

Protocol diagnostiek bij gedrags- en/of emotionele problemen en het vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis

Inhoudstafel

Situering	3
1 Preventieve basiszorg – fase 0	7
1. Organisatie van het zorgbeleid	7
2. Vorming en ondersteuning van het schoolteam	13
3. Onthaal- en inschrijvingsbeleid	14
4. Zorg binnen de klas	15
5. Opvolging van alle leerlingen	19
6. Samenwerking met de ouders	19
7. Samenwerking met de leerlingen	20
2 Verhoogde zorg – fase 1	22
1. Zorgoverleg	23
2. Verzamelen van informatie	24
3. Onderwijs- en opvoedingsbehoeften van leerling(en) en aanpak bepalen.....	27
4. Ondersteuningsbehoeften van leerkracht(en) en ouders en aanpak bepalen	28
5. Plannen, handelen en evalueren	29
3 Uitbreiding van zorg – fase 2	31
1. Intakefase	32
2. Strategiefase	37
3. Onderzoeksfase	48
4. Indiceringfase	58
5. Adviesfase	66
6. Handelen en evalueren	67
1. Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD	67
2. Problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS	76
3. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen	85
4. Stemningsproblemen en depressieve stoornissen	93
5. Angstproblemen en angststoornissen	102
5 Theoretisch deel	109
1. Inleiding	109
2. Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD	128
3. Problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS	143
4. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen	161
5. Stemningsproblemen en depressieve stoornissen	182
6. Angstproblemen en angststoornissen	203
6 Literatuurlijst	228

Situering

Een zorgzame school geeft elke leerling kansen om zich sociaal-emotioneel te ontplooiën. Elke leerling met zijn mogelijkheden en beperkingen heeft recht op gepast onderwijs: alles begint met een goed uitgebouwd onderwijs, zoals verder beschreven in de fase van preventieve basiszorg en verhoogde zorg.

In dit 'Protocol diagnostiek bij gedrags- en/of emotionele problemen en het vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis' staat een handelingsgerichte aanpak voorop. Voor het bevestigen van classificerende hypothesen werkt het CLB samen met externe deskundigen. Om het brede veld van de sociaal-emotionele ontwikkeling enigszins te kunnen afbakenen en voldoende gerichte aanzetten tot handelen te kunnen geven, wordt vanaf uitbreiding van zorg ingegaan op vijf onderscheiden problematieken:

- aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD¹;
- problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS²;
- gedragsproblemen en gedragsstoornissen³;
- stemmingsproblemen en depressieve stoornissen⁴;
- angstproblemen en angststoornissen⁵.

De binnen dit protocol besproken stoornissen werden geselecteerd op basis van hun prevalentie, de relevantie voor onderwijs- en CLB-praktijk en het nog niet uitgeschreven zijn van procedures⁶.

Per problematiek worden handvatten voor het handelen en voor de evaluatie van het te doorlopen traject aangereikt. In de bijlagen zijn hulpmiddelen opgenomen die de diagnostiek en de aanpak van gedrags- en/of emotionele problemen en (het vermoeden van) een stoornis ondersteunen. In het theoretisch deel komen enkele denkkaders aan bod die, aansluitend op de principes van het handelingsgericht

¹ De richtlijnen in dit protocol zijn bedoeld voor elke leerling met ernstige moeilijkheden (op vlak van werkhouding, aandachtstekort, hyperactiviteit en/of impulsiviteit) die al of niet verband kunnen houden met een niet onderkende ontwikkelingsstoornis zoals ADHD.

² De richtlijnen in dit protocol zijn bedoeld voor elke leerling met ernstige moeilijkheden (op vlak van communicatie, sociaal gedrag, ...) die al of niet verband kunnen houden met een niet onderkende ontwikkelingsstoornis zoals een autismespectrumstoornis.

³ In het kader van dit protocol wordt ingegaan op de oppositioneel-opstandige en de antisociale gedragsstoornis. Het protocol is niet louter bedoeld voor deze doelgroepen, maar voor alle mogelijk probleemgedrag zoals regels niet opvolgen, zich niet aan afspraken kunnen houden, onbeleefd zijn, pesten, steaming, ...

⁴ In het kader van dit protocol worden niet alle stemmingsproblemen uitgebreid omschreven, maar ligt de focus op rouw, neerslachtigheid en depressieve stoornis.

⁵ In het kader van dit protocol worden niet alle angstproblemen uitgebreid omschreven, maar ligt de focus op angsten die direct of indirect hun weerslag kunnen hebben op het functioneren van de leerling in de onderwijsleersituatie.

⁶ Zo zijn bijvoorbeeld eetproblemen, middelengebruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag geen onderwerp van dit protocol. Hiervoor verwijzen we naar www.eetexpert.be, www.vad.be, www.sensoa.be. Zie ook Bijlage 6: Aanpak van een aantal specifiek problemen in het secundair onderwijs

werken, de visie op gedrag doorheen dit protocol verduidelijken. Daarnaast wordt per problematiek ingegaan op de verschijningsvormen bij kinderen en jongeren in ontwikkeling, mogelijke beïnvloedende factoren bij ontstaan en verloop, ... Dit luik wordt beperkt tot de meest relevante informatie voor CLB en onderwijs om zo de brug te maken naar bestaande literatuur.

Instappen in dit protocol kan op verschillende manieren:

- rechtstreeks omwille van gedrags- en/of emotionele problemen, een vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis;
- rechtstreeks omwille van de vraag naar indicatiestelling bij een reeds gediagnosticeerde stoornis.
- vanuit een ander protocol omwille van een alternatieve of bijkomende hypothese;

De structuur van het protocol ziet er als volgt uit:

1. Fase 0 'gedrag en emotie'
2. Fase 1 'gedrag en emotie'
3. Fase 2
 - Handelingsgericht diagnostisch traject 'gedrag en emotie'
 - Handelen en evalueren voor aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD, problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS, gedragsproblemen en gedragsstoornissen, stemmingsproblemen en depressieve stoornissen en angstproblemen en angststoornissen
4. Theoretisch deel
 - Inleiding
 - Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD
 - Problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS
 - Gedragsproblemen en gedragsstoornissen
 - Stemmingsproblemen en depressieve stoornissen
 - Angstproblemen en angststoornissen
5. Literatuurlijst
6. Diagnostisch materiaal
7. Bijlagen

Kadering binnen CLB-profiel en zorg in onderwijs

Het huidige onderwijsbeleid geeft aandacht aan de afstemming van het onderwijs op de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerlingen. Dit protocol sluit hierbij aan. Het kadert binnen de beleidsbepalende omtrent zorg en begeleiding van leerlingen met specifieke noden.

De school heeft als opdracht om een zorg- en begeleidingsbeleid uit te bouwen. Ze creëert de nodige gradaties van zorg en begeleiding, ook bij gedrags- en/of emotionele problemen en/of (een vermoeden van) een ontwikkelingsstoornis bij een leerling.

De kernopdrachten van CLB (onthaal, vraagverheldering, informatie, handelingsgericht advies, diagnostiek en kortdurende begeleiding) zijn in deze protocollen terug te vinden⁷. Vermits de overheid het CLB opdraagt om bij ontwikkelingsmoeilijkheden bijzondere aandacht te besteden aan het kleuteronderwijs en de aanvang van de lagere school, geeft dit protocol veel aandacht aan deze leeftijdsgroep.

Gedrags- en emotionele problemen sluiten het nauwst aan bij de begeleidingsdomeinen 'psychisch en sociaal functioneren' en 'leren en studeren'. Begeleidingsactiviteiten binnen deze domeinen hebben doorgaans evenwel gevolgen voor de andere begeleidingsdomeinen 'onderwijsloopbaan' en 'preventieve gezondheidszorg'.

De indicerende diagnostiek wordt door het CLB gedaan, eventueel in samenwerking met netwerkpartners. Indien er een vraag is naar een classificerende diagnose, kan het CLB een hypothese 'vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis' formuleren. Bij bevestiging van deze hypothese verwijst het CLB door naar externe deskundigen voor verdere classificerende diagnostiek.

Onderwijsniveau

In dit protocol gaat het over leerlingen in het basisonderwijs en in het secundair onderwijs.

Datum van opmaak en goedkeuring

Opmaakdatum:

- Zorgcontinuüm 5 juli 2013
- Theoretisch deel 4 december 2013

Wetenschappelijk consult: 30 april 2013

⁷ Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, september 2009



Preventieve basiszorg – fase 0
Gedrags- en/of emotionele problemen
Vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis

- Caroline Braet, Ellen Moens, Leentje Vervoort, (Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie, UGent)
- Eric Broekaert, Jan Naert, Wouter Vanderplasschen, (Vakgroep Orthopedagogiek, UGent)
- Herbert Roeyers, Mieke Dereu (Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, UGent)

Goedgekeurd door de stuurgroep PRODIA:

- Zorgcontinuüm 29 augustus 2013
- Theoretisch deel 31 januari 2014

1 Preventieve basiszorg – fase 0

Gedrags- en emotionele problemen bij leerlingen vormen een grote uitdaging voor het onderwijs. De rol van de school in het voorkomen en aanpakken van probleemgedrag door het bieden van kwaliteitsvol onderwijs is niet te onderschatten. Op de school wordt een emancipatorische houding bij leerkrachten gestimuleerd en gebeuren er tal van initiatieven om een leerlinggericht schoolklimaat uit te bouwen. Op deze manier ontwikkelen kinderen en jongeren sociale bindingen met de school en met de samenleving. Positieve bindingen geven leerlingen zelfvertrouwen en stimuleren hen tot inzet: ze voeren de gevraagde schooltaken uit, respecteren regels en afspraken, gaan met elkaar om in wederzijds respect, ... Deze verbondenheid werkt dus als een rem op het stellen van probleemgedrag⁸.

Men moet zich wel bewust blijven dat elke leerling ingeweven is in een netwerk van relaties, in een eigen context⁹. Hierbij spelen niet alleen schoolcontext, leerkrachtgebonden en klasgebonden contexten een rol, maar ook gezinsgerelateerde, leerlinggebonden en maatschappelijke contexten¹⁰. Deze contexten kunnen het probleemgedrag bij leerlingen versterken of verminderen.

De ouders en leerlingen worden zo nauw mogelijk betrokken bij het opzetten en uitwerken van een preventieve aanpak in verband met gedrags- en emotionele problemen en dit met wederzijds respect¹¹.

Uit preventief oogpunt vraagt dit acties van de school om de cultuur en de leefomgeving/thuissituatie te leren kennen en te waarderen. CLB, pedagogische begeleidingsdiensten en ook schoolexterne organisaties zoals het jeugdwerk, het vormingswerk, het maatschappelijk opbouwwerk, de integratiecentra, de vierde wereldbeweging, kunnen hierbij helpen.

1. Organisatie van het zorgbeleid¹²

De school heeft een doordachte visie en voert een transparant beleid betreffende het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling en het voorkomen en aanpakken van gedrags- en/of emotionele problemen. Hierbij speelt een positief schoolklimaat een belangrijke rol.

⁸ Vlaamse onderwijsraad en Koning Boudewijnstichting, Leerkracht, veerkracht, reflectieboek. Stapstenen voor het begeleiden van jongeren met gedragsproblemen, Die Keure, Brugge, 2006

⁹ Zie ook Algemeen deel: Uitgangspunt 2 van HGW (Transactioneel: afstemming en wisselwerking)

¹⁰ Meer over contexten: Van Mulligen W., Gieles P. en Nieuwenbroek A., Tussen thuis en school, over contextuele leerlingbegeleiding, Acco, Leuven, 2002

¹¹ Menten H., Gedragsproblemen op school: gruwel, groeipijnen of guitenstreken van jongeren? Grasduin mee in systeemdenken, Handboek Leerlingbegeleiding twee, Wolters Plantyn, april 2006

¹² Zie ook Marzano R., Wat werkt op school – Research in actie, Bazalt, Vlissingen, 2008

Het schoolklimaat¹³ omvat de gemeenschappelijke waarden, normen en gewoonten op een school. Een positief klimaat creëren, verhoogt de kans dat leerlingen openstaan voor deze waarden, normen en gewoonten en dat ze deze gemakkelijker eigen maken. Een positief schoolklimaat met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling houdt onder meer in dat er sprake is van een zorgzame school waarbij iedereen zich betrokken voelt. Hiervoor kan de school acties ondernemen naar:

- leerlingen, bijvoorbeeld een schoolproject uitwerken over het thema 'verdraagzaamheid';
- leerkrachten, bijvoorbeeld een nascholing organiseren over actuele inzichten over de sociaal-emotionele ontwikkeling¹⁴ van kinderen en jongeren (breinontwikkeling¹⁵, herstellend handelen¹⁶, ...);
- startende leerkrachten¹⁷, bijvoorbeeld een informatiemap aanreiken waar alle afspraken en regels instaan of ondersteuning aanbieden door middel van een begeleidende leerkracht (mentor);
- leerlingenbegeleiders, bijvoorbeeld een opleiding laten volgen over preventie pesten;
- zorgcoördinatoren, bijvoorbeeld een nascholing laten volgen over gesprekken met leerlingen¹⁸ voeren, of over de mogelijke impact van de opvoedingssituatie op het gedrag van leerlingen;
- ouders, bijvoorbeeld een duidelijke visie opstellen over ouderbetrokkenheid op de school.

In een school die aandacht en zorg heeft voor de leerlingen raken de leerlingen meer met de school verbonden en vermindert de kans op afhaken. Door optimale ontplooiingskansen voor leerlingen te creëren ontstaat een leerling-vriendelijk klimaat. De school heeft een belangrijke maatschappelijke functie. Het is aangewezen dat de school een context creëert waarin leerlingen optimaal op hun maatschappelijk functioneren worden voorbereid. Als de leerlingen het verband zien tussen wat de school te bieden heeft en hun toekomstige maatschappelijke participatie wordt de kans op demotivatie, spijbelen, fysieke en verbale agressie, ... kleiner.

Pedagogische ideeën en interventies

Bij een goed doordacht beleid rond sociaal-emotionele ontwikkeling is het wenselijk om over de onderstaande pedagogische ideeën en interventies na te denken en afspraken te maken met het schoolteam. Hierover gezamenlijk reflecteren en elkaar collegiaal ondersteunen versterkt dit beleid. Een instrument dat kan bijdragen tot het ontwikkelen van een preventiebeleid, betreffende probleemgedrag op school, is de

¹³ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/actoren/scholen/positief_schoolklimaat.htm

¹⁴ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

¹⁵ Zie Bijlage 11: Breinontwikkeling bij adolescenten

¹⁶ Zie Bijlage 2: Het herstellend (twee)gesprek

¹⁷ Zie ook Dehandschutter J., Sterk Samen. Survivalkit voor de nieuwe leerkracht, Acco, 2013

¹⁸ Zie Bijlage 1: Stappenplan: Communiceren met jongeren

preventiepiramide¹⁹. Het kan een kader vormen voor het screenen, het analyseren van waar je als school voor staat en een preventiebeleid helpen ontwikkelen dat zich positief en constructief oriënteert.

- **Sociale vaardigheden en competenties verwerven**

Leerlingen leren sociaal vaardig gedrag op basis van hun ervaringen thuis, de familie, de buurt, de leeftijdsgroep waar ze deel van uitmaken, ... Een belangrijke rol spelen ook de ervaringen die ze opdoen in de klas en in de ruimere context van de school.

In het kleuteronderwijs wordt een basis van sociaal functioneren gelegd waarop het lager onderwijs verder bouwt. De eindtermen sociale vaardigheden van het secundair onderwijs bouwen op hun beurt verder op die van het lager onderwijs²⁰. Zo is er doorstroming, herhaling en verdieping. De school dient evenveel aandacht te besteden aan de eindtermen sociale vaardigheden als aan de eindtermen van wiskunde, taal en wetenschappen²¹.

Sociaal functioneren veronderstelt een aantal inzichten (competenties), sociale vaardigheden en attitudes die kinderen gaandeweg verwerven²².

Sociale vaardigheden zijn alle gedragingen die men in onze cultuur ter beschikking moet hebben om op een efficiënte en opbouwende wijze deel te nemen aan het sociale leven, zowel op maatschappelijk als op interpersoonlijk en familiaal vlak²³. Bijvoorbeeld: positief met elkaar omgaan, zelf afspraken maken voor het verloop van een klassengesprek, functioneren in groep en conflicten leren hanteren.

Attitudes zijn instellingen, houdingen of gezindheden. Hierbij gaat het om een regelmaat in handelen, denken, willen en voelen. Een attitude is 'verworven' indien men ze spontaan in verschillende situaties toepast. Voorbeelden van attitudes zijn: stipt zijn, samenwerken en flexibel zijn.

Omdat de meeste leerlingen op school voor het eerst in contact komen met een groep leeftijdsgenoten, is het de uitgelezen plaats om sociale vaardigheden en het leren functioneren in groep aan te leren. Dit aanleren kan op een spontane, maar ook op een gerichte wijze gebeuren. De leerkracht kan dit verweven in de dagdagelijkse lessen, door bijvoorbeeld coöperatieve werkvormen toe te passen doorheen zijn lessen²⁴. Bij coöperatief leren leren leerlingen samenwerken op gestructureerde wijze in verschillende groepen. Niet enkel de leerstof staat centraal, maar ook de

¹⁹ Deklerck J., De Preventie Piramide, preventie van probleemgedrag in het onderwijs, Acco, Leuven, 2010

²⁰ Zie www.ond.vlaanderen.be voor de leergebiedoverschrijdende eindtermen voor het lager onderwijs en vakoverschrijdende eindtermen en ontwikkelingsdoelen voor het secundair onderwijs

²¹ Vandamme W., Herstellend handelen in het onderwijs: kans tot ontmoeting, in: Deklerck J. (red.), Preventie en aanpak van probleemgedrag in het onderwijs, een veelkleurig verhaal, Acco, Leuven, 2012.

²² Zie Bijlage 11: Breinontwikkeling bij adolescenten

²³ <http://www.ond.vlaanderen.be/curriculum/basisonderwijs/lager-onderwijs/leergebiedoverschrijdend/sociale-vaardigheden/uitgangspunten.htm>

²⁴ Koot S., CO-teaching, krachtig gereedschap bij de begeleiding van leraren, uitgeverij PICA, Huizen, 2011

samenwerking. Er is sprake van een cognitief en een sociaal doel. De achterliggende gedachte van coöperatief leren is dat leerlingen niet alleen leren van de interactie met de leerkracht, maar ook van de interactie met elkaar. Men dient tijdens de evaluatie van zo'n werkvorm expliciet aandacht te besteden aan het sociaal emotioneel leren.

- **Leren omgaan met emoties**

De school stippelt een preventief beleid uit om leerlingen te leren emoties te herkennen en ermee omgaan. Om de gevoelens van een leerling te leren kennen, is het nodig om leerlingen te stimuleren om emoties te uiten. Dit kan door middel van gesprekken, drama, muziek, dans, beeldende expressie, ...

Emoties bepalen de openheid voor het leren. Als leerlingen zich goed voelen in de klas, op school zullen zij veel aandachtiger zijn en de leerstof gemakkelijker opnemen. Betreffende het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling wordt rekening gehouden met verschillen tussen culturen. Bijvoorbeeld in sommige culturen is het weinig gebruikelijk om je gevoelens te uiten.

De school zorgt eveneens voor een goed uitgewerkt preventief beleid voor crisissituaties²⁵, rouwverwerking²⁶ en zelfdoding²⁷. Dit biedt de mogelijkheid om adequaat te handelen in onverwachte situaties. Het CLB en pedagogische begeleidingsdienst kunnen ondersteunen bij de uitbouw van dit beleid.

- **Gedragsregels opstellen en opvolgen**

Leerlingen krijgen de ruimte om zichzelf te zijn op school. Tegelijkertijd is het van belang dat leerlingen weten waar ze aan toe zijn. Leerlingen hebben nood aan structuur, duidelijke taal en gedragsregels die door het hele schoolteam opgevolgd worden. Deze gedragsregels worden positief geformuleerd en gecommuniceerd zodat ze voor alle leerlingen, leerkrachten en ouders duidelijk zijn. Hieronder wordt verstaan: wanneer de gedragsregels gelden, hoe ze worden opgevolgd, welke de consequenties zijn.

Een mogelijk kader om binnen het schoolteam na te denken over gedragsregels en rechtvaardig sanctioneren is het 4-ladenmodel²⁸. De school werkt preventief een tuchtprocedure uit. Deze procedure staat beschreven in het schoolreglement.

