dit een goede manier om de jongeren het gevoel te geven dat zij niet alleen als schuldige voor de problemen worden gezien. In een systeemtherapie kan bijvoorbeeld worden geoefend met elkaar vragen stellen in plaats van direct vijandig op elkaar te reageren. Ook kan in een dergelijke therapie bijvoorbeeld een belangrijk persoon van school, de sportclub of een vriend worden betrokken.

Belangrijk is te vermelden dat inmiddels enkele studies zijn verschenen die laten zien dat dergelijke behandelingen óók effectief zijn voor kinderen en jongeren met beperkte prosociale emoties. Wel zou het kunnen zijn dat de behandeling bij hen specifiek, intensiever en langduriger moet worden ingezet (Salekin, Tippey & Allen, 2012).

5.2 Farmacotherapie

Bij gedragsstoornissen kan farmacotherapie aangewezen zijn voor comorbide stoornissen als ADHD. Maar ook voor gedragsstoornissen op zich kan bijvoorbeeld methylfenidaat worden voorgeschreven. Daarnaast zijn er studies waaruit de suggestie naar voren komt dat het effect van psychologische behandelingen bij kinderen met een gedragsstoornis groter is wanneer tevens methylfenidaat wordt voorgeschreven. Mogelijk hebben vooral kinderen met beperkte prosociale emoties hier baat bij (Waschbusch e.a., 2007).

Wanneer sprake is van agressieve impulsdoorbraken, kan eventueel een lage dosis van risperidon worden voorgeschreven (Matthys & Van de Glind, 2013).

6 Tot besluit

Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren ontstaan in de regel door een samenspel van biologische kwetsbaarheden en negatieve omgevingsinvloeden zoals verwaarlozing en mishandeling. Deze kinderen en jongeren verdienen het om de beschikbare effectieve behandelingen te krijgen. Persistierende gedragsproblemen vormen niet alleen een hoog risico op later antisociaal gedrag, met alle negatieve gevolgen voor de maatschappij en slachtoffers van dien, maar ook op een breed scala aan psychiatrische klachten en sociale problemen. Kinder-

en jeugdpsychiaters en andere hulpverleners die het leuk vinden kinderen en jongeren die in eerste instantie misschien geen hulp zoeken, toch te motiveren met hun problemen aan de slag te gaan, kunnen veel bereiken met deze doelgroep.

Literatuur

- Cohn, M.D., Veltman, D.J., Pape, L.E., Lith, K. van, Vermeiren, R.R.J.M., Brink, W. van den, e.a. (2015). Incentive processing in persistent disruptive behavior and psychopathic traits: an fMRI study in adolescents. *Biological Psychiatry*, 78(9), 615-624.
- Doreleijers, T., Boer, F., Huisman, J., & Haan, E. de (red.) (2015). *Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten* (3e druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ferguson, C. (2010). Genetic contributions to antisocial personality and behavior: a meta-analytic review from an evolutionary perspective. *Journal of Social Psychology*, 150(2), 160-180.
- Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C., & Kahn, R.E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 1-57.
- Hamerlynck, S.M.J.J., Jansen, L.M.C., Doreleijers, Th.A.H., Vermeiren, R.R.J.M., & Cohen-Kettenis, P.T. (2009). Civiel- en strafrechtelijk geplaatste meisjes in justitiële jeugdinrichtingen; psychiatrische stoornissen, traumatisering en psychosociale problemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(2), 87-96.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2014). Oppositionele-opstandige stoornis (ODD) en normoverschrijdend-gedragsstoornis (CD) bij kinderen en adolescenten. Zie www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/ODD-CD/Omschrijving-5.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J.D., & Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 389-399.
- Lopez-Duran, N.L., Olson, S.L., Hajal, N.J., Felt, B.T., & Vazquez, D.M. (2009). Hypothalamic pituitary adrenal axis functioning in reactive and proactive aggression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2), 169-182.
- Matthys, W., & Glind, G. van de (red.) (2013). *Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Popma, A., Jansen, L.M., Vermeiren, R., Steiner, H., Raine, A., Goozen, S.H. van, e.a. (2006). Hypothalamus pituitary adrenal axis and autonomic activity during stress in delinquent male adolescents and controls. *Psychoneuroendocrinology*, 31(8), 948-957.
- Popma, A., & Raine, A. (2006). Will future forensic assessment be neurobiologic? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(2), 429-444.
- Salekin, R.T., Tippey, J.G., & Allen, A.D. (2012). Treatment of conduct problem youth with interpersonal callous traits using mental models: measurement of risk and change. *Behavioral Sciences & The Law*, 30(4), 470-486.
- Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128(1), 118-150.
- Waschbusch, D.A., Carrey, N.J., Willoughby, M.T., King, S., & Andrade, B.F. (2007). Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorders: the moderating role of callous/unemotional traits. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 629-644.

Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124.