In het geval van overtreden van regels, zal er een disciplinegesprek aangegaan worden. Hier roept de leerkracht de leerling ter verantwoording met betrekking tot een bepaald (storend) gedrag. In dit gesprek staan confronteren, terugkoppelen, adviseren en samenvatten centraal. Inzicht krijgen in het gestelde gedrag is zowel voor de leerkracht als voor de leerling zelf van belang. Het ABC-schema kan hiervoor een mogelijk instrument zijn. Met deze methode wordt in een gesprek tussen de leerling

²⁵ <http://www.klasse.be/leraren/eerstelij/plots-had-iedereen-mijn-gsm-nummer/>

²⁶ <http://www.klasse.be/leraren/eerstelij/verdriet-en-rouw/>

²⁷ <http://www.klasse.be/leraren/eerstelij/zelfmoord/>

²⁸ D'Aes M., Leefregels opstellen en rechtvaardig sanctioneren – een mogelijk kader, in Handboek leerlingenbegeleiding Twee, Wolters-Plantyn, Mechelen, november 2002 en www.onderwijsvlaanderen.be

en de leerkracht (of leerlingenbegeleider) het incident in de klas of elders als in een vertraagde film overgedaan²⁹.

In gesprek gaan met een leerling na het overtreden lijkt logisch. Toch is dit voor niet voor alle leerkrachten een gemakkelijk opdracht. Het is dan ook nodig dat er in een beleid tijd en ruimte wordt vrijgemaakt voor de ondersteuningsbehoeften van leraren in verband met het voeren van zo'n gesprekken. Want hoe handelingsbekwamer de leerkracht zich voelt bij het voeren van deze gesprekken, des te eerder hij deze zal toepassen.

Coaching kan zinvol zijn om de handelingsvaardigheden van de leraar op dit gebied te vergroten. Er worden nascholingen voorzien zodat leerkrachten sterker worden in gesprekken voeren met leerlingen.

- **Een pestbeleid en speelplaatswerking opzetten**

De school heeft een krachtadig beleid met betrekking tot pesterijen. De richtlijnen en procedures in verband met het bestrijden van pesten zijn duidelijk voor alle betrokkenen: schoolteam, leerlingen en ouders. Pijlers hierbij zijn: het onderwerp bespreekbaar maken, vroegtijdige onderkenning, gerichte aanpak, goede taakverdeling en heldere communicatie.

Leerlingen moeten zich kunnen uitleven en vermaken tijdens de speeltijden. Samenspel en spelplezier voorkomen verveling. Verveling kan een voedingsbodem zijn voor ruzies, conflicten en pestgedrag. Door de recreatiemomenten zinvol in te vullen, bijvoorbeeld speelgoedkoffers, organiseren wedstrijden, ... worden ook de sociale vaardigheden van de leerlingen versterkt en vriendschappelijke contacten aangemoedigd.

Effectief toezicht is een absolute vereiste en wordt bij voorkeur aangevuld met een goed ingerichte speelplaats die overzichtelijk is, uitnodigt tot samenspel en rekening houdt met de diverse behoeften binnen de leerlingengroep, bijvoorbeeld zone voor balspelen, zone voor rustigere activiteiten, een zithoek of banken voor leerlingen die behoefte hebben aan rust³⁰, ...

Projecten vanuit bijvoorbeeld Leefsleutels³¹, School zonder pesten³², de Whole School Approach³³, ... ondersteunen scholen bij de aanpak en het helpen voorkomen van geweld en respectloos gedrag op een ervaringsgerichte manier. Er wordt gewerkt aan een grondhouding van respect en een beter leefmilieu op school³⁴.

²⁹ http://www.vlor.be/sites/www.vlor.be/files/pdf_27.pdf

³⁰ www.kieskleurtegenpesten.be

³¹ <http://leefsleutels.be/cms/>

³² www.schoolzonderpesten.be/

³³ www.vista-europe.org/unit_b1.php (doorklikken naar de Nederlandstalige versie van hoofdstuk B1)

³⁴ www.kieskleurtegenpesten.be en Deboutte G., Verbondenheid: een ander en preventief antwoord op respectloos gedrag. Hoe toewerken naar een positief klas- en schoolklimaat?, in: Handboek leerlingenbegeleiding 2, Kluwer, juni 2004, blz. 57-78

- **Afwezigheden en spijbelen opvolgen**³⁵

In een positief schoolklimaat voelen leerlingen zich meer met de school verbonden, wat de kans op afhaken en dus ook spijbelen vermindert. Een zorgzame school is alert op alle afwezigheden, ook in het kleuteronderwijs. Indien een kleuter weinig of niet naar school komt, informeert de school bij de ouders wat hiervoor de reden is. De school heeft eveneens aandacht voor leerlingen die systematisch te laat komen. De zorg gaat verder dan het louter registreren van de afwezigheden. Er is immers een verband tussen het weinig naar school komen in het basisonderwijs en later spijbelgedrag.

Om het eigen spijbelbeleid in kaart te brengen, te evalueren en indien nodig bij te sturen zijn er vragenlijsten³⁶ beschikbaar.

- **Leren omgaan met conflicten**

In elke organisatie waar mensen samenwerken, ontstaan er wel eens conflicten. Ook in scholen. Conflicten zijn dan de meest voorkomende problemen als het over leerlingen met storend gedrag gaat.

Conflicten kan je indelen in twee grote groepen: latente conflicten en manifeste conflicten. Latente conflicten 'smeulen' onder de oppervlakte. Ze zijn nog niet zichtbaar, maar kunnen elk moment tot uitbarsting komen. Een latent conflict wordt vaak aangeduid als een 'spanning' of 'een slechte sfeer'.

Manifeste conflicten zijn zichtbaar onder heel verschillende vormen: discussies, ruzies, elkaar negeren, pestgedrag, ...

Conflicten, zowel latente als manifeste, kunnen een klas of een team ontwrichten. Er komt meer ontevredenheid, de eenheid in de groep gaat verloren, de communicatie verslechtert en de inzet en effectiviteit gaan zienderogen achteruit. Als een conflict niet wordt aangepakt, zal het in de één of andere vorm terugkeren. De belangrijkste reden om een conflict niet aan te pakken, is de angst dat men het conflict niet aankan, de overtuiging dat er geen oplossing is voor het conflict of de schrik dat het conflict zou escaleren.

Maar elk conflict draagt kansen in zich. Een conflict is steeds een drager van een boodschap dat er iets in de klas of een school niet helemaal in de haak zit. Een conflict kan men gebruiken als een kritisch incident om gesprekken aan te gaan over bijvoorbeeld de diversiteit van visies en mening op de school, de manier van communiceren en de samenwerking tussen leerlingen en collega's. Als conflicten worden uitgesproken komen vaak suggesties naar boven om de schoolorganisatie en -structuur op een positieve manier te veranderen. Een school kan er dus voordeel uit halen om conflicten aan te pakken.

³⁵ www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen

³⁶ De Spijbelkijkwijzer en het SpijbelActiePlan onder www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/kijkwijzer

Scholen zijn vaak prima in staat om conflicten zelf aan te pakken^{37 38}. De directie of leerkrachten kunnen vaak een bemiddelende positie innemen. Soms is een conflict zo geëscaleerd dat het soelaas kan bieden om een neutrale en externe persoon te betrekken³⁹ bijvoorbeeld een CLB-medewerker.

2. Vorming en ondersteuning van het schoolteam⁴⁰

Om de preventieve zorg rond de sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen te optimaliseren, is professionalisering van het team noodzakelijk. Het zorgteam brengt hiaten en noden bij de uitvoering van het zorgbeleid in kaart.

Effectieve omgang met gedrag van leerlingen veronderstelt een cultuur van openheid, respect, vertrouwen en (h)erkenning van de kwetsbaarheid van collega's. Daarom vraagt de leerkracht best regelmatig feedback aan collega's of leerlingbegeleiders over de communicatie, de aanpak van interacties in groep en de eigen competenties bij het omgaan met gedragsproblemen, ... Deze feedback ondersteunt de leerkracht en verhoogt zijn eigen competentie in het omgaan met het gedrag van leerlingen.

Probleemgedrag bij leerlingen kan het welbevinden of zelfvertrouwen van de leerkracht(en) aantasten. Bij onzekerheden of op moeilijke momenten kunnen leerkrachten informele en formele ondersteuning of coaching⁴¹ vinden bij collega's, zorgteam of directie. Zo kan de leerkracht zijn verhaal kwijt. In een manier waarop het team zorg krijgt, ziet men ook de kijk naar op zorg voor de leerlingen⁴². Omgaan met leerlingen, die probleemgedrag stellen, is trouwens altijd teamwerk.

Naast het ontladen over een bepaalde situatie komt het reflecteren op eigen handelen. Reflectie⁴³ kan een werkwijze zijn om leerkrachten professioneel te laten omgaan met leerlingen met gedragsproblemen. Bij reflectie denkt de leerkracht na over wat hij doet in de klas, wat voor effect dat op de leerlingen heeft en hoe hij zich daarbij voelt. Dit kan leiden tot het inzicht dat het eigen gedrag ook een bijdrage levert aan het ontstaan, het versterken of het verminderen van problemen.

³⁷ <http://www.ond.vlaanderen.be/welzijn/welzijnswetgeving/ICOPA%20Agressie%20Educatief%20materiaal.pdf>

³⁸ De methodiek 'LSCI' handelt over praten met jongeren en kinderen die zich in een crisissituatie bevinden. Zie boek: Long N., Wood M.M en Fescer F., Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties, Lannoo, Tielt, 2008

³⁹ <http://onderwijsmediation.artisteer.net/visie-en-methode/conflicten-op-school-kans-op-beterschap/>

⁴⁰ Zie ook VLOR en Koning Boudewijnstichting, Leer-kracht Veer-kracht, Die Keure, Brugge, 2006

⁴¹ Coaching is een manier om een individu te ondersteunen en uit te dagen om de eigen doelstellingen te bereiken. Zie ook: <http://vonkennisie.wordpress.com/2011/11/05/coaching-in-het-onderwijs/>

⁴² Vanderplasschen W. en Naert J. (red.), Wetenschappelijke evaluatie bij het protocol gedrags- en/of emotionele problemen, april 2013

⁴³ Van de Wolf K. en van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009, blz. 183 – 200 en <http://www.klasse.be/archief/zonder-reflectie-ben-je-een-ongeleid-projectiel/>

Bij reflectie kan gebruik gemaakt worden van verschillende werkwijzen die gericht zijn op het bijstellen van eigen attitudes, overtuigingen en verwachtingen. De nadruk ligt op de interpersoonlijke vaardigheden.

3. Onthaal- en inschrijvingsbeleid

Omdat een inschrijving vaak de eerste kennismaking is van ouders en leerling met een school, vertaalt de school haar visie op zorg in haar inschrijvings- en onthaalbeleid.

Een zorgzaam inschrijvingsbeleid begint bij een ‘zorgzaam’ inschrijvingsgesprek. Wie dit gesprek doet, welke relevante informatie met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerling en welke kenmerken van zijn (leef-)omgeving verzameld worden, wordt op voorhand vastgelegd.

Omdat de ouders de eerste verantwoordelijken zijn met betrekking tot de opvoeding van hun kinderen gebeurt de overdracht van gegevens in samenspraak met hen en met de leerling. Omwille van de vertrouwelijkheid en gevoeligheid van deze informatie is het belangrijk dat zij goed geïnformeerd worden over wat met deze informatie gebeurt, wie deze gegevens in handen krijgt, ...

Er kan eveneens voor gekozen worden om bij de inschrijving een brochure⁴⁴ voor de leerling te geven waarin informatie staat over recht op onderwijs, wat mag en wat moet, participatie, ...

Bij leerlingen met specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften, wordt extra aandacht besteed aan de communicatie met de ouders tijdens dit gesprek. Een goede communicatie tussen ouders en school heeft een positieve invloed op het welbevinden en een gunstige onderwijsloopbaan van deze leerlingen.

Bij een schoolverandering op hetzelfde onderwijsniveau is de school alert op informatie en signalen die de reden van schoolverandering aangeven. Indien er sprake was van gedrags- en/of emotionele problemen op een vorige school, houdt de nieuwe school rekening met het feit dat deze problemen vaak ontstaan in interactie en in een context. De school is er zich van bewust dat zij maatschappelijk verantwoordelijk is voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen en dat de leerling een nieuwe kans in een nieuwe context verdient. Een inschrijving in een nieuwe school kan een eerste stap zijn, die de leerling de mogelijkheid biedt om geleidelijk negatieve interactiepatronen te leren doorbreken en nieuwe, meer adequate omgangsvormen te verwerven. Hierbij is communicatie met de leerling een essentieel onderdeel.

Omdat integratie in al bestaande groepen niet altijd evident is en omdat de eisen bij een overgang naar een ander onderwijsniveau verschillend zijn, voorziet de nieuwe school steeds een procedure om de integratie van (de) nieuwe leerling(en) in een

⁴⁴ De kinderrechtswinkel voorziet brochures over kinderrechten voor kinderen tot 12 jaar en jongeren van 13 tot 18 jaar, zie www.tzitemzo.be en www.tzitemzokids.be

klasgroep te bevorderen. De school blijft geruime tijd alert op signalen die kunnen wijzen op een moeilijke integratie.

Indien er sprake was van gedrags- en/of emotionele problemen in de voorgaande school is het inschakelen van het CLB aangewezen. Dit gebeurt ook wanneer de leerling de diagnose autismespectrumstoornis heeft en er onderwijs- en ondersteuningsbehoeftes zijn waarop GON-begeleiding een antwoord kan bieden. Een nauwe samenwerking tussen alle betrokkenen, CLB, school, ouders en leerling kan een gunstig verloop van de sociaal-emotionele ontwikkeling en van de schoolloopbaan van deze leerling optimaliseren.

4. Zorg binnen de klas⁴⁵

De meest effectieve preventie van gedrags- en emotionele problemen is een goede aanpak in de klas. Het gedrag van leerlingen wordt in belangrijke mate bepaald door de context en de kwaliteit van de interacties tussen medeleerlingen en leerkracht(en). De aanpak van de leerkracht heeft een grote invloed op het bevorderen van gewenst gedrag. De basishouding en aanpak van de leerkracht doet er toe. Met de basishouding van de leerkracht wordt de eigen visie, waarden en overtuigingen betreffende het beroep, het onderwijs en de eigen persoon bedoeld.

Een aantal facetten van deze basishouding⁴⁶ zijn:

- **Werken aan een positieve relatie met elke leerling⁴⁷**

De leerkracht heeft een belangrijke functie in het ‘opvoeden’ van leerlingen. Hij vertaalt de visie van de school betreffende het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling in zijn handelen niet alleen doorheen verschillende projecten zoals gezondheidsopvoeding, pestpreventie, drugspreventie, verkeersopvoeding, natuureducatie, ... maar in elk contact met de leerlingen in en buiten de klas.

Wanneer een leerkracht een goede band heeft met zijn leerlingen, accepteren deze de regels en gewoonten van die leerkracht, evenals zijn/haar correctie van ongewenst gedrag. Deze relatie heeft wezenlijk te maken met de aanvaardende houding van de leerkracht ten aanzien van de cultuur, de thuiscontext en de onderwijs- en/of opvoedingsbehoeften van de leerling.

⁴⁵ Zie ook Marzano R., Wat werkt in de klas, Bazalt, Vlissingen, 2008

⁴⁶ Van der Wolf, K en Van Beukering, T., Gedragsproblemen in scholen, Acco, Leuven, 2009; Patterson G., ‘Sleutelen aan de leerkrachtstijl’ sleutelfactor bij de aanpak van probleemgedrag en vijf pedagogische vaardigheden op www.ond.vlaanderen.be/antisociaalgedrag/pgs

⁴⁷ Depuydt A., Deklerck J. en Deboutte D., ‘Verbondenheid’ als antwoord op ‘de-link-wentie’?, Acco, Leuven, 2001 en Vandamme W., Herstellend handelen in het onderwijs: kans tot ontmoeting, in: Deklerck J. (red.), Preventie en aanpak van probleemgedrag in het onderwijs, een veelkleurig verhaal, Acco, Leuven, 2012

Leerlingen uit zowel het basis- en secundair onderwijs halen voordeel uit de verbondenheid met één of meer leerkrachten. Hun schoolse betrokkenheid en leerprestaties zijn afhankelijk van hoe de relatie leerling-leerkracht door hen ervaren wordt. Is het affectief contact tussen beiden positief gekleurd, dan heeft dit uitdrukkelijk invloed op de inzet en betrokkenheid van de leerling tijdens de les. Leerlingen uit het basisonderwijs lijden sterker onder negatief contact met hun leerkrachten, terwijl leerlingen uit het secundair onderwijs vooral voordeel halen uit positief contact. Vooral leerlingen uit een lagere sociaaleconomische context halen voordeel uit het positieve contact met hun leerkrachten. Bij jongens uit het positieve contact zich vooral in een hogere betrokkenheid. Bij meisjes drukt het hebben van een goede band met leerkrachten zich voornamelijk uit in het neerzetten van betere prestaties. Het ongunstige effect van een negatief contact met de leerkracht weegt het zwaarst door bij kinderen met leermoeilijkheden⁴⁸.

- **Communiceren met leerlingen**

Er zijn verschillende manieren waarop de leerkracht contact kan leggen met de leerling en hoe dit contact kan behouden worden. Eén van de manieren is in gesprek gaan met de leerling. Een leerling moet kunnen praten over zijn twijfels, zijn angsten, negatieve gebeurtenissen, ... want het kunnen delen van deze gevoelens zorgt ervoor dat hij zich niet alleen voelt. Zo leert hij om gevoelens te uiten op een manier die door de omgeving wordt aanvaard. Wanneer de leerling ervaart dat hij op een positieve manier met zijn gevoelens kan omgaan en dat zijn gedrag wordt geaccepteerd door de omgeving, zal hij een goed zelfwaardegevoel ontwikkelen.

Wanneer ervaren wordt dat leerkrachten willen luisteren naar hem en begrip tonen voor zijn gevoelens, leert hij respect te hebben voor zijn eigen gevoelens en voor de gevoelens van de ander⁴⁹.

Indien een leerling een gedragsregel overtreedt, is het nodig dat er vooraleer er gesanctioneerd wordt een persoonlijk gesprek (onder vier ogen) plaatsvindt. Zo'n persoonlijk gesprek is belangrijk. Vooral omdat de leerkracht die de sanctie geeft de normale verhouding leerling-leerkracht moet herstellen. Door een gesprek af te dwingen met de leerling en met luisterbereidheid een bezorgdheid te tonen, wordt een leraar opnieuw de leraar van de leerling. De leerling voldoende gelegenheid geven om zijn verhaal te doen en beroep doen op zijn gezond verstand om de leerling tot inzicht

⁴⁸ Vandamme W., Herstellend handelen in het onderwijs: kans tot ontmoeting, in: Deklerck J. (red.), Preventie en aanpak van probleemgedrag in het onderwijs, een veelkleurig verhaal, Acco, Leuven, 2012, blz. 87 en Roorda, D. L., Koomen, H. M. Y., Spilt, J. L., en Oort, F. J., The influence of affective teacher-student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review on Educational Research*, 81, 2011, blz. 493-529

⁴⁹ Naar "Voel jij wat ik voel?" Praten over gevoelens met kinderen en jongeren
http://www.expo.be/sites/default/files/kennisdocument/praten_over_gevoelens_met_kinderen_en_jongeren.pdf

te brengen staan voorop. Het gesprek eindigt best met de bereidheid van de leerkracht om met een nieuwe lei te beginnen ongeacht of er een straf volgt of niet.

In een klas vol met tieners⁵⁰ wordt een leerkracht geconfronteerd met ongehoorzaamheid en storend gedrag. Het ontwikkelen van goede communicatiestrategieën bij leerkrachten, die steunen op de kennis over de adolescentie als ontwikkelingsfase^{51 52}, kunnen deze problemen in de klaspraktijk voorkomen⁵³. Maar ook nadenken over hun eigen onderwijs- en opvoedingsstijl en hun eigen aanpak evalueren en bijsturen is belangrijk⁵⁴.

- **Bevorderen van gewenst gedrag**

De leerkracht leert gewenst gedrag aan en breidt dit daarna uit naar meerdere situaties. Hierbij maakt hij gebruik van didactische en organisatorische werkvormen die leerlingen aanspreken en betrekken, bijvoorbeeld structureel coöperatief leren^{55 56}, contractwerk, peertutoring⁵⁷, ...

Mogelijke strategieën om het gewenst gedrag aan te leren, te versterken en uit te breiden is dit gedrag te belonen en ongewenst gedrag in de mate van het mogelijke te negeren, of te bestraffen. Belonen en straffen gebeurt vanuit een relatie tussen leerling en leerkracht die gebaseerd is op oprechtheid, respect en verantwoordelijkheid⁵⁸.

Omdat belonen een duurzamer effect heeft op gewenst gedrag dan straffen op ongewenst gedrag, is het belangrijk dat belonen als strategie vaker gehanteerd wordt⁵⁹. Belonen kan bijvoorbeeld door positief aan te moedigen, complimentjes of schouderklopjes te geven, verhaal voor te lezen, een spel te spelen, een beloningsticker te geven, ...

Gewenst gedrag kan aangeleerd worden door:

- vlak voor de activiteit helder te formuleren wat gewenst wordt;
- gedurende de activiteit het herkenbaar voor te stellen;
- aan te geven wanneer men dit gedrag verwacht;

⁵⁰ Zie De organisatie van het zorgbeleid en Zorg binnen de klas + Bijlage 1: Stappenplan:

Communiceren met jongeren

⁵¹ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁵² Zie Bijlage 11: Breinontwikkeling bij adolescenten

⁵³ Zie Bijlage 1: Stappenplan: Communiceren met jongeren

⁵⁴ Deklerck J. (red.), Preventie en aanpak van probleemgedrag in het onderwijs, een veelkleurig verhaal, Acco, Leuven, 2012, blz. 25 - 37

⁵⁵ Kagan S., Kyle P. en Scott S., WinWin, van ordeverstoring naar ontwikkelingskansen, Bazalt 2005

⁵⁶ Koot S., CO-teaching, krachtig gereedschap bij de begeleiding van leraren, uitgeverij PICA, Huizen, 2011

⁵⁷ Van Keer H., Een boek voor twee, Garant, Antwerpen, 2002

⁵⁸ <http://www.klasse.be/leraren/eerstelijns/straffen-en-belonen>

⁵⁹ Taakspel, Toegepaste leertheorie, Vlaamse aanpassing 2006 door Lieve Willems, licentietrainer Taakspel Vlaanderen. CED-GROEP - VCLB-service gebaseerd op bewerking door K. Naudts-Geschiere, 1995, van de tekst met dezelfde titel van drs. H.P.J.G. van Bilsen, 1993

- zelf model te staan voor het gewenste gedrag;
- modelgedrag van leerlingen onder de aandacht te brengen.

Gewenst gedrag kan versterkt en uitgebreid worden door:

- het gewenste gedrag te benoemen wanneer het zich voordoet;
- complimenten te geven, zowel verbaal als non-verbaal;
- de afgesproken activiteit/beloning toe te passen;
- geleidelijk andere situaties te creëren die transfer van dit gedrag bevorderen.

Bij aanmoedigen en belonen dient men rekening te houden met enkele aandachtspunten. Het aanmoedigen en belonen richt zich best op de persoon van de leerling. De leerling aangepast en voldoende prijzen voor zijn concrete prestaties en/of gedrag werkt intrinsiek motiverend en moedigt de autonomie aan.

Omdat de schoolse vaardigheden en andere competenties van leerlingen verschillen, worden aanmoedigingen en beloningen best hieraan aangepast.

Adequate feedback betekent ook dat de leerling concreet weet waar hij naartoe werkt en wat hij moet doen om zijn doel te bereiken.

Hoewel belonen een belangrijke rol speelt in de intrinsieke motivatie van leerlingen, is dit niet de enige of meest belangrijke invloed, de relatie tussen leerkracht en leerling speelt eveneens een belangrijke rol⁶⁰.

Om grenzen te stellen aan het gedrag van leerlingen en zo hun sociaal-emotionele ontwikkeling te bevorderen, is het soms nodig om te straffen. Effectieve straffen⁶¹ hebben een duidelijke verbinding met een pedagogisch doel. Vaak is straffen alleen onvoldoende, omdat een straf de leerling niet duidelijk maakt welk gedrag gewenst is. Hiervoor is dan een (herstel)gesprek nodig, waarbij eveneens samen met de leerling gezocht wordt naar gedragsalternatieven.

Omdat bij straffen het gevaar bestaat dat er een negatief interactiepatroon ontstaat, is in sommige omstandigheden negeren te verkiezen boven straffen. Bij het negeren doet de leerkracht alsof hij het negatief gedrag van de leerling niet heeft opgemerkt. Soms kan gedrag niet genegeerd worden. Er kan dan gebruik gemaakt worden van time-out⁶². Hierbij wordt de leerling gedurende een korte periode⁶³ uit de situatie gehaald en in afzondering geplaatst. Dit wordt meestal gebruikt om bepaald gedrag te begrenzen en te doen stoppen. Belangrijk bij time-out is dat deze situatie door de leerling zelf als minder aantrekkelijk ervaren wordt.

⁶⁰ Van der Wolf K. en van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009, blz. 166

⁶¹ Van der Wolf K. en van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009, blz. 127 – 144

⁶² De leerling wordt tijdens de lessen buiten de klas begeleid. Zie Vlaamse onderwijsraad en Koning Boudewijnstichting, Leer-kracht, veer-kracht, reflectieboek. Stapstenen voor het begeleiden van jongeren met gedragsproblemen, Die Keure, Brugge, 2006

⁶³ De time-out in fase 0 wordt hier begrepen als een pedagogische interventie op de school, door de leerkracht. In deze fase gaat het niet over de time-out-projecten. De time-out is effectief indien het aantal minuten time-out overeenstemt met de leeftijd in jaren van de leerling.

5. Opvolging van alle leerlingen

De school volgt alle leerlingen op qua sociaal-emotionele ontwikkeling. Hierbij is er aandacht voor de sociaal-emotionele vaardigheden, het welbevinden en betrokkenheid, relaties binnen de klasgroep, gedrag in verschillende situaties, ... In deze fase wordt deze informatie gebruikt om bij te sturen waar nodig.

Indien de preventieve aanpak door de leerkracht(en) niet (meer) volstaat of indien de aanpak wel volstaat maar de leerkracht maakt zich zorgen over bepaalde signalen, spreekt hij het zorgteam aan voor overleg en wordt de overstap gemaakt naar de fase van de verhoogde zorg.

6. Samenwerking met de ouders

Omdat de verantwoordelijkheid van de school en de ouders in elkaars verlengde liggen wat betreft de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerling, is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid. Ouders moeten vanuit hun verantwoordelijkheid als ouder een actieve rol kunnen spelen. Het is van wezenlijk belang dat de school ouderbetrokkenheid⁶⁴ stimuleert.

Leerlingen stellen het op prijs wanneer de school rekening houdt met hun sociaal netwerk van ouders, familie en vrienden. De leerlingen kunnen hierin een rol spelen door te fungeren als boodschapper en kunnen de betrokkenheid van de ouders helpen aanwakkeren.

Wanneer leerlingen merken dat hun leerkrachten en directie een open houding en goede verstandhouding hebben met hun ouders (en omgekeerd), zullen ze opdrachten, regels, waarden en normen van de school gemakkelijker aannemen en ook meer belang hechten aan wat hen op school bijgebracht wordt. Indien niet het geval is, is de kans groter dat deze leerlingen het schoolse minder belangrijk vinden of zelfs (deels) verwerpen.

Een constructieve communicatie en samenwerking helpen de leerling zich gunstig te ontwikkelen. Wederzijdse verwachtingen worden op elkaar afgestemd met respect voor elkaars situatie en standpunten.

Een goede relatie met ouders in deze fase vergemakkelijkt het bespreekbaar maken van eventuele gedrags- en emotionele problemen in een latere fase.

De school kan bewust een aantal initiatieven nemen. Mogelijke voorbeelden zijn:

- een laagdrempelig beleid bij contact met ouders, in het bijzonder voor hun vragen naar opvoeding en aanpak van hun kind en dit zowel op hun aangeven als naar aanleiding van signalen van leerkrachten. Omdat het bespreken van de sociaal-

⁶⁴ De mate waarin een ouder (emotioneel) betrokken is op de ontwikkeling van het kind, zijn school, de leraar.

emotionele ontwikkeling van leerlingen bij ouders erg gevoelig kan liggen, is aangepast taalgebruik zowel tijdens het gesprek als bij de correspondentie naar ouders aangewezen. Daarbij worden ouders erkend in hun rol en deskundigheid als ouder en wordt rekening gehouden met de sterke loyaliteit tussen ouders en kinderen. Het is niet aan de leerkracht om 'partij te kiezen' voor of tegen ouder of leerling⁶⁵;

- indien nodig wordt een tolk of intercultureel bemiddelaar ingeschakeld bij een gesprek met anderstalige ouders;
- integratie van de school in de buurt. De school betreft niet-schoolse activiteiten bij de eigen werking bijvoorbeeld rond sport, cultuur en vrijetijdsbeleving, activiteiten die opgezet zijn door partners uit de buurt, voor- en naschoolse opvang, ... Op deze wijze vergroot de kans op een positieve relatie tussen leerling, ouders en school wat het welbevinden en de betrokkenheid van de leerling op de school bevordert;
- ouders worden betrokken bij het uittekenen van het beleidsplan sociaal-emotionele ontwikkeling, bijvoorbeeld betrekken bij het opstellen van gedragsregels;
- ouders worden geïnformeerd over de ondernomen acties in verband met sociaal-emotionele ontwikkeling die de leerlingen krijgen en over de vorderingen die de leerlingen maken, bijvoorbeeld week tegen pesten⁶⁶.

7. Samenwerking met de leerlingen

20

Leerlingen betrekken als partners op school heeft een goede invloed op hun welbevinden op de school. Leerlingen die een gevoel van veiligheid hebben, eenduidige informatie ontvangen en zich betrokken weten, voelen zich beter op school, wat de kans op gewenst gedrag verhoogt.

Actieve participatie wordt vergemakkelijkt door de zorg voor een positief schoolklimaat en het bevorderen van de verhoudingen zowel tussen leerkrachten en leerlingen als tussen leerlingen onderling. De leerkracht en de leerling gaan in dialoog betreffende de leer- en leefomgeving op school⁶⁷.

Dit kan bijvoorbeeld door⁶⁸:

- het hanteren van coöperatieve en/of klasdoorbrekende werkvormen;
- op regelmatige basis te peilen naar het welbevinden van de leerlingen;
- de leerlingen te betrekken bij het opstellen van de regels;

⁶⁵ Van Mulligen W., Gieles P. en Nieuwenbroek A., Tussen thuis en school, over contextuele leerlingbegeleiding, Acco, Leuven, 2002

⁶⁶ Linthout L. (red.), Zorgbeleid in het basisonderwijs, Lannoo, Tielt, 2006

⁶⁷ JoPSi, Jongeren Procesgericht Screeningsinstrument, is een instrument voor leerlingen, het leerkrachtenteam en het GOK-team (of zorgteam) van de school dat hierbij gebruikt kan worden, www.steunpuntgok.be

⁶⁸ Zie ook: Organisatie van het zorgbeleid en Zorg binnen de klas

- de leerlingen ruimte te geven om mee te denken over de inhoud van de verschillende projecten, zoals go4talent⁶⁹;
- de leerlingen betrekken bij afspraken rond belonen;
- de leerlingen betrekken bij schoolexterne initiatieven zoals zwerfvuilacties, Kom op tegen kanker, Mobiele school, ...
- ...

⁶⁹ <http://go4talent.be/>

2 Verhoogde zorg – fase 1

Indien de preventieve aanpak onvoldoende blijkt, het gedrag verontrustend blijft, is zorgoverleg noodzakelijk. Vroege detectie en tijdige rapportering vergroten de kans om het probleem zo klein mogelijk te houden, gepaste interventies af te spreken en indien mogelijk verbetering te realiseren.

Het is in deze fase de bedoeling om in overleg de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de eventuele ondersteuningsbehoeften van de leerkracht(en) en/of ouders te formuleren om tot een doeltreffende aanpak te komen.

Gedrag en emoties hangen niet alleen samen met de leeftijd van de leerling maar ook met zijn ontwikkelingsniveau. Leerlingen die op een laag ontwikkelingsniveau functioneren, zullen hun problemen op een andere manier uiten dan leerlingen die op een leeftijdsadequaat ontwikkelingsniveau functioneren. Gedrag situeert zich daarbij op het continuüm van aanvaardbaar en normaal tot ongewenst en problematisch⁷⁰.

Het is belangrijk om uitingen van gedrag en emoties steeds vanuit het perspectief van de ontwikkeling⁷¹ te bekijken:

- scheidingsangst bij een kleuter passen binnen zijn ontwikkelingsfase, terwijl dit bij een 11-jarig kind wijst op een ernstig probleem;
- bij leerlingen van het lager onderwijs zijn er periodes waarin het leren samenwerken en het oplossen van ruzies nog moet geleerd worden en daardoor voor heel wat probleemgedrag kan zorgen;
- gedragsproblemen en/of regelovertredendgedrag tijdens de adolescentiefase⁷² hebben vaak een experimenteel karakter, gebeuren onder invloed van vrienden of druk vanuit de peergroep. Indien er adequaat op gereageerd wordt, ziet men het gedrag van deze jongeren aan het einde van de adolescentie vaak weer normaliseren.

Gedragsproblemen zijn veelzijdig en veel factoren kunnen het ontstaan, de instandhouding en de toename beïnvloeden. Het is belangrijk dat we op zoek gaan naar wat probleemgedrag in de hand werkt en/of in stand houdt⁷³. Hierbij worden de leerling en de ouders zoveel mogelijk betrokken.

Probleemgedrag kan gelinkt zijn aan verschillende factoren:

- fysiek niet in orde zijn, bijvoorbeeld door slaapgebrek, suikertekort, medicatiegebruik, epilepsie, ...

⁷⁰ Zie Theoretisch deel, Inleiding

⁷¹ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁷² Zie Bijlage 11: Breinontwikkeling bij adolescenten

⁷³ Vos D., Agogisch omgaan met probleemgedrag, Garant, Leuven, 1999

- overmatige stress die kan ontstaan door bijvoorbeeld te hoge verwachtingen bij de ouders, veranderingen in de gezinssamenstelling, examenperiodes of een nieuwe leerkracht;
- een traumatische belevenis meemaken. Soms reageren leerlingen via hun gedrag vele jaren later op feiten die eerder zijn gebeurd, bijvoorbeeld het overlijden van een ouder;
- een ontwikkelingsstoornis zoals ASS, ADHD, ontwikkelingsdysfasie, DCD, ...;
- ...

Omdat iedereen is ingeweven in een netwerk van relaties, wordt een gedragsprobleem steeds geplaatst binnen deze context⁷⁴. Dit betekent dat er niet alleen gelet wordt op wat er gebeurt, maar dat ook het denken over wat er gebeurt de interactie bepaalt. Zo kunnen medeleerlingen een rol spelen bij het ontstaan en het in standhouden van gedrags- en/of emotionele problemen. Bijvoorbeeld erg prestatiegerichte medeleerlingen kunnen faalangst in de hand werken bij sommige leerlingen. De leerkracht kan een rol spelen bij het ontstaan of het voortduren van een probleemgedrag, doordat hij, bijvoorbeeld de leerling op een manier aanspreekt die als onrechtvaardig wordt beleefd of dat zijn humor of feedback voor de leerling minder aangewezen is⁷⁵.

Factoren in de schoolomgeving kunnen aanleiding geven tot het ontwikkelen van gedrags- en/of emotionele problemen bij leerlingen. Dit kan gaan van de materiële schoolomgeving tot een niet optimaal schoolklimaat. Bijvoorbeeld: grote klasgroepen in te kleine klaslokalen of leerkrachten die weinig voeling hebben met het thuismilieu van de leerling, ...

Wat er op school gebeurt, heeft vaak ook te maken met de thuissituatie: faalangst, agressief of depressief gedrag, concentratieproblemen, ... kunnen een uitloeijsel zijn van conflicten thuis. Ook de klasleerkracht kan problemen in stand houden of versterken. Bijvoorbeeld te weinig structuur bieden bij leerlingen die hier nood aan hebben.

1. Zorgoverleg

Op het zorgoverleg beschrijft de leerkracht het gedrag van de leerling in concrete bewoordingen als 'zit vaak te wiebelen op zijn stoel', 'zit alsmaar te praten en roept luidop antwoorden door de klas', 'zoekt niet spontaan contact met andere leerlingen', 'vraagt voortdurend geruststelling en instructies bij taken', 'heeft langdurige driftbuien', 'zondert zich af', 'weent steeds bij het maken van nieuwe opdrachten', 'is extreem verlegen', ...

⁷⁴ Van Mulligen W., e.a., Tussen thuis en school, over contextuele leerlingbegeleiding, Acco, Leuven, 2002 Zie ook Theoretisch deel, Inleiding

⁷⁵ Van de Wolf K. en van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009

De beschrijving is steeds gekleurd door eigen ervaringen en de beleving van de leerkracht en is dus subjectief. Verschillende leerkrachten kunnen eenzelfde gedrag anders beleven en benoemen.

Tijdens het zorgoverleg wordt er over gewaakt dat ook positieve aspecten en stimulerende factoren aan bod komen. Vragen zoals 'waar is deze leerling goed in?' en 'waarin is de leerling vooral geïnteresseerd?' kunnen immers een insteek zijn om het aangemelde probleem aan te pakken.

2. Verzamelen van informatie

Om de onderwijs-, opvoedings- en ondersteuningsbehoeften zo goed mogelijk te bepalen, blijft het nodig om breed te kijken. Daarom wordt er met zoveel mogelijk informanten gesproken en gericht geobserveerd, in zoveel mogelijk situaties.

Indien vanuit het zorgoverleg onvoldoende informatie is om de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling vast te stellen, kan informatie ingewonnen worden door anderen te bevragen, door observatie, ...

- **Gesprekken met leerlingen**⁷⁶

Hoewel dagelijks veel gecommuniceerd wordt op scholen, gebeuren individuele gesprekken met leerlingen nog weinig systematisch. Toch is het van belang om het verhaal vanuit de beleving van de leerling te beluisteren⁷⁷. Degene die met de leerling praat, luistert op een open manier naar de leerling zonder al te veel gericht te zijn op de feiten en het beoordelen van de situatie. De leerling, hoe jong dan ook, wordt zo veel en zo actief mogelijk betrokken.

De beleving en de context van de leerling worden ernstig genomen. Leerlingen kunnen hun gedrag vaak verklaren of oplossingen aanreiken die bijdragen tot de latere aanpak. Eveneens hebben deze gesprekken een positieve invloed doordat de leerling actief betrokken wordt en respect krijgt door zijn inbreng en mening.

De leerling is een volwaardige gesprekspartner als er over zijn toekomst beslissingen worden genomen. In het gesprek geeft de leraar uitdrukking aan zijn zorgen over het gedrag van de leerling. Hij bespreekt ook de dingen die wel goed gaan. Hij checkt zijn conclusies bij de leerling. Klopt het beeld dat hij heeft van het gedrag? Of moet hij zijn gedrag bijstellen⁷⁸?

Een positieve relatie met begrip voor de cultuur en het thuismilieu van de leerling is een belangrijke beschermende factor voor leerlingen die opgroeien in risicosituaties.

⁷⁶ Zie ook Bijlage 1: Stappenplan: Communiceren met jongeren

⁷⁷ Hiervoor is de Life Space Crisis Intervention-methode geschikt: zie boek: : Long N., Wood M.M en Fescer F., Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties, Lannoo, Tielt, 2008

⁷⁸ Van de Wolf K. en van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009

Het opbouwen, voortzetten of herstellen van een goede relatie met de leerling staat voorop. Goed contact en een affectieve band met de leerling zijn voorwaarden om tot positieve beïnvloeding (opvoeding) te komen. Dit is zeker een aandachtspunt indien er sprake is van ordeverstoring of agressief gedrag. Het is belangrijk om als leerkracht niet te worden meegezogen in een persoonlijke strijd met de leerling.

Daarom is het aangewezen dat leerlingen op de hoogte zijn van wie ze kunnen aanspreken voor een gesprek zoals een zorgleerkracht, leerlingbegeleider, ...

In gesprek met de leerling houdt de school rekening met de loyaliteit van de leerling ten aanzien van zijn ouders, familie, etnische groep, medeleerlingen, ...

- **Gesprekken met leerkrachten**

Om meer informatie te verzamelen is het aangewezen om alle betrokken leerkrachten te bevragen, zowel informatie over het functioneren van de leerling in verschillende situaties als naar welke acties ondernomen werden met welk effect. Dit kan gaan van leerkrachten van vorige schooljaren, de turnleerkracht, een leerlingbegeleider, ...

- **Gesprekken met ouders**

Omdat ouders ervaringsdeskundigen en opvoedingsverantwoordelijken zijn, is met hen een gesprek aangaan over de onderwijs-, opvoedings- en ondersteuningsbehoeften en de aanpak van het gedrag op school aangewezen. Gedrag kan thuis anders zijn dan op school. Tijdens het gesprek gaat er niet enkel aandacht uit naar het zo helder mogelijk verwoorden van de zorgen maar ook de positieve aspecten worden besproken (wat gaat wel goed op school, thuis en in de vrije tijd).

De wederzijdse verwachtingen worden besproken met de ouders en de school is duidelijk over wat de bedoelingen zijn van de school⁷⁹. Met respect voor elkaars beleving en mening wordt samen gezocht naar een geschikte aanpak. De school staat in voor een transparante, open en duidelijke communicatie, die noodzakelijk is om de tussenkomsten op school en thuis elkaar te kunnen laten versterken.

De school heeft de verantwoordelijkheid om het initiatief te nemen, ook bij ouders die moeilijk bereikbaar zijn of niet spontaan meewerken.

- **Observatie**⁸⁰

Om beter zicht te krijgen op het gedrag van de leerling wordt er geobserveerd en concreet beschreven wat de leerling op dat ogenblik juist doet en in welke omstandigheden. Hierdoor krijgt de leerkracht zicht op mogelijke aanleidingen (triggers) en wat het gedrag mogelijk in stand houdt. Tevens wordt voorkomen dat er te eenzijdig gericht wordt op het problematische gedrag.

⁷⁹ Van de Wolf K. en van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009

⁸⁰ Zie Bijlage 5: Observeren

Verder kan de observatie van de effecten van aanpassingen aan de onderwijsleeromgeving informatie leveren over een mogelijke aanpak in een latere fase.

- **Samenvattende beeldvorming**

De beschikbare gegevens worden gebundeld. Volgende vragen kunnen gebruikt worden bij het inschatten van de ernst van het probleemgedrag⁸¹:

- Past het gedrag bij de leeftijd en/of het ontwikkelingsniveau van de leerling?
Hoe groter het verschil tussen de leeftijdsnorm en het probleemgedrag, hoe ernstiger het probleem. Indien een 10-jarige leerling gedrag stelt dat past bij de kleuterleeftijd is dit een ernstige indicatie voor overgang naar fase uitbreiding van zorg.
- Hoe storend is het gedrag voor de leerling, de leerkracht en de klasgroep?
- Hoe lang duren de problemen?
Hoe langer de problemen duren, hoe ernstiger het probleemgedrag.
- Zijn de problemen begrijpelijk gezien de omstandigheden?
Als de omstandigheden 'normaal' zijn, is het probleemgedrag als ernstiger te beoordelen dan wanneer er een duidelijke aanleiding is.
- Past het gedrag in de (sub)cultuur waartoe de leerling behoort?
Wanneer een bepaald gedrag niet voldoet aan de normen van de (sub)cultuur, beschouwt men het eerder als problematisch.
- Zijn er veel problemen met een hoge frequentie?
Wanneer veel problemen samen in een hoge frequentie voorkomen, dan beschouwt men ze als ernstiger.
- Welke types van problemen zijn er?
Als bepaalde problemen doorgaans weinig voorkomen in de normale populatie zullen ze eerder als ernstig worden beschouwd.
- Hoe intens zijn de problemen?
Problemen die intensief voorkomen, zijn ernstiger dan wanneer ze in een milde vorm voorkomen.
- Is de gedragsverandering begrijpelijk gezien het verleden of is ze geheel onverwacht?
Een onverwachtse gedragsverandering is doorgaans ernstiger.
- Komt dit gedrag in één of meerdere situaties voor?
Probleemgedrag in meerdere situaties is ernstiger.
- Belemmert probleemgedrag ook andere gebieden zoals leren, werkhouding, sociale contacten?
Hoe meer belemmeringen er voorkomen op verschillende ontwikkelingsgebieden, hoe ernstiger we dat vinden.

⁸¹ Rutter M., Helping troubled children, Penguin Education Harmondsworth, 1975

3. Onderwijs- en opvoedingsbehoeften van leerling(en) en aanpak bepalen

Hierna volgen enkele voorbeelden van mogelijke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van leerlingen en de eventuele aanpak.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Gilles heeft het moeilijk met de echtscheiding van zijn ouders. De hele situatie heeft impact op zijn schoolse prestaties en welbevinden. Zowel in de klas als op de speelplaats loopt hij er wat lusteloos bij. Doordat Gilles een goede band heeft met de leerkracht kan hij er met hem over praten. Gilles heeft nood aan een vertrouwenspersoon op de school die naar hem luistert.

Mogelijke aanpak: de zorgcoördinator en de leerkracht plannen enkele gesprekken met Gilles. In overleg met Gilles wordt een gesprek geregeld met zijn ouders. Tijdens dit gesprek wordt gesproken over hoe de situatie impact heeft op schoolse prestaties en welbevinden, maar ook over hoe Gilles zich de laatste tijd voelt.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Nina heeft klasgenoten nodig die haar ondersteunen om vat te krijgen op haar paniek bij onverwachte situaties.

Mogelijke aanpak: In afspraak met Nina bespreekt de leerkracht deze behoefte met de leerlingen. Op een overzichtelijk dag- en weekschema worden veranderingen zoveel mogelijk vooraf aangekondigd en elke week heeft Nina een 'assistent' die haar hier nog eens aan herinnert. Als Nina ondanks deze maatregelen nog angstig reageert, wordt afgesproken dit zoveel mogelijk te negeren en eventueel de leerkracht een seintje te geven.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Tijdens de speeltijd loopt een ruzie tussen Stijn en Pieter uit de hand. Stijn heeft zijn klasgenoot Pieter zo hard geschopt dat Pieter naar spoed moest. Het is niet de eerste keer dat er een conflict is tussen beide jongens. De ouders van Pieter vinden dit gedrag niet kunnen en eisen een gesprek met de dader. Zowel de ouders als de jongens hebben nood aan een herstellend gesprek.

Mogelijke aanpak: De klasleerkracht en/of zorgcoördinator gaan in gesprek met zowel de 'dader' als het 'slachtoffer'. Er wordt open gecommuniceerd over de conflicten en er wordt geluisterd naar beide partijen. Er worden interventies uitgezet⁸². De klasleerkracht, zorgcoördinator en directie organiseren eveneens een gesprek waarop alle partijen (ook de ouders) aan bod kunnen komen. De school leidt het gesprek en zorgt voor een terugblik en evaluatie.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Maya is erg gespannen en bang om fouten te maken. Ze heeft een leerkracht nodig die haar positief waardeert en die geen al te competitieve of prestatiegerichte sfeer in de klas laat ontstaan.

Mogelijke aanpak: Tijdens een individueel gesprek wordt aan Maya gevraagd wat zou kunnen helpen. Zo wordt er afgesproken dat Maya steeds genoeg tijd krijgt om haar taken af te maken. De taken en toetsen bespreekt de leerkracht individueel met haar. Ze legt uit dat fouten maken mag en dat je daar uit kan leren. De leerkracht heeft oog voor de positieve kenmerken of taken waarbij het goed loopt en benoemt die. In de klas benadrukt de leerkracht via gerichte activiteiten en spelletjes dat het heel gewoon is om fouten te maken.

⁸² Verschillende methoden kunnen hierbij helpen bijvoorbeeld: Rots en water-methode (<http://www.egel-weerbaarheid.nl/Wat%20is%20Egel.html>), No-blame-methode (<http://leefsleutels.be/cms/teasers/noblame/>), De coole kikker (<http://www.decoolekikker.nl/>)

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Leila heeft duidelijke regels en steun van de leerkracht nodig om zich aan de afspraken te kunnen houden en succeservaringen op te doen.

Mogelijke aanpak: De leerkracht heeft een duidelijk systeem van positief geformuleerde klasafspraken en een beloningssysteem voor de hele klasgroep. Omdat bepaalde gedragingen voor Leila extra moeilijk zijn, wordt er gedifferentieerd in samenspraak met Leila en haar ouders. Zij kan voor concreet omschreven gedrag een stempel verdienen, die aan het einde van de week wanneer het afgesproken aantal behaald is, kan omgezet worden in een keuzeactiviteit. Deze afspraak wordt aan de andere kinderen uitgelegd.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Mimount heeft een rustige omgeving nodig waar hij niet wordt afgeleid door geluiden en bewegingen wanneer hij zich moet concentreren op schoolse opdrachten.

Mogelijke aanpak: Samen met Mimount wordt er gekeken of de klasindeling/inrichting in de mate van het mogelijke kan worden aangepast, bijvoorbeeld met een scherm, zodat een 'rustige zone' ontstaat. Deze inrichting en het gebruik ervan wordt een werkplek voor iedereen en dat wordt besproken met de hele klas.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Febe mijdt relaties met anderen, is zeer verlegen en durft zelf geen gesprek te beginnen, noch met medeleerlingen, noch met volwassenen. Zij doet pogingen om onzichtbaar te zijn in de klas door zich weg te cijferen. Febe heeft behoefte aan veiligheid in haar contacten met anderen.

Mogelijke aanpak: De leerkracht zorgt voor geleide interacties tussen Febe en medeleerlingen binnen een veilige context. De leerkracht belooft snel kleine successen van Febe en geeft geen kritiek.

Onderwijs- en opvoedingsbehoefte: Riet reageert paniekerig op alle voor haar onbekende situaties op school. Een schoolreis, naar toneel gaan, carnaval vieren, ... zijn voor haar geen plezier en geven erg onbehaaglijke gevoelens. Onverwachte situaties leiden ertoe dat ze soms weken later een paniekaanval krijgt thuis. Riet heeft nood aan voorspelbaarheid.

Mogelijke aanpak: De leerkracht bereidt samen met de ouders uitstappen voor en visualiseert de volgorde van de activiteiten zodat Riet goed voorbereid is. Ook uit de leerkracht haar bezorgdheid tegen de ouders en adviseert hen om het CLB te contacteren.

4. Ondersteuningsbehoeften van leerkracht(en) en ouders en aanpak bepalen

Hierna volgen enkele voorbeelden van ondersteuningsbehoeften van leerkrachten en ouders en de eventuele aanpak.

Ondersteuningsbehoefte leerkracht: omwille van een erg drukke klas heeft juf An behoefte aan collega's waarbij zij af en toe haar hart kan luchten.

Mogelijke aanpak: In samenspraak met juf An wordt er aan een collega-leraar gevraagd of zij mentor wil zijn van juf An om haar steun en advies te geven over de aanpak van de klas.

Ondersteuningsbehoefte leerkracht: omwille van langdurige subtiele pesterijen in één bepaalde klas is de relatie tussen de (zorg)leerkracht en een leerling, de pester, in een negatieve spiraal terecht gekomen. De (zorg)leerkracht heeft nood aan een gesprek om uit te zoeken hoe deze pestproblematiek aangepakt kan worden en hoe deze relatie terug in positieve zin kan evolueren.

Mogelijke aanpak: De CLB-medewerker wordt aangesproken. Er volgt een gesprek waarin de (zorg)leerkracht zijn verhaal kan vertellen, welk effect het gedrag van de leerling op hem heeft. Er wordt gezocht naar de beste aanpak. Tijdens dit gesprek duidt en herkadert de CLB-medewerker het gedrag

van de pester waardoor de (zorg)leerkracht opnieuw begrip kan opbrengen voor de situatie en de relatie in een positieve spiraal terecht komt.

Ondersteuningsbehoefte ouders: de moeder van de temperamentvolle Tim heeft nood aan een kleuterleidster die haar bevestigt in de opvoeding van haar zoon.

Mogelijke aanpak: Doordat de moeder van Tim nood heeft om te ‘ventileren’ wordt er afgesproken dat wanneer de moeder Tim van school komt halen, de kleuterleidster regelmatig een kort gesprek met haar aangaat en vertelt haar dat haar aanpak goed is.

Ondersteuningsbehoefte ouders: de ouders van Davina hebben behoefte aan een leerkracht die hen met hen zoekt naar hoe zij best reageren indien Davina haar huiswerk niet wil maken.

Mogelijke aanpak: De zorgleerkracht bespreekt met Davina en de ouders de huiswerksituatie. Het doel en nut van huiswerk wordt aan Davina uitgelegd. Samen bekijken ze hoe zij ervoor kunnen zorgen dat Davina haar huistaken toch maakt.

5. Plannen, handelen en evalueren

Heel wat min of meer beperkte problemen kunnen schoolintern worden aangepakt en opgelost. Hierbij speelt de kwaliteit, de duur en de uitvoering van extra zorgacties een rol. Men houdt bij de zorgacties rekening met het moeilijkheidsniveau, de hoeveelheid en de interesse van de leerling. Een belangrijk uitgangspunt is het behoud van de motivatie van de leerling.

De leerkracht plant samen met het zorgteam vanuit de onderwijs- en opvoedingsbehoeften geschikte acties en interventies en wordt de evaluatie hiervan vastgelegd.

Het is de bedoeling om deze aanpak gedurende een afgesproken periode uit te proberen. Mogelijke ondersteunende maatregelen zijn: individuele gesprekken, werken met buddy's of vertrouwensleerlingen, werken in een aangepaste omgeving, werken met aangepaste materialen en methodes: koptelefoon, afdekkaart, De Coole kikker, Kids' Skills en Mission impossible, ...

Leerkrachten kunnen geconfronteerd worden met problemen zoals middelengebruik (drugs, alcohol), zelfverwonding, zelfdoding (poging), eetproblemen, ... Bij deze problemen wordt na overleg tussen de leerling, de ouders en zorgteam, het CLB gecontacteerd en nauw betrokken in de werking.

In dit protocol wordt dit niet verder uitgewerkt. In Bijlage 6 worden deze problematieken omschreven aan de hand van signalen die de bezorgdheid van de leerkracht wekken samen met een aanzet tot handelen⁸³.

⁸³ Zie Bijlage 6: Aanpak van een aantal specifieke problemen in het secundair onderwijs

- **Herstellend handelen**⁸⁴

Wanneer er zich normoverschrijdende feiten of problemen voordoen in een klas en schoolgemeenschap kan dit op verschillende manieren worden aangepakt. In veel schoolmiddens is de eerste reactie sanctioneren of zorg en begeleiding opstarten. Indien mogelijk en wenselijk dient ook steeds het herstellend handelen overwogen te worden. Deze aanpak is complementair aan de sanctionerende en begeleidende aanpak. Indien men als school te weinig ervaring heeft met 'herstellend handelen' kan men beroep doen op iemand van het CLB die hiermee ervaring heeft.

Herstellend handelen⁸⁵ vertrekt vanuit (een) feit(en) waarbij een norm overschreden werd, bijvoorbeeld een vechtpartij op school tussen verschillende leerlingen. De focus ligt niet zozeer op de betrokken persoon, maar op feiten, de geleden schade, de beleving van de betrokkenen en de verantwoordelijkheid om de schade hersteld te krijgen. Er wordt een interactief participatief proces opgezet met de deelnemers die door het feit geraakt werden en er wordt geluisterd naar hoe zij dit beleefd hebben. Van de partijen wordt verwacht dat ze zich kwetsbaar opstellen en hun verantwoordelijkheid opnemen.

Vanuit deze ontmoeting wordt gewerkt aan herstel. Dit moet door alle partijen als eerlijk worden ervaren. Bij een vechtpartij op school waarbij een jongen opgenomen werd in het ziekenhuis, zijn excuses van de dader niet voldoende. Er is dus een component van rechtvaardigheid aanwezig. Het is van groot belang dat de steun die men biedt aan de leerling (pleger) in evenwicht is met de uitdaging (herstel) die men hem stelt.

- **Evalueren**

De maatregelen kunnen na evaluatie resulteren in de vaststelling dat:

- de maatregelen volstaan. Er wordt beslist om de maatregelen verder te zetten of geleidelijk af te bouwen;
- de maatregelen wel resultaten opleveren, maar men zich zorgen blijft maken over het functioneren van de leerling zonder deze maatregelen. Gelijkzeitig wordt het CLB ingeschakeld en wordt er overgegaan naar de fase van uitbreiding van zorg;
- de maatregelen uit de verhoogde zorg geen of onvoldoende resultaat opleveren binnen de afgesproken termijn. De maatregelen worden bijgestuurd. Indien uit herevaluatie opnieuw blijkt dat er geen of onvoldoende resultaat is, wordt gelijktijdig met een nieuwe bijsturing het CLB ingeschakeld en wordt er overgegaan naar de fase van uitbreiding van zorg. Dit lijkt ons met name aangewezen wanneer de klassenraad een tuchtmaatregel⁸⁶ wil overwegen.

⁸⁴ Zie Criteria voor herstelgericht groepsoverleg: Vlaamse onderwijsraad en Koning Boudewijnstichting, Leerkracht, veerkracht, reflectieboek. Stapstenen voor het begeleiden van jongeren met gedragsproblemen, Die Keure, Brugge, 2006

⁸⁵ Zie Bijlage 2: Het herstellend (twee)gesprek

⁸⁶ <http://www.ond.vlaanderen.be/wetwijs/thema.asp?id=140> en http://www.jeugdrecht.be/?action=artikel_detail&artikel=205

3 Uitbreiding van zorg – fase 2

Het diagnostische traject⁸⁷ bij gedrags- en/of emotionele problemen en het vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis legt de nadruk op het indicerende aspect. Het richt zich op het omschrijven van de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van zijn ouders en leerkrachten. Zo wordt gedrag doorheen het diagnostisch traject steeds in zijn transactionele context geplaatst. Deze leerling van deze ouders, in deze klas, bij deze leerkracht, in deze school heeft een moeilijkheid, hoe kunnen we dat aanpakken.

In de uitbreiding van zorg wordt eveneens aandacht geschonken aan de classificerende⁸⁸ hypothesen van ADHD, autismespectrumstoornis, gedragsstoornis, depressieve stoornis en angststoornis.

Deze problematieken situeren zich steeds op een continuüm⁸⁹, waarbij de grens tussen normaal en problematisch niet vastligt, maar afhankelijk is van normen, perceptie, beleving, ... Het is belangrijk dat het CLB-team een onderscheid kan maken tussen enerzijds tijdelijke, situatie- of leeftijdsgebonden problemen die soms heftig en ingrijpend kunnen zijn maar van voorbijgaande aard en anderzijds ernstige, chronische en persistente problemen met een integraal karakter. Bij deze laatste hoeft het niet om een stoornis te gaan. Emotionele en/of gedragsproblemen van een leerling kunnen samenhangen met bijvoorbeeld een jarenlange vechtscheiding, een zware psychiatrische problematiek bij één van de ouders of geweld in het gezin, ... Deze situaties zijn niet altijd zichtbaar voor de (school)omgeving.

Wanneer het CLB voor een onderkende hulpvraag de HGD-cyclus heeft doorlopen en het vermoeden van één van bovenvermelde stoornissen kan bevestigen, verwijst het door naar externe deskundigen. Ook na doorverwijzing blijft het CLB de leerling en de ouders verder opvolgen, dit samen met de school en in overleg met de externen. Vanuit dit overleg kunnen de resultaten van het extern onderzoek handelingsgericht vertaald worden naar de leerling, de ouders en de school.

⁸⁷ Het Algemeen deel is een onmisbare basis voor dit diagnostische traject. Elk aspect van dit specifieke diagnostische traject is slechts een aanvulling bij het traject uit het Algemeen deel.

⁸⁸ *Classificerend* verwijst naar het vaststellen van een stoornis volgens een classificatiesysteem als de DSM of ICD. Verder in dit protocol gebruiken we *onderkendend* als overkoepelende term voor zowel *beschrijvend* als *classificerend*. Zie Pameijer N. en van Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek, een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*, Acco, Leuven, 2004, blz. 113.

⁸⁹ Zie Theoretisch deel, Wat verstaan we onder 'gedrags- en emotionele problemen'

1. Intakefase

Wanneer een jongere zelfmoordgedachten uit of er een vermoeden is dat de jongere deze heeft, krijgt dit prioriteit⁹⁰.

1 Vraag verhelderen

Een hulpvraag aan het CLB is meestal van het type “Wat is er aan de hand met mij/ons kind/deze leerling?” en “Wat kunnen we er aan doen?”. Frequent is die vraag vrij algemeen of vaag geformuleerd.

Voorbeelden:

- Wat is er toch met Bert? Hij reageert zo agressief en is zelden aandachtig in de les.
- Wat is er met Yousra? Zij staat vaak alleen op de speelplaats en ziet er ongelukkig uit.
- Hoe pak ik Kris best aan? Hij is 7 jaar, let niet op in de les, is zo druk en stoort andere leerlingen.
- Jonas heeft ASS. Kan hij GON-begeleiding krijgen?
- Het gebeurt dat ik tijdens een examen plots niets meer weet. Wat kan ik doen om dit te voorkomen?

Bij het ‘beluisteren’ van gedrags-, emotionele en/of ontwikkelingsproblemen maakt de CLB-medewerker onderscheid tussen wat als klachtgedrag wordt gemeld en de emoties en cognities die dit gedrag bij de leerling, de ouder(s) en de leerkracht oproepen. Hij brengt deze verschillende aspecten ter sprake.

32

2 Wensen en verwachtingen bevragen

3 Klacht analyseren: negatief en positief

Het gebeurt geregeld dat men in de intakefase alleen het louter storend gedrag van de leerling vermeldt, zoals een geprikkelde stemming, overtreden van regels, schelden, ruziën, snel huilen, driftbuien, motorische onrust, ... Daarom vraagt de CLB-medewerker steeds naar minder opvallend gedrag zoals zich afzonderen, niet reageren, aandacht niet kunnen volhouden, ... Het is belangrijk ook te vragen naar de concrete situaties waarin gedrag zich wel en niet voordoet.

Daarnaast is het essentieel steeds aandacht te hebben voor de sterktes van de leerling, zoals opgewekt van aard zijn, humor hebben, fouten durven maken, goede schoolresultaten halen, ... Er wordt ook gekeken naar positieve aspecten en sterktes van de leerkracht, klasgroep en ouders.

⁹⁰ Zie Bijlage 7: Spoedintake bij suïciderisico

Leerkrachten, ouders en leerlingen beleven situaties vaak anders. De CLB-medewerker analyseert de overeenkomsten en verschillen in beleving.

4 Probleem analyseren

Om in de strategiefase van subjectieve klachten naar objectieve problemen te kunnen gaan, worden in de intake zowel mogelijke belemmeringen voor de ontwikkeling als positieve aspecten geïnventariseerd. De CLB-medewerker verzamelt voldoende en relevante informatie over concrete gedragingen.

Voorbeelden:

- Camilla is erg agressief. – Wanneer een andere leerling Camilla iets vraagt, duwt ze hem van zich af en begint te schreeuwen dat ze met rust gelaten wil worden.
- Kato begrijpt soms niet waar het over gaat. – Toen ik aan Kato vroeg of ze met mijn voeten aan het spelen was, zei ze “neen” en keek heel onthutst naar mijn voeten.
- Alessio is zo druk. – Alessio’s stoel staat zelden op vier poten. Alessio loopt rond, roept antwoorden of opmerkingen door de klas.
- Een nieuwe groep vind ik verschrikkelijk. – Wanneer ik me moet voorstellen aan een nieuwe groep, begin ik te zweten, sla ik rood uit en kan ik niet op mijn woorden komen.

Het analyseren van problemen gebeurt door in gesprek met de leerling, de ouders en de leerkrachten te bevragen:

- wie welke problemen ervaart;
- sinds wanneer;
- of er periodes zijn met en zonder problemen;
- waaruit de problemen bestaan;
- hoe vaak en hoe heftig problemen zich voordoen;
- hoe lang de problemen duren;
- in welke situaties problemen zich voordoen en in welke juist niet;
- wat probleemgedrag uitlokt;
- wat de leerling/ouder/leerkracht deed, dacht en voelde in die situaties;
- hoe ouders/medeleerlingen/leerkrachten reageren op het gedrag van de aangemelde leerling;
- hoe de leerling/ouder/leerkracht met de problemen omgaan (copingstrategieën);
- ...

Aanbevolen instrumenten⁹¹:

- Handelingsgerichte intakevragenlijst
- Leidraad voor taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters
- Kleuters Veilig Oversteken

⁹¹ Zie Diagnostisch materiaal.

Rechtstreekse observatie van de leerling, al dan niet in combinatie met een gesprek⁹², verrijkt de beeldvorming.

Het CLB-team verzamelt relevante gegevens uit CLB-dossier, leerlingendossier van de school, verslaggeving van externe diensten, ...

4.1. Alle ontwikkelingsgebieden exploreren

Tijdens de intake is het aangewezen om bijvoorbeeld niet enkel te peilen naar het emotioneel functioneren, zoals de stemming van de leerling, maar om alle ontwikkelingsgebieden van de leerling te verkennen met aandacht voor sterktes en zwaktes. Deze brede inventaris is nodig omdat eenzelfde gedrag verband kan houden met uiteenlopende problematieken.

Volgende ontwikkelingsgebieden worden overlopen en in hun onderlinge samenhang bekeken:

- Cognitief functioneren
- Communicatie
- Leerontwikkeling
- Lichamelijk functioneren en uiterlijke kenmerken
- Sociaal-emotioneel functioneren
- Werkhouding en taakgedrag
- ...

4.2. Contextkenmerken exploreren

De gegevens uit de school- en klasomgeving evenals informatie uit de thuisomgeving worden in kaart gebracht.

De school levert bestaande gegevens aan. De kijkwijzers⁹³ en gehanteerde volgsystemen van de school vormen een rijke bron van informatie.

Volgende indeling kan helpen om factoren uit de klas- en schoolomgeving te exploreren:

- Klassenmanagement
- Methodekenmerken
- Pedagogische werkwijze
- Vakken en didactische vaardigheden
- Kenmerken van klasgroep, schoolteam

⁹² Zie Bijlage 3: Gesprek met de leerling

⁹³ Zie Diagnostisch materiaal; Pameijer N. en van Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek, Acco, Leuven, 2005 en Kievit, e.a. , Handboek Psychodiagnostiek voor de Hulpverlening aan Kinderen, De Tijdstroom, 2005

- Ruimtelijke kenmerken van de school
- Buurtcontext
- ...

Volgende indeling kan helpen om factoren uit de thuisomgeving⁹⁴ te exploreren:

- Lichamelijke verzorging
- Ontwikkelingsstimulering op vlak van communicatie, cognitie, motoriek, ...
- Pedagogische vaardigheden en ouderschap
- Relevante gezinskenmerken
- Steun bij sociaal-emotionele ontwikkeling
- Buurtcontext
- ...

4.3. Attributies bevragen

Meestal hebben de verschillende betrokkenen uiteenlopende verklaringen voor de gedrags- en/of emotionele problemen. Zo kunnen leerling, leerkracht en ouders de oorzaak (deels) bij zichzelf leggen of naar elkaar of naar de omgeving wijzen als oorzaak van de problemen. Ook CLB-medewerkers hebben vaak al een verklaring, die doorheen het traject getoetst moet worden. Het verhelderen van attributies en onderscheid maken tussen externe en interne verklaringen, geeft aanwijzingen over de motivatie van de verschillende betrokkenen om hun eigen gedrag of de situatie te veranderen⁹⁵.

De CLB-medewerker zal met de attributies van de verschillende betrokkenen rekening moeten houden wanneer hij na de strategiefase voorstellen tot onderzoek of interventie doet. Voorstellen die niet afgestemd zijn op de verklaringen die de betrokkenen geven aan het probleem, zullen op weinig of geen medewerking kunnen rekenen en het handelingsgericht traject blokkeren.

Het analyseren van de attributies kan inzicht geven in de 'vraag achter de vraag'. Aandacht voor onderliggende hulpvragen kan vermijden dat mensen zich niet geholpen voelen omdat ze met een 'onbeantwoorde vraag' blijven zitten.

Voorbeelden van mogelijke verklaringen van de leerling zijn:

- Ik kan thuis niet terecht met mijn problemen.
- De leerkracht heeft iets tegen mij.
- De andere leerlingen leiden mij af.
- Sinds mijn oma gestorven is, heb ik nachtmerries.
- Ik ben bang om uitgelachen te worden.
- Het is uit met mijn lief. Ik heb nergens meer zin in.

⁹⁴ Bij de exploratie van de thuisomgeving wordt ook informatie verzameld over de naschoolse opvang, jeugdbeweging, sportclub, bij vrienden thuis, ...

⁹⁵ Pameijer N. en van Beukering T., *Handelingsgerichte diagnostiek, een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*, Acco, Leuven, 2007, blz. 105.

Voorbeelden van mogelijke verklaringen van de ouders zijn:

- Mijn kind wordt aanhoudend gepest op school.
- De leerkracht kan niet om met leerlingen die wat moeilijker zijn.
- Dat komt door haar leeftijd. Het groeit er wel uit.
- Mijn kind lijdt onder onze scheidingssituatie.
- Misschien bescherm ik mijn kind teveel.
- Ik kan geen neen zeggen.

Voorbeelden van mogelijke verklaringen van de leerkracht(en) zijn:

- De leerling komt uit een oorlogssituatie.
- De ouders stellen te weinig grenzen in hun opvoeding.
- Het is een te drukke klas.
- Ik heb te weinig ervaring in het omgaan met gedragsproblemen.
- Ik hang nog te sterk vast aan het handboek om te kunnen differentiëren.
- Ik heb het moeilijk met leerlingen die voortdurend om hulp vragen.

4.4. Maatregelen en effecten beschrijven

Het effect van de verschillende maatregelen die binnen een aanpak thuis en op school al werden toegepast wordt bevraagd. Dit om een zo concreet en objectief mogelijk beeld te bekomen van de leerling ook wat betreft het effect van de maatregelen op zijn ontwikkeling.

5 Afstemmen

2. Strategiefase

De ernst van de (subjectieve) klachten worden ingeschat om tot (geobjectiveerde) problemen te kunnen komen⁹⁶. Vervolgens worden problemen, risicofactoren, positieve kenmerken en protectieve factoren geclusterd.

1 Kindkenmerken clusteren

Om de ernst van het probleemgedrag in te schatten, zijn de criteria van Rutter⁹⁷ aanbevolen. Dit veronderstelt dat men al een goed beeld heeft van de problematiek.

Kindkenmerken	
Positieve en beschermende factoren	Risicofactoren
Cognitief functioneren	
is flexibel in zijn denken	heeft een verstandelijke beperking
kan goed onthouden	verliest zich in details
kan constructief reageren bij conflictsituaties	heeft moeite met het organiseren van zijn boekentas en bank
Communicatie	
kan zijn emoties verwoorden	gebruikt ongepaste taal zoals schelden
is taalvaardig	heeft een vlakke intonatie en weinig mimiek
begrijpt humor	heeft moeilijkheden met het correct begrijpen van lichaamstaal en beeldspraak
Leerontwikkeling	
behaalt goede schoolresultaten	heeft vaak onvoldoendes
kan inzichtelijk leren	automatiseert moeilijk
kan verschillende oplossingswegen voor een probleem bedenken	past het geleerde rigide toe

⁹⁶ Pameijer N. en van Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek, een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen, Acco, Leuven, 2007, blz. 124

⁹⁷ Zie Hulpmiddel: Ernst van probleemgedrag volgens de criteria van Rutter. Rutter M., Helping troubled children, Penguin Education, Harmondsworth, 1975

Lichamelijk functioneren en uiterlijke kenmerken	
heeft een buitenschoolse hobby waarin hij zijn energie kwijt kan	gebruikt drugs
hoort goed	slaapt te weinig
heeft een leuk voorkomen	heeft moeite om zich zelfstandig aan te kleden
Sociaal-emotioneel functioneren	
is opgewekt van aard	kan moeilijk omgaan met mislukken, huilt dan vlug
kan zich inleven in gevoelens van anderen	reageert snel agressief
kan samenspelen	verliest zich in zijn fantasie
Werkhouding en taakgedrag	
durft fouten maken en laat zich bijsturen	geeft snel op wanneer een opdracht niet onmiddellijk lukt
stelt zich leergierig op	heeft een traag werktempo
kan zelfstandig werken	maakt veel aandachts- en slordigheidsfouten bij het maken van notities en huistaken
Aanvullende informatie:	

2 Contextkenmerken clusteren

Aandachtspunt bij de diagnostiek van gedrags- en emotionele problemen is dat deze zich definiëren in relatie tot de socioculturele context van het kind/de jongere en het maatschappelijk kader van regels, waarden en normen. Vooral in de adolescentieperiode dient er aandacht te zijn voor het mogelijke spanningsveld tussen de ontplooiingskansen en beperkingen van de jongere enerzijds en zijn context anderzijds.

Kenmerken klas- en schoolomgeving	
Positieve en beschermende factoren	Risicofactoren
Klassenmanagement:	
ordelijke, heldere en uitnodigende leeromgeving	de leerkracht bekrachtigt te weinig het goed naleven van de gemaakte afspraken door de klasgroep.
de dagindeling staat op het bord	weinig routine of regelmaat
leerkracht voorziet bewegingstussendoortjes	allerlei materialen slingeren rond in de klas
Methodekenmerken	
voldoende uitdagende leerstof	weinig differentiatiemogelijkheden
voldoende mogelijkheid tot inoefenen	chaotische samengestelde cursus
overzichtelijke werkbladen met duidelijke instructies	methode gebaseerd op zelf ontdekken van oplossingsstrategieën
Pedagogische werkwijze	
de leerkracht beloont de sterke kanten van alle leerlingen	de leerkracht gaat te snel mee met het vermijdingsgedrag van de leerling
nieuwe kleutertjes mogen de eerste schooldagen op de schoot van de juf troost zoeken	de leerkracht heeft weinig begrip voor sombere gevoelens
de leerkracht gaat creatief om met leerlingen met gedragsproblemen, maakt haalbare afspraken en stuurt onopvallend bij	de leerkracht geeft geen extra instructies voor leerlingen met aandachtsproblemen
Vakkennis en didactische vaardigheden	
de leerkracht kan een taak opdelen in deelvaardigheden	de leerkracht kent nog te weinig de mogelijkheden van het handboek
de leerkracht geeft informatie over hoe een spreekbeurt kan voorbereid worden	de leerkracht maakt weinig bordschema's
de leerkracht kan werkvormen afstemmen op eigenheid klasgroep	de leerkracht houdt weinig rekening met de normale sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren
Aanvullende informatie: kenmerken van klasgroep, schoolteam, ruimtelijke omgeving school, buurtcontext, ...	
in de klas is er wederzijdse ondersteuning tussen de leerlingen	

de school beschikt over spelfaciliteiten als speelgoedkoffers, attractieve speelplaats
de leerkracht voelt zich ondersteund in de aanpak van probleemgedrag door haar collega's

Kenmerken thuisomgeving	
Positieve en beschermende factoren	Risicofactoren
Ontwikkelingsstimulering	
de ouders hebben realistische verwachtingen over het schools functioneren van hun kind	de ouders oefenen urenlang schoolse leerstof met hun kind
er is speelgoed in huis dat aansluit bij het spelniveau van het kind	de ouders verwoorden hun gevoelens weinig
bij het zoeken naar een oplossing voor een probleem verwoorden ouders de stappen die ze zelf zetten	de ouders vinden sportieve prestaties van hun kind belangrijker dan het bewegingsplezier
Lichamelijke verzorging	
de kinderen hebben de mogelijkheid om veel te bewegen zowel binnen als buiten de woning	het kind lijkt 's morgens vaak niet uitgeslapen
de ouders volgen vlot adviezen op na een medisch consult	de leerling heeft steeds een zak chips mee als tussendoortje
de leerling ziet er steeds verzorgd uit	in het gezin is er weinig aandacht voor lichaamsverzorging
Pedagogische vaardigheden	
de ouders kunnen plezier maken met de kinderen en maken daarvoor tijd vrij	de kinderen mogen zelf kiezen op welk moment ze eten of gaan slapen
de ouders stimuleren het kind tot zelfstandigheid zonder het te overvragen	er wordt steeds bestraffend opgetreden als iets misloopt in huis
de ouders maken onderling afspraken over aanpak van de kinderen	de ouders slagen er niet in om gemaakte afspraken op te volgen
Relevante gezinskenmerken	
in moeilijke situaties vangen de grootouders de kinderen op	er zijn andere kinderen met gedrags- en/of emotionele problemen in het gezin
vader nam loopbaanonderbreking om de kinderen voor- en naschools te kunnen opvangen	de ouders zijn anderstalig en de kinderen moeten optreden als tolk

het gezin is financieel draagkrachtig	de ouders maken een moeilijke echtscheiding door
Steun bij sociaal-emotionele ontwikkeling	
de ouders ondersteunen hun kinderen bij het aanleren van sociale vaardigheden	de ouders zijn zelf onzeker in sociale situaties
de ouders bespreken met hun kind welk gedrag ze in welke situatie verwachten	de ouders geven de boodschap aan hun zonen dat jongens vooral “flink” moeten zijn
de ouders belonen positief gedrag, eerder dan negatief gedrag te bestraffen	emoties zijn niet bespreekbaar in het gezin
Aanvullende informatie: kenmerken van buurtcontext, ...	
het gezin woont in een landelijke omgeving met weinig vrijetijdsaanbod	

3 Diagnostisch traject kiezen

De combinatie en verhouding van sterktes en zwaktes van de leerling en zijn context worden bekeken, zoals ze naar voor komen in de clustering. Welke verhouding is er tussen de verschillende beschermende en risicofactoren? Hoe werken factoren van leerling en context op elkaar in?

Het multidisciplinaire CLB-team

- weegt de ingewonnen gegevens tegenover elkaar af;
- plaatst eventuele tegenstrijdigheden in de informatie tegenover elkaar om ze verder te onderzoeken;
- gaat na of bijkomend onderzoek nodig is om de hulpvragen te beantwoorden;
- formuleert hypotheses en zet ze om in onderzoeksvragen;
- toetst de onderzoeksvragen op hun relevantie voor het handelen en bepaalt welk (bijkomend) onderzoek aangewezen is om deze te beantwoorden.

Het diagnostische traject hangt af van het type vraagstelling uit de intake en de reeds beschikbare gegevens. Voor het CLB ligt bij gedrags- en emotionele problemen de focus op de indicerende diagnostiek. Dit vereist een actieve samenwerking tussen CLB, ouders, leerling en school. Om tot een goede indicatiestelling te komen, met name bij een open indicerende vraag als ‘hoe gaan we best met dit gedrag om?’, kunnen verklarende hypotheses en daaraan gekoppelde onderzoeksvragen aangewezen zijn.

Indien er een vraag is naar onderkende diagnostiek, kan het CLB een hypothese ‘vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis’ formuleren. Bij bevestiging van dit vermoeden kan het CLB-team doorverwijzen naar externe deskundigen voor verdere

classificerende diagnostiek. De bevestiging van een onderkende hypothese hoeft evenwel niet steeds uit te monden in verder onderzoek. Zo kan er na onderzoek een sterk vermoeden zijn van ADHD bij een leerling zonder dat de formele classificatie voor de betrokkenen een meerwaarde betekent voor het handelen.

Voor leerlingen die al een classificerende diagnose hebben, stelt het CLB-team indicerende vragen met het oog op indicering en advies.

4 Hypotheses en onderzoeksvragen formuleren

4.1. Hypotheses formuleren

Bij de formulering van hypothesen is het belangrijk dat de CLB-medewerker zicht heeft op zijn eigen vooroordelen en ‘voorkeursdiagnoses’. Verder moet hij zich ervan bewust van zijn dat wanneer een vermoeden van een stoornis wordt uitgesproken, de betrokkenen daarmee onbewust een ‘bril’ opzetten die filtert op feiten die het vermoeden van een stoornis bevestigen. Feiten die dit vermoeden weerleggen worden nog maar weinig of niet toegelaten en gebeurtenissen worden geïnterpreteerd vanuit een bepaalde stoornis. Het is onder meer op dit moment in het HGD-traject dat het multidisciplinair werken erg nuttig of noodzakelijk kan zijn. Overleg binnen het CLB-team kan beschermen tegen deze vooringenomenheid en helpen om alternatieve hypothesen te formuleren.

- **Onderkende hypothesen**

Wanneer uit de intake een onderkende vraag kwam, worden meerdere onderkende hypothesen geformuleerd. Deze kunnen leiden tot classificatie van een stoornis. Bij het stellen van een hypothese ‘vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis’ is omzichtigheid geboden. Kinderen, zeker jonge kinderen, zijn nog volop in ontwikkeling, ze moeten nog veel vaardigheden leren en hiervoor voldoende tijd krijgen.

Meerdere onderkende hypothesen zijn nodig omdat signalen die bijvoorbeeld doen denken aan een depressie, ook symptomen kunnen zijn van een andere stoornis. Zo kan bij kinderen prikkelbaar en geagiteerd gedrag een signaal zijn voor een depressie, maar ook kaders binnen ADHD of een gedragsstoornis. Verder is het zinvol na te gaan of reacties passen binnen een normaal ontwikkelingsverloop. Zo zijn angsten gewoon tijdens de kindertijd en brengt de adolescentie angsten en onzekerheden naar boven. Wanneer angsten blijven aanhouden, niet naar verhouding en dysfunctioneel zijn, kan gedacht worden aan een angststoornis, een depressie of een autismespectrumstoornis.

In dit protocol wordt ingegaan op ADHD, autismespectrumstoornis, gedragsstoornis, depressieve stoornis en angststoornis. Om tot een hypothese te

komen, dient per stoornis de verschijningsvorm⁹⁸ aansluitend bij de ontwikkelingsfase van de leerling naast de geclusterde kind- en contextkenmerken te worden gelegd.

Het is niet de bedoeling dat het CLB-team zelf een van deze diagnoses stelt. Het onderkennend diagnostisch onderzoek heeft als doel het vermoeden van één of meerdere van deze classificerende hypothesen te bevestigen of weerleggen.

Voor een goede differentiaaldiagnostiek en omwille van de mogelijke comorbiditeit verdienen behalve de stoornissen binnen dit protocol volgende hypothesen aandacht:

- dyslexie;
- dyscalculie;
- hoogbegaafdheid;
- zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking;
- motorische stoornis;
- spraakstoornis en taalontwikkelingsstoornis;
- functiebeperking (auditief, visueel, motorisch);
- medische diagnose (verstoorde klierwerking, CVS, ...);
- problematische opvoedingssituatie;
- classificaties uit DSM of ICD die niet in dit protocol zijn opgenomen (ticstoornis, eetstoornis, slaapstoornis, bipolaire stoornis, trauma- en stressgerelateerde stoornis, ...);
- ...

- **Indicerende hypothesen**

Indien vanuit de verhoogde zorg nog indicerende vragen overblijven, dan worden deze hier meegenomen. Daarnaast worden een aantal bijkomende indicerende hypothesen geformuleerd. Deze richten zich op de sterktes en op de veranderbare kenmerken bij de leerling, in de onderwijsleersituatie en in de opvoedingscontext.

- **Verklarende hypothesen⁹⁹**

Bij sommige hulpvragen is inzicht in de verklarende factoren nodig om aanbevelingen te kunnen formuleren. Dit geldt met name voor 'open' indicerende vragen als 'wat is de meest aangewezen aanpak bij deze leerling?'. Het toetsen van een verklarende hypothese is binnen een handelingsgerichte diagnostiek geen doel op zich, maar staat steeds in functie van een degelijke indicatiestelling. De attributies van de betrokkenen, zoals verzameld in de intakefase, kunnen een aanzet zijn voor het formuleren van mogelijke verklarende hypothesen.

⁹⁸ Zie Theoretisch deel, Verschijningsvorm per problematiek en Bijlage 8: Signalen waarbij de hypothese 'vermoeden van ASS' kan worden gesteld.

⁹⁹ Zie Pameijer N. en van Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek, een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen, Acco, Leuven, 2004, blz. 139-140.

4.2. Onderzoeksvragen formuleren en de relevantie nagaan

De geselecteerde hypothesen worden omgezet in duidelijk geformuleerde en objectieveerbare onderzoeksvragen. Het is de bedoeling om enkel die vragen te onderzoeken, die invloed hebben op de beslissingen die genomen moeten worden. De relevantie van een onderzoeksvraag wordt afgetoetst aan de redenering ‘als we weten dat ... , dan betekent dat voor de aanpak dat

Voorbeelden van probleemsituaties¹⁰⁰ met **hypothesen** en **onderzoeksvragen**:

- Probleemsituatie: Alix vertelt dat zij zich al een tijdje niet goed in haar vel voelt. Zij heeft geen idee waar dit gevoel vandaan komt. Wel geeft zij aan dat zij veel piekert over alles wat er gebeurt in de wereld en zich moeilijker kan concentreren dan vroeger. Alix twijfelt of zij haar studies wel kan voltooien. Zij voelt zich hier schuldig over en durft met haar ouders niet over haar zorgen spreken. Een mogelijke onderkende hypothese: De moeilijkheden die Alix ervaart, doen een depressie vermoeden.

Onderkende onderzoeksvragen: In welke mate voelt Alix zich niet goed in haar vel? Waarin uit zich dit? Hoe lang duurt dit al? Zijn er voldoende argumenten om het vermoeden van depressie bij Alix te bevestigen?

Als ... dan ... redenering: Als het vermoeden van depressie bij Alix wordt bevestigd, dan is samenwerking met het netwerk voor een classificerende diagnose en therapie aangewezen.

Een mogelijke verklarende hypothese: Alix voelt zich niet goed in haar vel omdat de studierichting voor haar te moeilijk is.

Onderzoeksvragen: Is de studierichting te moeilijk voor Alix? Indien dit het geval is, ligt dat aan de basis van haar verminderd welbevinden?

Als ... dan ... redenering: Als de studierichting te moeilijk is voor Alix en dit gelinkt is aan haar verminderd welbevinden, dan is onderwijsloopbaanbegeleiding aangewezen om samen met haar een andere studierichting te zoeken.

Een andere mogelijke verklarende hypothese: Alix durft niet met haar ouders over haar zorgen spreken omdat ze bang is dat dit zal uitmonden in een felle discussie, ook tussen haar ouders onderling.

Onderzoeksvragen: Kunnen Alix en haar ouders zelf op een rustige wijze een gesprek over school voeren? Spreekt Alix niet met haar ouders over haar zorgen omdat ze bang is voor hun reactie?

Als ... dan ... redenering: Als we weten dat Alix en haar ouders op een rustige wijze een gesprek over school kunnen houden, dan is verdere begeleiding niet nodig. Als dat niet het geval is en Alix bang is voor hun reactie, dan kan voorgesteld worden om dit vanuit het CLB mee te begeleiden.

Een mogelijke indicerende hypothese: Alix heeft nood aan een vertrouwenspersoon waar ze regelmatig mee kan praten over hoe ze zich voelt.

Indicerende onderzoeksvraag: Heeft Alix nood aan een vertrouwenspersoon waar ze regelmatig mee kan praten over hoe ze zich voelt?

Als ... dan ... redenering: Als we weten dat Alix nood heeft aan een vertrouwenspersoon om regelmatig mee te kunnen praten, dan is het aangewezen aan haar begeleiding voor te stellen van een zorgleerkracht, CLB, of externe dienst.

¹⁰⁰ Deze voorbeelden van probleemsituaties zijn bewust beknopt gehouden. Ze zijn een vereenvoudiging van de realiteit aangezien ze louter bedoeld zijn om het traject te illustreren van probleemsituatie over hypothesen naar onderzoeksvragen en als ... dan ...-redenering.

- **Probleemsituatie:** Dennis reageert telkens met heftig gedrag en driftbuien bij het onverwacht wegvallen van een voetbaltraining. Omdat hij zelf niet kan verwoorden waarom hij zo reageert, is het erg moeilijk om te achterhalen waarom hij driftig is.
 Een mogelijke onderkende hypothese: Het gedrag van Dennis sluit aan bij de fase van zijn sociaal-emotionele ontwikkeling.
 Onderkende onderzoeksvraag: Sluit het gedrag van Dennis aan bij de fase van zijn sociaal-emotionele ontwikkeling?
 Als ... dan ... redenering: Als het gedrag van Dennis aansluit bij de fase van zijn sociaal-emotionele ontwikkeling, dan is verder onderzoek door een externe dienst niet aangewezen.
 Een andere mogelijke onderkende hypothese: Het gedrag van Dennis past binnen het vermoeden van een ontwikkelingsstoornis zoals autismespectrumstoornis.
 Onderkende onderzoeksvraag: Kan het vermoeden van autismespectrumstoornis worden bevestigd?
 Als ... dan ... redenering: Als er bij Dennis een vermoeden van autismespectrumstoornis is, dan is samenwerking met een diagnostisch team uit het sociale netwerk aangewezen voor verdere classificerende diagnostiek.
 Mogelijke verklarende hypothesen: Dennis heeft problemen met veranderingen in zijn weekschema en reageert daarom met driftig gedrag. Dennis reageert via zijn gedrag omdat hij zijn gevoelens moeilijk onder woorden kan brengen.
 Onderzoeksvraag: Heeft Dennis problemen met veranderingen in zijn weekschema? Is zijn gedrag een manier om dit te uiten? Kan Dennis verwoorden wat hij wel of niet leuk vindt?
 Als ... dan ... redenering: Als Dennis' moeilijk gedrag een reactie is op de veranderingen in zijn weekschema, dan is het aangewezen deze veranderingen vooraf duidelijk aan te kondigen. Als we weten dat het gedrag van Dennis een manier is om te laten weten dat hij het moeilijk heeft met iets, dan is het aangewezen om samen met Dennis en zijn omgeving te zoeken naar meer gepaste manier om zich te uiten.
 Een mogelijke indicerende hypothese: De ouders zijn gebaat bij opvoedingsondersteuning die hen helpt om het negatieve gedrag van Dennis thuis om te buigen.
 Indicerende onderzoeksvraag: Helpt opvoedingsondersteuning de ouders om het negatieve gedrag van Dennis om te buigen?
 Als ...dan ... redenering: Als we weten dat opvoedingsondersteuning de ouders kan helpen, dan verwijzen we hen gericht door naar een dienst uit het sociale netwerk.

- **Probleemsituatie:** Sofie is een 12-jarig meisje met een autismespectrumstoornis. Ze gaat na de vakantie over naar het secundair onderwijs. Zij maakt zich ernstig zorgen of ze zich zal kunnen aanpassen aan de nieuwe school.
 Een mogelijke indicerende hypothese: Als Sofie weet dat ze begeleid zal worden vanaf de eerste dag van het schooljaar, zal ze zich minder zorgen maken over de overgang naar het secundair onderwijs.
 Indicerende onderzoeksvraag: Kan begeleiding vanaf de eerste schooldag Sofie helpen om zich minder zorgen te maken over de overgang naar het secundair onderwijs?
 Als ... dan ... redenering: Als het hebben van begeleiding Sofie helpt zich minder zorgen te maken over de overgang naar het secundair onderwijs, dan wordt met de secundaire school afgesproken hoe Sofie kan worden opgevangen vanaf de eerste schooldag, bv. door een buddy in te schakelen die haar vanaf de eerste schooldag wegwijst op school.

- **Probleemsituatie:** Evelyne zit in het derde leerjaar. Ze is voortdurend afgeleid in de les, zit te dromen, te prullen met alles wat ze in handen krijgt en kan meestal niet verder lezen als het haar beurt is. Eline is weinig actief en moet telkens opnieuw aangezet worden om aan haar taken verder te werken. Ze schrijft heel moeilijk leesbaar. Het effect van het schools begeleidingstraject om Evelyne's aandacht en werkhouding te verbeteren blijkt beperkt.

Een mogelijke onderkende hypothese: De aandachtsproblemen passen binnen een vermoeden van ADHD.

Onderkende onderzoeksvraag: Kan het vermoeden van ADHD worden bevestigd?

Als ...dan ... redenering: Als we het vermoeden van ADHD bevestigen, dan is samenwerking met een diagnosteam uit het sociale netwerk aangewezen voor verdere classificerende diagnostiek.

Een andere mogelijke onderkende hypothese: Evelyne heeft een lees- en spellingsachterstand waardoor ze in de klas afhaakt bij lees- en schrijfpodden¹⁰¹.

- Probleemsituatie: Dieter vindt al maanden geen aansluiting bij de groep. Hij heeft geen vrienden en wordt zelfs uitgesloten. Volgens de leerkracht is Dieter agressief en lokt hij daardoor bij de anderen uitsluitingsreacties uit.

Een mogelijke onderkende hypothesen: Dieter heeft problemen met emotieregulatie.

Onderkende onderzoeksvraag: Heeft Dieter een gebrek aan emotieregulatie?

Als ... dan ... redenering: Als Dieter moeite heeft met emotieregulatie, dan is het opzetten van een kortdurende begeleiding aangewezen om hem te ondersteunen in het aanleren van deze vaardigheid.

Een mogelijke verklarende hypothese: Een gebrek aan sociale vaardigheden bij Dieter zorgt ervoor dat hij agressief reageert bij het zoeken van contact.

onderzoeksvraag: Beschikt Dieter onvoldoende over sociale vaardigheden waardoor hij agressief reageert?

Als ... dan ... redenering: Als Dieter niet beschikt over de sociale vaardigheden om op een positieve manier contact te zoeken met leeftijdsgenoten, dan is training in sociale vaardigheden aangewezen.

Een mogelijke indicerende hypothese: Dieter heeft nood aan individuele begeleiding om met zijn emoties te leren omgaan.

Indicerende onderzoeksvraag: Heeft Dieter nood aan individuele begeleiding om met zijn emoties te leren omgaan?

Als ... dan ... redenering: Als Dieter nood heeft aan individuele begeleiding om met zijn emoties te leren omgaan, dan kan met hem en zijn ouders gesproken worden over de begeleidingsmogelijkheden door school, CLB of externe dienst.

- Probleemsituatie: Wanneer haar moeder Yana aan de schoolpoort wil afzetten, klampt Yana zich aan haar moeder vast en schreeuwt luid dat ze niet naar school wil. Het afscheid van de moeder 's morgens duurt erg lang, waardoor de moeder Yana al eens terug mee naar huis genomen heeft. Het is reeds november in het schooljaar.

Een mogelijke indicerende hypothese: Het is aangewezen om de moeder te ondersteunen bij het afzetten van Yana op school.

Indicerende onderzoeksvraag: Is het aangewezen om de moeder te ondersteunen bij het afzetten van Yana op school?

Als ... dan ... redenering: Als we weten dat de moeder nood heeft aan ondersteuning bij het afzetten van Yana, dan kan met de moeder besproken worden hoe het afscheid van Yana vlotter kan verlopen, bijvoorbeeld door haar aan de schoolpoort aan een leerkracht te geven en direct daarna te vertrekken.

¹⁰¹ Hierbij wordt overgegaan naar het protocol 'Lezen – Spellen'.

5 Betrokkenen informeren en afstemmen

De CLB-medewerker bespreekt de onderzoeksvragen met alle betrokkenen en informeert de ouders en leerling over de samenwerking in het kader van handelingsgerichte diagnostiek. Eveneens informeert hij hen over een mogelijke samenwerking met externe diensten uit het netwerk in een latere fase, indien classificerende onderzoek/diagnostiek aangewezen is.

3. Onderzoeksfase

Gedrags- en emotionele problemen zijn veelzijdig en veel factoren kunnen het ontstaan, de instandhouding en de toename beïnvloeden. Dit zorgt voor verschillende aandachtspunten bij de diagnostiek¹⁰²:

1. Gedrags- en emotionele problemen hebben veel uitingsvormen die vaak onderling sterk verweven zijn. Dit betekent dat het diagnostisch onderzoek breed zal moeten worden opgezet. Sommige problemen springen door hun aard meer in het oog dan andere. In een klas valt een leerling die door zijn uitdagend gedrag regelmatig de les verstoort sneller op dan een stille en teruggetrokken leerling. Een mogelijke valkuil bij onderzoek is zich blind te staren op externaliserend gedrag (bijvoorbeeld agressie, regelovertredend gedrag) terwijl signalen van internaliserende problemen (bijvoorbeeld angst, depressie, extreme verlegenheid) minder of niet worden opgepikt.
2. Kinderen en jongeren gedragen zich in verschillende contexten en situaties soms geheel anders. Dit heeft tot gevolg dat om zicht te krijgen op de uitgebreidheid van de problemen meerdere informanten bevroegd moeten worden. Bij gedrags- en emotionele problemen is de kans evenwel groot dat wat de jongere, de ouders en de school rapporteren niet overeenstemt. De problemen en de klachten kunnen situatie- en/of informant specifiek zijn.

Een klassituatie verschilt van een thuissituatie. Op school moet de leerling functioneren binnen een klasgroep, een vast ritme en in een structuur waarin het leren centraal staat. Leerlingen die het hier moeilijk mee hebben, zullen dit uiten in hun gedrag waardoor dat verschilt met het gedrag dat ze thuis vertonen. Verder kan het kind/de jongere zich ook binnen de thuissituatie verschillend gedragen. Dit kan te maken hebben met de manieren waarop beide ouders op zijn gedrag reageren en hun manier van opvoeden.

Bij het al dan niet rapporteren van problemen speelt de persoonlijkheid van de leerkracht of ouder en diens achtergrond een rol. Zo zullen moeders met een depressie bijvoorbeeld doorgaans meer gedragsproblemen bij hun kind rapporteren. De overeenkomst is doorgaans het grootst tussen informanten die eenzelfde soort relatie met het kind hebben, zoals ouders onderling of leerkrachten onderling. Daarnaast is er vaker overeenstemming over externaliserend dan over internaliserend gedrag. Voor internaliserend gedrag zijn ouders en kinderen zelf

¹⁰² Grietens H. en Bijttebier P., Emotionele en gedragsproblemen, in: Verschueren K. en Koomen H. (red.), Handboek: diagnostiek in de leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen, 2007, blz. 172-173; Pameijer N. en van Beukering T., Acco, Leuven, 2004, Handelingsgerichte diagnostiek, blz. 321 en De Visscher, C. en Timbremont, B., Protocollair werken rond welbevinden bij leerlingen, (onder publicatie)

betere informanten dan leerkrachten, terwijl leerkrachten beter zicht kunnen hebben op problemen in de interactie met andere leerlingen.

3. Zelden zal één factor kunnen worden aangewezen als uitlokkend, in stand houdend of beschermend. Omgekeerd kan eenzelfde factor tot verschillende problemen leiden. Dit zorgt ervoor dat we via diagnostiek moeilijk alle verklarende factoren in kaart kunnen brengen.
4. Vanuit de grote verwevenheid tussen kind/jongere en zijn context kan diagnostiek niet volledig buiten de omgeving van het kind/de jongere plaatsvinden. Om een goed beeld te krijgen van de problematiek en handelingsgerichte adviezen te kunnen formuleren, zal de diagnosticus het kind/de jongere in zijn context moeten bekijken en/of de context nauw betrekken bij het diagnostisch proces.

1 Wat onderzoeken?¹⁰³

Alle geselecteerde hypothesen worden onderzocht op hun relevantie. Het CLB zoekt niet alleen bijkomende informatie die de vermoedens bevestigt, maar met name ook informatie die de vermoedens ontkracht.

Het onderkende onderzoek is gericht op de vraag “wat is er aan de hand?”. Dit houdt in dat nagegaan wordt welke problemen zich stellen, hoe ernstig ze zijn¹⁰⁴ en of ze kaderen binnen een vermoeden van een gedrags- en/of emotionele stoornis. Voor de toetsing van andere classificerende hypothesen verwijzen we naar de onderzoeksfase in de andere protocollen.

Indicerend onderzoek is gericht op het vinden van nieuwe aangrijpingspunten voor het handelen. Daarom worden naast kindkenmerken, ook omgevingskenmerken onderzocht en de wisselwerking tussen beiden. Daarbij komt kwaliteit van de interacties aan bod en is er nadrukkelijke aandacht voor het positieve.

Op basis van het ‘wat’, worden de onderzoeksmiddelen en methodes gekozen, het ‘hoe’. De meest waarschijnlijke hypothesen komen eerst aan bod.

2 Hoe onderzoeken?

Het onderzoek gebeurt via methodes en instrumenten, die de wederzijdse beïnvloeding en afstemming tussen leerling en omgeving in kaart brengen. Daarvoor kunnen volgende methodes gecombineerd worden:

- gesprek met de leerling, de ouders, de leerkracht(en);

¹⁰³ Zie Bijlage 9: Overzicht kind- en contextkenmerken

¹⁰⁴ Zie Hulpmiddel: Ernst van probleemgedrag volgens de criteria van Rutter

- analyse van materiaal uit (de dossiers van) de school en het CLB en eventueel van externen;
- observatie;
- maatregelen uitproberen en het effect ervan nagaan;
- meting (gestandaardiseerde vragenlijsten en testen);
- medisch onderzoek.

Elke discipline neemt de aangewezen en overeengekomen onderzoeksdelen op zich om daarna de resultaten in team terug samen te brengen en te bespreken.

- **Gesprek**

Op basis van de al verkregen informatie in de intake, wordt de informatie die relevant is voor de onderzoeksvragen grondiger bekeken.

- **Gesprek met de leerling**¹⁰⁵

De visie van de leerling en zijn beleving van de problemen zijn in het diagnostisch traject erg belangrijk. Gesprekken, ook met jonge kinderen, kunnen waardevolle informatie opleveren¹⁰⁶. In het bijzonder bij een vermoeden van een angst- en/of stemmingsprobleem is het gesprek met de leerling dikwijls essentieel om problemen duidelijk te krijgen.

De wijze waarop een gesprek met de leerling verloopt, is afhankelijk van zijn talige, cognitieve en sociale ontwikkeling, activiteitsniveau, mogelijkheden tot introspectie en de invloed van de context¹⁰⁷.

- **Gesprek met de ouders**¹⁰⁸

Er wordt aandacht besteed aan oplossingen die de ouders en/of belangrijke anderen gevonden hebben als reactie op het probleemgedrag van het kind. Ouders geven aan wat van belang kan zijn bij het uitlokken en/of in stand houden van problemen. Tijdens dit gesprek is er ook oog voor de sterke kanten van het kind.

Er wordt dieper ingegaan op die aspecten die de ouders beleven of waarnemen. Gedrag krijgt binnen de gezinscultuur en het referentiekader van de ouders zijn betekenis. Zo kan een leerkracht zich zorgen maken over het verlegen en teruggetrokken gedrag van een meisje dat niet zelf om hulp vraagt bij moeilijke leerstof terwijl dit voor de ouders betekent dat ze goed is opgevoed en zich beleefd gedraagt naar volwassenen¹⁰⁹. Het is belangrijk om zicht te krijgen op het referentiekader van de ouders en dit in gesprek te bevragen.

¹⁰⁵ Zie Bijlage 3: Gesprek met de leerling

¹⁰⁶ Pameijer N. en van Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek, Acco, Leuven, 2007, blz. 307

¹⁰⁷ Vandebriel P., Praten met kinderen op school, Acco, Leuven, 2011

¹⁰⁸ Zie Bijlage 4: Gesprek met ouder(s) en leerkracht(en)

¹⁰⁹ Pameijer N. en van Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek, Acco, Leuven, 2007, blz. 327-329

o **Gesprek met de leerkracht(en)**¹¹⁰

Factoren die een rol kunnen spelen in positieve of negatieve zin bij het uitlokken of in stand houden van het probleem, de aanpak ervan, welke bijdrage de leerkracht kan leveren, ... worden bevroegd. Er wordt aandacht besteed aan oplossingen die de leerkracht gevonden heeft als reactie op het gedrag van de leerling. Ook hoe de leerkracht de interacties beleeft, komt aan bod¹¹¹. Verder wordt informatie verzameld over zijn opvattingen over de meest aangewezen interactie van een leerkracht met leerlingen in het algemeen en met deze leerling in het bijzonder.

• **Observatie**¹¹²

De te observeren situaties worden zorgvuldig uitgekozen aan de hand van informatie over waar en wanneer de problemen al dan niet voorkomen. Vanuit handelingsgericht oogpunt zijn observaties in situaties die goed lopen even belangrijk als moeilijke situaties. Ze kunnen aan het licht brengen wat uitlokkende of in stand houdende factoren zijn en hoe de problemen eventueel aangepakt kunnen worden.

Daarom wordt bij voorkeur geobserveerd in verschillende situaties:

- waar veel signalen te verwachten zijn, zoals in vrije situaties, (on)bekende omgeving, saaie activiteit, geen persoonlijke aandacht, veel interactiemogelijkheden, geen bekrachtiging, aangehouden denkactiviteit, zelf tempo bepalen, in prestatiesituaties, ...
- waar weinig signalen te verwachten zijn, zoals in gestructureerde situaties, nieuwe omgeving, interessante activiteit, één-één-relatie, regelmatig positieve feedback, ...

Bij een participerende observatie dient rekening gehouden te worden met de mogelijke invloed van de observator op het gedrag van de andere betrokkenen.

Observatie van de leerling in dagdagelijkse activiteiten richt zich op:

- het gedrag;
- wat voorafgaat en volgt op het gedrag.
- relevante contextfactoren;
- de interacties;

Een observatieformulier of kijkwijzer¹¹³⁻¹¹⁴ kan helpen om meer gericht te observeren.

¹¹⁰ Zie Bijlage 4: Gesprek met ouder(s) en leerkracht(en)

¹¹¹ Zie Bijlage 4: Gesprek met ouder(s) en leerkracht(en)

¹¹² Zie Bijlage 5: Observeren

¹¹³ Zie Diagnostisch materiaal, Kijkwijzers Pameijer

¹¹⁴ Meer specifiek bij gedragsproblemen op school kan het document 'Algemene en specifieke factoren bij hardnekkig probleemgedrag' een nuttig instrument zijn om relevante factoren in kaart te brengen waarop nadien leerkrachten hun interventies kunnen

Bij observatie van een leerling met een gedrags- en/of emotionele problemen en/of het vermoeden van een (ontwikkelings)stoornis dient men aandacht te hebben voor de leeftijdspecifieke verschijningsvormen van problemen en stoornissen¹¹⁵.

Het is wenselijk dat de CLB-medewerker de leerling rechtstreeks ziet, maar leerkrachten en ouders zijn belangrijke medeobservatoren. Dit is met name zo bij jongeren van 12 jaar en ouders waarbij een onderzoekstraject pas na hun toestemming kan worden opgestart, waardoor ze vooraf steeds op de hoogte zijn van een mogelijke observatie en daardoor de observatie door de CLB-medewerker erg beïnvloed kan zijn. Observatie, onderzoek en/of een gesprek met de leerling kan eventueel gecombineerd worden.

Indien het cognitief niveau van de leerling voldoende is om te kunnen reflecteren over zijn eigen gedrag en de situatie, kan zelfobservatie aan bod komen. Het biedt de mogelijkheid zijn inzicht in de situatie te vergroten en zicht te krijgen op welke factoren een rol spelen bij problemen of successen in verschillende situaties, zijn sterktes, zwaktes.

- **Maatregelen uitproberen en het effect ervan nagaan**¹¹⁶

In het bijzonder bij een indicerende hypothese kan in de onderzoeksfase nagegaan worden welk effect bepaalde maatregelen hebben, zowel thuis als op school. Dit kan informatie opleveren over de vraag: “wat werkt bij dit kind/deze jongere in deze situatie? en leiden tot het bevestigen of ontkennen van de hypothese(s).

- **Meting**¹¹⁷

De verkregen informatie uit gesprekken, observaties en het uitproberen van bepaalde maatregelen kan voldoende zijn om zowel de onderkende als de indicerende hypothesen te bevestigen of te weerleggen. Indien nodig neemt de CLB-medewerker een vragenlijst of test af.

Genormeerd diagnostisch materiaal kan gegevens opleveren betreffende de ernst en de aard van de problemen. Ook kunnen profielen en analyses op itemniveau handelingsgerichte informatie verschaffen, die de verdere aanpak kan bepalen. Bij de interpretatie van vragenlijsten dient er rekening mee te worden gehouden dat

richten. http://www.acco.be/download/nl/14030486/file/hardnekkig_probleemgedrag_-_algemene_en_specifieke_strategieen.pdf uit Van der Wolf, K & Van Beukering, T., Gedragsproblemen in scholen, Acco, Leuven, 2009

¹¹⁵ Zie Theoretisch deel, Verschijningsvorm per problematiek

¹¹⁶ Door Pameijer N. en van Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek, Acco, Leuven, 2007 wordt dit benoemd als een ‘gedragsexperiment’ waarin een bepaalde factor beïnvloed wordt en het effect ervan wordt vastgesteld om een veranderingsgerichte hypothese te toetsen

¹¹⁷ Grietens H. en Bijttebier P., Emotionele en gedragsproblemen, in: Verschueren, K. e.a. Handboek: diagnostiek in de leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen, 2007, blz. 174 e.v.

de meeste vragenlijsten focussen op problemen eerder dan op wat (nog) goed loopt.

De meerderheid van de opgenomen meetinstrumenten zijn vragenlijsten. Er is enige voorzichtigheid geboden bij het gebruik van vragenlijsten voor ouders. Met name bij weinig taalvaardige ouders of ouders met een andere culturele achtergrond, is het aangewezen deze goed toe te lichten en eventueel af te nemen als semigestructureerd interview.

In het bijzonder bij een vermoeden van een angst- en/of stemmingsprobleem is het sterk aan te bevelen de leerling zelf te bevragen, dit om de ernst van zijn subjectieve beleving te kunnen inschatten¹¹⁸.

Bij voorkeur wordt een keuze gemaakt uit vermelde vragenlijsten en testen uit de materialenfiches in de bijlagen. Van de beschikbare meetinstrumenten werden voor onderkende onderzoeksvragen enkel deze opgenomen die psychometrisch als voldoende konden worden beoordeeld. Voor indicerende onderzoeksvragen werden instrumenten ook op basis van hun bruikbaarheid opgenomen. Bij de interpretatie van de gegevens dienen de psychometrische kwaliteiten steeds in rekening te worden gebracht. Meer informatie daarover is steeds terug te vinden in de diagnostische fiches.

¹¹⁸ Braet, C. en Timbremont, B. Stemningsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 392

Meetinstrumenten bruikbaar bij indicerende onderzoeksvragen¹¹⁹	
<i>* Instrumenten waarbij de psychometrische kwaliteiten beoordeeld werden als onvoldoende of onvoldoende werden onderzocht</i>	
Kindkenmerken	
Bij onderzoeksvragen onafhankelijk van een diagnose	Informatiebron
- BRIEF, Behavior Rating Inventory of Executive Functioning	Leerling, ouder, leerkracht
- CBSA, Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten - CBSK, Competentiebelevingsschaal voor Kinderen - PMT-K-2, Prestatie Motivatie Test voor Kinderen - RS-nl, Resilience Scale - SAQI, School Attitude Questionnaire Internet - SVL, Schoolvragenlijst - <i>TEA-ch, Test for Everyday Attention for children *</i>	Leerling
- HIPIC, Hiërarchische Persoonlijkheidsvragenlijst voor Kinderen	Ouder, leerkracht
- <i>Peernominatie-instrument*</i>	Leeftijds- en klasgenoten
- GPS, Screeningslijst voor gedragsproblemen in de school – BaO	Leerkracht
Bij aandachts- en werkhoudingsproblemen of na diagnose ADHD	
- <i>ADHD-monitor *</i>	Ouder, leerkracht
Bij problemen in de sociale communicatie en interactie of na diagnose ASS	
- SCVT, Sociaal en Cognitieve Vaardighedentest	Leerling (testing)
- VISK, Vragenlijst Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Kinderen	Ouder, begeleider
Bij ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking in combinatie met gedrags- en emotionele problemen	
- ComVoor, Voorlopers in communicatie	Leerling (testing)
- PEDI-NL, Pediatric Evaluation of Disability Inventory - SEO-R, Schaal voor Emotionele Ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking - Vineland Screener - Vineland-Z, Vineland Adaptive Behavior Scale	Ouder, leerkracht, begeleider
Contextkenmerken, afstemming kind/context	
Bij brede onderzoeksvragen onafhankelijk van een diagnose	Informatiebron
- GKS-II, Gezinsklimaatschaal - <i>OKIV-R, Ouder-kind Interactie Vragenlijst Revised *</i>	Leerling, ouder
- LLRV, Leerling Leerkracht Relatie Vragenlijst	Leerkracht

¹¹⁹ Zie Diagnostisch materiaal.

- <i>Kijkwijzers Pameijer *</i>	
Bij problemen in de sociale communicatie en interactie of na diagnose ASS	
- <i>Beter samen *</i>	Ouder
- <i>ASKe, Autismespecifieke Kwaliteitsevaluatie *</i> - <i>Autisme Kijkwijzer *</i> - <i>B², Omgaan met autisme Instrument voor zelfreflectie *</i>	Leerkracht, begeleider

Meetinstrumenten bruikbaar bij onderkende¹²⁰ onderzoeksvragen¹²¹	
Kindkenmerken	
Bij brede onderzoeksvragen	Informatiebron
- SDQ, Strength & Difficulties Questionnaires - ASEBA-instrumenten: <ul style="list-style-type: none"> o CBCL, Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 en 6 - 18, o YSR, Youth Self Report o C-TRF, Caregiver-Teacher's Report Form 1 ½ - 5 o TRF - Teacher Report Form - KLAD, Klachtenlijst Adolescenten	Leerling, ouder, leerkracht
- NPV-J-2, Junior Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst	Leerling
- HIPIC, Hiërarchische Persoonlijkheidsvragenlijst voor Kinderen - SEV, Sociaal-Emotionele Vragenlijst	Ouder, leerkracht
- SCHOBL-R, Beoordeling van Schoolgedrag	Leerkracht
Bij vermoeden van ADHD	
- CRS-R, Conners' Rating Scale-Revised	Leerling, ouder, leerkracht
- ZVAH: Zelfrapportagelijst Voor Aandachtsproblemen en Hyperactiviteit voor kindertijd en volwassenheid (16-25)	Leerling
- VvGK, Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen - GvK, Gedragsvragenlijst voor Kleuters	Ouder, leerkracht
Bij vermoeden van ASS	
- SCVT, Sociaal en Cognitieve Vaardighedentest	Leerling
- SRS, Social Responsiveness Scale ¹²² - SCQ, Social Communication Questionnaire ¹²³	Ouder

¹²⁰ Vele van deze instrumenten verschaffen evenzeer informatie die kan bijdragen aan het in kaart brengen van onderwijs- en opvoedingsbehoeften om van daaruit aanbevelingen te formuleren.

¹²¹ Zie Diagnostisch materiaal

¹²² Samen met de SCQ is dit een sterk aanbevolen screeningsinstrument om het vermoeden van ASS te kunnen bevestigen of ontkrachten. De screeningslijst kan ook door leerkrachten worden ingevuld. Voor de scoring daarvan zijn er evenwel geen Vlaamse normen beschikbaar.

¹²³ Samen met de SRS is dit een sterk aanbevolen screeningsinstrument om het vermoeden van ASS te kunnen bevestigen of ontkrachten.

- CCC-2-NL, The Children's Communication Checklist	
Bij vermoeden van gedragsstoornis	
- VvGK, Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen - GvK, Gedragsvragenlijst voor Kleuters - VFO, Vragenlijst Fundamentele Onthechting	Ouder, leerkracht
Bij vermoeden van depressieve stoornis	
- RCADS, Revised Children's Anxiety and Depression Scale	Leerling, ouder
- CDI, Children's Depression Inventory - BDI-II, Beck Depression Inventory, Second Edition	Leerling
Bij vermoeden van angststoornis	
- RCADS, Revised Children's Anxiety and Depression Scale	Leerling, ouder
- VAK 4-12, Vragenlijst voor Angst bij Kinderen - SCARED-NL, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - PMT-K-2, Prestatie Motivatie Test voor Kinderen	Leerling
Bij ontwikkelingsachterstand of verstandelijke beperking in combinatie met gedrags- en emotionele problemen	
- VOG, Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag	Ouder, leerkracht
- AVZ-R, Autisme- en Verwante stoornissenschaal voor Zwakzinnigen- Revisie	Leerkracht, begeleider

- **Medisch onderzoek¹²⁴**

Wanneer er bij gedrags- en/of emotionele problemen vanuit de intake- of strategiefase een aantal signalen zijn met betrekking tot de cluster 'Lichamelijk functioneren en uiterlijke kenmerken' kan het zinvol zijn dat de CLB-arts of paramedische werker de leerling onderzoekt en/of bevraagt tijdens een selectief consult. Uiteraard is deze informatie mogelijk al aanwezig bij de ouders, huisarts, Kind & Gezin of bij diensten die het kind eerder onderzochten en dan deze bij hen worden ingewonnen.

3 Onderzoek uitvoeren

4 Onderzoeksresultaten verwerken en interpreteren

Het CLB-team/de CLB-medewerker verwerkt de resultaten van het onderzoek en zoekt naar overeenkomsten en tegenstellingen, naar leerlinggebonden, contextgebonden en positieve kenmerken. Tijdens deze verwerking wordt rekening gehouden met mogelijke verklarende factoren in de omgeving en de culturele context.

¹²⁴ Zie Bijlage 4: Overzicht kind- en contextkenmerken, Lichamelijk functioneren en uiterlijke kenmerken

De onderkende diagnostiek bevestigt of weerlegt de onderkende onderzoeksvragen door de resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden en de verschillende informanten op elkaar te betrekken. Bij een vermoeden van een gedrags- en/of emotionele stoornis wordt deze informatie afgetoetst aan de respectievelijke criteria zoals opgesteld in classificatiesystemen¹²⁵ DSM en ICD. Voor dit protocol lijkt ons momenteel een afbakening van stoornissen op basis van de DSM-5¹²⁶ het meest aangewezen.

De criteria om van een **stoornis** te spreken, steunen op een aantal afspraken. Er zijn overeenkomsten tussen de criteria van de verschillende stoornissen:

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

¹²⁵ Zie Theoretisch deel, Inleiding, Classificatie van gedrags- en emotionele problemen tot stoornissen

¹²⁶ Zie Theoretisch deel, Criteria per problematiek

4. Indiceringfase

1 Integratief beeld schetsen

De informatie uit de intakefase, de strategiefase en resultaten van de onderzoeksfase worden samengebracht, onderling in verband gebracht en gesynthetiseerd tot één (voorlopig) integratief beeld in functie van het handelen.

Zowel de ouders, de leerkracht als de leerling hebben aangegeven welke situatie zij wensen te veranderen. Het resultaat van het onderzoek levert informatie op over wat wenselijk is om te veranderen en hoe dit kan veranderd worden. Daarbij wordt gesteund op kennis van effectieve interventies.

Overzicht ter ondersteuning van het integratief beeld: intake en strategiefase

Integratief beeld: intake- en strategiefase	
Hulpvraag; context van de aanmelding; attributies (essentie intakefase)	
Relevante probleemclusters, beschermende factoren, hypothesen en onderzoeksvragen (essentie strategiefase)	

58

De **indicerende diagnostiek** geeft aandacht aan specifieke sterktes en zwaktes, aan de factoren die van invloed zijn op het probleem en aan de veranderbare factoren. De bevestigde indicerende hypothesen bieden handvatten voor het opstellen van het (voorlopig) integratief beeld en de verdere aanpak.

Richtvragen in functie van de indicerende diagnostiek:

1. Wat zijn de specifieke sterktes: bij de leerling, in de thuisomgeving, in de klas- en schoolomgeving?
2. Welke factoren zijn van invloed op het probleem zoals het zich voordoet, zowel in positieve als in negatieve zin?
3. Welke zijn de veranderbare factoren?

Overzicht ter ondersteuning van het integratief beeld: aangrijpingspunten voor handelen

Integratief beeld: aangrijpingspunten voor het handelen	
Profiel van vaardigheden van de leerling, met aandacht voor zijn sterktes	
Sterktes klas Sterktes school Sterktes thuisomgeving	
Factoren van invloed op het probleem <ul style="list-style-type: none"> • in positieve zin • in negatieve zin 	
Veranderbare factoren	

De **onderkennende diagnostiek** bevestigt of weerlegt de onderkennende onderzoeksvragen door de resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden en de verschillende informanten op elkaar te betrekken. Bij een vermoeden van een gedrags- en/of emotionele stoornis wordt deze informatie afgetoetst aan de respectievelijke criteria¹²⁷.

Bij het bevestigen van onderkennende hypothesen, inclusief bevestigde vermoedens van een gedrags- en/of emotionele stoornis, kan een doorverwijzing naar een externe diagnostische dienst uit het netwerk wenselijk zijn. Dit wordt samen in de adviesfase met de cliënten besproken. Zowel voor de leerling, de ouders als voor school kan het belangrijk zijn te weten wat er aan de hand is. Dit kan rust brengen en aangrijpingspunten geven voor het verdere handelen.

Alle resultaten worden onderling in verband gebracht en tot één omvattend beeld verwerkt, vertrekkend van de hulpvraag, via de geobjectiveerde problemen, naar de onderzoeksvragen en onderzoeksresultaten, met aandacht voor de sterktes van het kind en zijn contexten en met oog voor veranderbare factoren.

¹²⁷ Zie Theoretisch deel, Criteria per problematiek, American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

Omvattend of integratief beeld (ruimte voor eventuele vrije formulering)

De verkregen info, onderzoeksresultaten, aangrijpingspunten voor handelen, ... kunnen ook 'geschikt' worden volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-CY)¹²⁸.

2 Wat veranderen en waarom?

Om te handelen wordt het resultaat van eventueel classificerend extern onderzoek niet afgewacht¹²⁹. Op basis van de resultaten van het indicerend onderzoek, worden (voorlopige) maatregelen genomen binnen de onderwijs- en opvoedingscontext.

Enkele voorbeelden van mogelijk veranderbare factoren¹³⁰ zijn:

- Veranderbaar bij de leerling: voorkennis, leeractiviteit, leersituatiebeleving, competentiegevoel, leerstijl, metacognitieve en zelfregulerende vaardigheden, motivatie voor het leren, zelfstandig werken, faalangst, concentratievermogen, schoolplezier, adequaat om hulp vragen, competentie, autonomie en relatie, ...
- Veranderbaar op school: vakdidactiek, leervormen, aandacht voor betekenisverlening door leerlingen, klassenmanagement, overzicht houden over de ontwikkeling van de leerlingen, proactief gedrag van de leerkracht die problemen weet te voorkomen, alertheid, presentatievaardigheden, pedagogisch klimaat, leermethoden en –activiteiten, werk- en differentiatievormen, ondersteuning van leerkrachten bij hun aanpak in de groep, ...
- Veranderbaar in de thuissituatie: pedagogische vaardigheden van de ouders, inzicht in en acceptatie van de mogelijkheden en beperkingen van hun kind, de samenwerkingsrelatie tussen school en ouders, ...

De indicerende hulpvragen worden beantwoord en er ontstaat een beeld van wat wenselijk is om te veranderen en om te behouden. Hierbij wordt afgewogen wat van de leerling en wat van zijn omgeving gevraagd wordt. Omdat langdurige, beschermende zorg de ontwikkeling van een kind gedeeltelijk kan afremmen, wordt niet enkel de opbouw maar ook een geleidelijke afbouw van de zorg bekeken.

3 Onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling formuleren

¹²⁸ Zie Bijlage 10: Voorbeeld ICF-schema voor gedrags- en emotionele problemen.

¹²⁹ Er moet niet gewacht worden tot na de diagnosestelling om in te gaan op de specifieke behoeftes van een leerling met een vermoeden van ASS. Zie Roeyers H. en Warreyn P. in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008

¹³⁰ Zie Pameijer N., Handelingsgerichte diagnostiek, Acco, Leuven, 2004, blz. 211-213

Waar heeft deze leerling in deze context nood aan? Het CLB-team steunt daarbij op

- hetgeen het nu weet over deze leerling-in-zijn-context
- de kennis van de basisbehoeften die min of meer voor alle leerlingen gelden
- de kennis van interventies die effectief zijn bij leerlingen met een bepaalde (ontwikkelings)stoornis

Voorbeelden van mogelijke onderwijs- en opvoedingsbehoeften¹³¹

Deze leerling heeft nood aan

- begeleiding tot het leren zelfstandig werken in de klas;
- een coach die het invullen van zijn agenda controleert;
- een stappenplan om zijn boekentas te maken;
- voorbereiding van activiteiten die afwijken van een dagelijkse schooldag, bijvoorbeeld een schoolreis;
- instructies en verwerking die zeer concreet is, zoals vraagstukjes met materiaal leggen en handelend rekenen;
- groepsgegoten die aanvaarden dat zij soms anders reageert dan verwacht;
- een sociale vaardigheidstraining om op een positieve wijze te leren omgaan met leeftijdsgenoten en om zijn relatie met de leerkracht positief om te buigen;
- een leerkracht die kalm maar beslist reageert wanneer hij problemen heeft om na de speeltijd terug rustig aan een taakje te werken;
- de overstap naar een school op maat;
- individuele begeleiding waar hem geleerd wordt hoe hij zijn agressie kan beheersen
- regelmatig een gesprek met de leerkracht;
- een gevoelsboekje om te leren omgaan met negatieve gevoelens;
- ouders die actieve vrijetijdsbesteding stimuleren;
- een leerkracht die hem begrijpt bij zijn angst om fouten te maken;
- ouders die hem toch naar school brengen ondanks zijn hevige protest;
- ...

4 Ondersteuningsbehoeften van leerkracht(en) en ouders formuleren¹³²

Voorbeelden van ondersteuningsbehoeften van leerkracht(en) zijn:

De leerkracht heeft nood aan:

- coaching, informatie en/of vorming om structuur in het klasgebeuren te brengen;
- een methodiek om deze leerling te helpen om zichzelf te sturen bij het uitvoeren van opdrachten
- materialen om in de klas te werken aan het omgaan met gevoelens;
- ondersteuning om een gesprek te voeren met de leerling;
- informatie over de praktische begeleiding van een leerling met ADHD, autismespectrumstoornis, gedragsstoornissen, depressieve stoornissen en/of angststoornissen, ...
- een systematisch intern overleg om te weten hoe ze best omgaat met deze leerling;

¹³¹ In 'Handelen en Evalueren' worden per problematiek suggesties voor handelen uitgewerkt.

¹³² In 'Handelen en Evalueren' worden per problematiek suggesties voor handelen uitgewerkt.

- middelen om afstemming tussen de aanpak van de leerling op school en de schoolexterne aanpak te verbeteren;
- regelmatig contact met de ouders over de aanpak van de leerling
- ...

Voorbeelden van ondersteuningsbehoeften van ouders zijn:

De ouders hebben nood aan:

- informatie over de ontwikkeling van kinderen;
- inzichten die hen helpen hun aanpak af te stemmen op de specifieke behoeftes van hun kind met ADHD, autismspectrumstoornis, gedragsstoornissen, depressieve stoornissen en/of angststoornissen, ... ;
- vaardigheden om rustig op het probleemgedrag van hun kind te reageren;
- ondersteuning in de opvoeding om te leren op een positieve wijze om te gaan met hun kinderen;
- een sociaal netwerk dat hun de mogelijkheid geeft af en toe te ventileren;
- regelmatig overleg met de school over de dagelijkse situaties en over de aanpak van hun kind;
- ondersteunende gesprekken om de diagnose van hun kind te verwerken;
- budgetbegeleiding vanuit het OCMW om het stressniveau in het gezin te doen dalen en hierdoor zich beter te kunnen afstemmen op de behoeftes van hun kinderen;
- ...

Het is nodig om samen haalbare, concrete doelen te bepalen en om eventuele verwarring, twijfels en onzekerheden omtrent de (eventuele) classificerende diagnose op een respectvolle, positieve maar realistische wijze te hanteren.

5 Aanbevelingen formuleren

De aanbevelingen worden geordend van meest wenselijk naar minimaal noodzakelijk met argumenten voor en tegen. Onderstaand schema biedt de mogelijkheid om de aanbevelingen op te lijsten. Om oog te hebben voor de verschillende niveaus (school, klas, thuis, leerling zelf) worden deze niveaus bij elke maatregel herhaald, wat niet betekent dat elke rubriek steeds dient ingevuld te worden.

Indicering: aanbevelingen formuleren	
Meest wenselijke aanbevelingen	
<i>Argumenten pro</i>	<i>Argumenten contra</i>
Maatregelen op school:	
Maatregelen in de klas:	
Maatregelen thuis:	

Inspanning leerling zelf:	
Externe hulp:	
Minimaal noodzakelijke aanbevelingen:	
School:	
Klas:	
Thuis:	
Leerling zelf:	
Externe hulp:	

Mogelijke aanbevelingen¹³³ zijn:

- het inschakelen van een buddy ter ondersteuning van de dagelijkse activiteiten;
- een dagschema op de bank van de leerling kleven om de dagstructuur te verduidelijken;
- regels en afspraken worden aan de hand van pictogrammen aan de muur gehangen;
- leerinhouden aanbieden op maat van de leerling;
- taakgericht gedrag in de klas ondersteunen via positieve feedback;
- opstellen van een individueel aangepast beloningssysteem;
- een gevoelschrift gebruiken;
- gesprekken met de leerling voeren als ondersteuning van de sociale interacties;

¹³³ In 'Handelen en Evalueren' worden per problematiek suggesties voor handelen uitgewerkt.

- een deel van de speelplaats wordt afgebakend om rustig te kunnen vertoeven;
- goede afspraken maken binnen de hele school om deze leerling consequent aan te pakken;
- duidelijke afspreken over de frequentie en inhoud van de communicatie met ouders van deze leerling;
- vrijetijdsbesteding zoeken voor de leerling, waarbij zijn talenten tot ontplooiing kunnen komen;
- psychotherapie opstarten voor de leerling;
- GON-begeleiding voor een leerling met ASS;
- de leerling relaxatieoefeningen aanleren;
- gezin doorverwijzen naar thuisbegeleidingsdienst voor opvoedingsondersteuning;
- de leerling verwijzen naar een internaat;
- de jeugdpolitie inschakelen;
- ...

Wanneer de onderzoeksresultaten de hypothese ‘vermoeden van een stoornis’ bevestigen, kan in overleg met de ouders en de leerling een gespecialiseerd diagnostisch team betrokken worden voor verdere classificerende diagnostiek. Indien er een classificerende diagnosestelling gewenst is, steunt het CLB bij doorverwijzing op de sociale kaart en op zijn lokale netwerk. Afhankelijk van de aard van de classificerende vraag denken we aan referentiecentra autisme, centra voor ontwikkelingsstoornissen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, diensten voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gespecialiseerde revalidatiecentra, kinderpsychiaters, observatiecentra, psychotherapeuten¹³⁴, ...

Na extern onderzoek kan het voorlopig integratief beeld bijgesteld worden in functie van het resultaat van dit onderzoek. Een extern onderzoek zal al dan niet een classificerende diagnose opleveren. Dit kan gevolgen hebben voor de prognose en het verloop. Indien het indicerend onderzoek evenwel goed is uitgevoerd en de ondersteunende maatregelen aansluiten bij de onderwijs- en opvoedingsbehoeftes van de leerling, zal de aanpak op school niet wezenlijk wijzigen.

Wanneer de resultaten van het externe onderzoek bekend zijn, vervult de CLB-medewerker opnieuw zijn draaischijffunctie en helpt door de resultaten van het externe onderzoek te vertalen naar de concrete onderwijs- en opvoedingssituatie. De voorlopig indicerende adviezen worden eventueel aangepast aan de nieuwe inzichten¹³⁵. De diagnose van de vermoede stoornis, een bijkomende stoornis of een alternatieve problematiek kan ervoor zorgen dat bijkomende (externe) maatregelen worden ingeschakeld en prioriteiten opnieuw moeten worden afgewogen.

¹³⁴ De psychotherapeut dient te beschikken over een diploma menswetenschappen (minstens niveau hoger onderwijs) en een diploma van een aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde opleiding psychotherapie van minstens drie jaar georganiseerd door een door de overheid erkende onderwijsinstelling of door een vormingsinstelling die toegang geeft tot het lidmaatschap van een koepelvereniging voor psychotherapeuten in België, die psychotherapeuten verenigt van meer dan één onderwijs- of vormingsinstelling. Psychotherapeuten werkend binnen een multidisciplinaire setting of groepspraktijk verdienen de voorkeur.

¹³⁵ Zie Handelen en evalueren per problematiek

Wanneer er geen stoornis wordt vastgesteld, blijft de voorgestelde indicerende aanpak gelden mits regelmatige evaluatie van de effectiviteit. Daarbij is het zinvol na te gaan of de pedagogisch-didactische maatregelen eventueel kunnen worden verminderd zodat de leerling meer wordt aangesproken om zelfstandig te functioneren en het schoolteam minder wordt belast, Dit levert tevens informatie op over een mogelijke pedagogische resistentie.

De CLB-medewerker ondersteunt de leerling, de ouders en de school bij hun zorgvragen. Er is begrip en respect voor het eventuele verwerkingsproces van de leerling en de ouders.

5. Adviesfase

1 Informeren

2 Overleggen

In gezamenlijk overleg tussen leerling, ouders, school en CLB wordt gekozen tussen de aanbevelingen. Bij elke aanbeveling wordt nagegaan of deze de betrokkenen aanspreekt en in de praktijk uitvoerbaar en bruikbaar is. De gemaakte keuzes krijgen het statuut van advies.

3 Afspraken betreffende interventies en evaluatie

De CLB-medewerker ondersteunt alle betrokkenen bij de coördinatie van de zorg voor de leerling.

In overleg met alle partners wordt een verantwoordelijke voor de opvolging en evaluatie aangeduid. Het is immers belangrijk dat een vaste persoon het geheel aan maatregelen blijft overzien en geregeld helpt bijsturen.

Eveneens wordt met de school, de ouders en het netwerk afgesproken wie de afgesproken maatregelen opneemt¹³⁶.

4 Verslaggeving

Het CLB noteert het advies en de gemaakte afspraken met betrekking tot de aanpak van deze leerling in het multidisciplinair dossier. Indien nodig wordt een geformaliseerd advies opgemaakt conform de onderwijsregelgeving.

Bij doorverwijzing naar een netwerkpartner voor verdere classificerend onderzoek schetst de CLB-medewerker het diagnostisch traject en stelt in duidelijke bewoordingen de onderzoeksvraag. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van het integratief beeld uit de indiceringsfase.

Om de begeleiding goed te kunnen uitbouwen, vraagt het CLB aan de externe dienst feedback over de diagnostische bevindingen en nodigt uit tot samenwerking voor het uitwerken van een begeleidingsaanbod.

¹³⁶ In 'Handelen en Evalueren' worden per problematiek suggesties voor handelen uitgewerkt.

6. Handelen en evalueren

1. Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD¹³⁷

Ongeacht of de leerling al dan niet een diagnose heeft van ADHD is het in deze fase van belang dat er gericht wordt gehandeld. Daarom wordt binnen het 'handelen en evalueren' geopteerd om de aanpak niet louter vanuit de stoornis, maar vooral vanuit de specifieke onderwijs- en ondersteuningsbehoeften te omschrijven met de nadruk op het functioneren en welbevinden op school. De samenwerking tussen school, CLB, ouders, leerling en eventueel externe deskundigen is noodzakelijk om een gezamenlijk plan van aanpak te realiseren.

Hierbij worden volgende vragen gesteld:

- Waar heeft deze leerling met problemen in aandacht- en werkhouding of deze leerling met ADHD nood aan?
- Wat gaat wel goed bij de leerling en/of zijn zaken die een positieve insteek kunnen zijn om de problemen aan te pakken¹³⁸?
- Welke ondersteuning en begeleiding kunnen we deze leerling, ouders, leerkracht aanbieden?
- Wat willen en kunnen we bereiken?

Elke leerling is uniek en elke gedragsproblematiek heeft zijn eigen uitingsvorm. Afstemming en maatwerk blijven dus belangrijk.

1.1 Betrokkenen: rol en samenwerking

1.1.1 School

Voor vaardigheden die men bij leeftijdsgenoten als vanzelfsprekend beschouwt, levert de leerling met ADHD meestal veel meer inspanningen. Om hen te blijven motiveren is bekrachtiging van hun inzet, eerder dan van het resultaat, nodig. Beloningen die in het vooruitzicht worden gesteld, kunnen een sterke motivatie teweegbrengen op voorwaarde dat de doelen bereikbaar zijn en de beloning kort op de geleverde inspanning volgt.

In de klas differentiëren naar sterktes en interessevelden stimuleert de leergierigheid, verhoogt de succeskans, de acceptatie van specifieke maatregelen die ingrijpen op

¹³⁷ Wat onder 'Handelen en evalueren' staat, zijn suggesties voor school, CLB en ouders.

¹³⁸ Zie ook Poster AD(H)D pluspunten: http://www.abimo-uitgeverij.com/educatieve_uitgaven/index.php?doelgroep=zorg-in-het-onderwijsenct=128enpg=detailsrid=895

een mogelijke beperking en de positief emotionele binding van de leerling met de leerkracht en de school¹³⁹.

Leerlingen met ADHD zijn extra gevoelig voor emoties die aan een taak of context verbonden zijn. Positieve emoties kunnen aan de taak verbonden worden via onder andere een stimulerende klassfeer, een goede relatie met de leerkracht, interesse wekken voor het vak, veelvuldige beloningen bij inzet en het algemene gevoel om als persoon te worden gewaardeerd en erkend. Bij het uitblijven van positieve emoties verdwijnt de motivatie om zich in te zetten sneller dan bij andere leerlingen.

De leerkracht focust zich op alle sterke kanten van de leerling met ADHD, de capaciteiten en positieve karaktertrekken zodat hij een inspiratiebron heeft om positieve boodschappen te geven. Alle positieve interesse voor de leerling werkt opbouwend.

- **Handelingsplan uitwerken**

De school kan maatregelen¹⁴⁰ voorzien om tegemoet te komen aan de specifieke onderwijsbehoeften van de leerling. Bij het in de praktijk omzetten van deze maatregelen is het aangewezen om een handelings- of begeleidingsplan te maken.

Maatregelen vanuit de verhoogde zorg die effectief bleken, worden behouden en verder toegepast. Het specifieke situeert zich niet enkel in de te gebruiken werkwijzen, maar ook in de duur, hoeveelheid en intensiteit ervan.

Omdat leerlingen nog volop in ontwikkeling zijn, kunnen interventies gedaan worden om hen maximaal te ondersteunen in het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn om taken uit te voeren en hierbij planmatig te werk te gaan. Onder de vorm van instructies, supervisie en aanmoedigingen leren leerkrachten deze vaardigheden aan. Deze ondersteuning wordt vervolgens geleidelijk aan achterwege gelaten tot de leerling in staat is deze zelfstandig uit te voeren.

Veel klassituaties kunnen een probleem vormen voor leerlingen met zwakke executieve functies¹⁴¹. De pedagogische maatregelen om de executieve functies ondersteunen kunnen zowel klassikaal als individueel worden toegepast¹⁴².

De belangrijkste vaardigheden waarmee een kind met ADHD blijft worstelen zijn: responsinhibitie, volgehouden aandacht, werkgeheugen, timemanagement, taakininitiatie en doelgericht gedrag. Andere executieve functies zijn mogelijk ook onderontwikkeld, maar deze cluster komt het meest voor.

¹³⁹ Zie ook vormingen rond ADHD: <http://www.zitstil.be/aanbod--hulp/opleiding/leerkrachten/vorming-op-aanvraag>

¹⁴⁰ Bijlage 14: STICORDI-maatregelen ADHD. Tal van praktijkvoorbeelden met onder meer begeleidingsplannen en draaiboeken, zowel voor basisonderwijs als secundair onderwijs zijn te vinden op <http://sticordibank.wikispaces.com/> en in fiche ADHD uit map Leerzorg: <http://www.letop.be/zoek/pdf.asp?lzgid=1096>

¹⁴¹ Bijlage 12: Executieve functies

¹⁴² Bijlage 13: Mogelijke interventies om de ontwikkeling van executieve functies te bevorderen en Dawson, P. en Guare, R., Executieve functies bij kinderen en adolescenten. Een praktische gids voor diagnostiek en interventie, Hogrefe, 2010, blz. 90-116

Voorbeeld Handelingsplan¹⁴³:

Stap 1: Bepaal het doelgedrag

Executieve functie¹⁴⁴: taakinitiatie, volgehouden aandacht, planning en timemanagement

Specifiek doelgedrag: Zeno maakt zijn huiswerk zonder eraan herinnerd te worden en hiervoor maakt hij een dagelijkse planning.

Stap 2: Interventie

Welke omgevingssteun of aanpassing wordt ingezet om het doel te bereiken?

Agenda, huiswerkplanner

Een volwassene moedigt aan om een huiswerkplan te maken en geeft de begintijd aan.

Welke specifieke vaardigheden worden aangeleerd, wie leert deze aan en welke procedure wordt gebruikt om de vaardigheden aan te leren?

Vaardigheden: een dagelijkse planning voor huiswerk maken en zich daaraan houden

Wie leert vaardigheden deze aan: ouder/leraar

Werkwijze:

1. afspraak regelen met leraar/ouder en Zeno om huiswerkproces uit te leggen
2. ze beslissen wanneer ze een plan moeten maken
3. volg planningsproces:
 - 'Laten we eens kijken wat je voor huiswerk hebt'.
 - Maak lijsten met huiswerkopdrachten.
 - Schat hoeveel tijd elke taak vergt.
 - Spreek een begintijd af voor elke taak.
 - Spreek af wanneer er gepauzeerd wordt of andere beloningen gegeven worden.
4. een volwassene geeft begintijd aan

Welke stimulansen worden ingezet om de leerling aan te moedigen de vaardigheden toe te passen/ te oefenen?

Pauzes tussen taken

Leuke spelactiviteit zodra huiswerk af is

Hoe wordt het resultaat gemeten?

Ouders berekenen het gemiddeld aantal herinneringen dat nodig is. Gebruik het volgend formulier en vul telkens het aantal in:

Datum:	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Weekend
Aantal opdrachten:						
Aantal voltooid:						
Aantal herinneringen*:						

Welke beloningen kunnen de leerling motiveren om de vaardigheden te oefenen

- de leerling krijgt onmiddellijk positieve feedback als hij zonder herinnering aan huiswerk begint
- het welbevinden van de leerling verhoogt na het goed uitvoeren van (tussenstappen van) het doelgedrag

¹⁴³ Dawson P. en Guare R., Executieve functies bij kinderen en adolescenten. Een praktische gids voor diagnostiek en interventie, Hogrefe, 2010, blz. 52-55.

¹⁴⁴ Zie Bijlage 12: Executieve functies

- **Toolkit**¹⁴⁵

Om binnen de klas in het basisonderwijs aan gedragsveranderingen te werken kan onder andere gebruik gemaakt worden van de ADHD-Toolkit. Dit is een werkinstrument in spelvorm voor leerkrachten om leerlingen met ADHD doelgericht te begeleiden naar een meer adequaat gedrag. Bij het gebruik van de Toolkit worden de mogelijkheden tot gedragsverandering van de leerling getoetst en wordt kennis gemaakt met de grenzen van het haalbare. Zo wordt voor de leerkracht en de leerling duidelijk welk niveau van zelfstandigheid bereikt kan worden en vanaf wanneer daadwerkelijke hulp en compenseren nodig zijn. CLB en zorgteam werken samen om deze gedragsaanpak voor de leerling te concretiseren.

- **Coaching**¹⁴⁶

Coaching wordt geadviseerd als strategie bij leerlingen met ADHD. De leerkracht zorgt ervoor dat de leerling zich op zijn taak concentreert en moedigt daarbij aan. Bij elke coachingsessie worden mondelinge/schriftelijke afspraken gemaakt betreffende de dagelijks te realiseren doelen.

Bijvoorbeeld:

Het heeft weinig zin om een leerling die veel moeite heeft met organiseren en plannen, te straffen wanneer hij zijn materialen een aantal keer niet bij heeft in de les. Het is beter om samen met hem na te gaan wat hij nodig heeft zodat hij de volgende keer zijn materialen wel bij heeft.

Indien coaching succesvol wil zijn dan moet de leerling gedurende het hele proces bereid zijn om actief mee te doen. In het verlengde daarvan betreft coaching een voortdurend samenwerkingsverband, dat de leerling aanmoedigt om beslissingen te nemen en keuzes te maken. De bedoeling is dat de leerling en de coach het proces samen aansturen, onafhankelijk van ouderlijk toezicht. Daardoor worden potentiële conflicten en kritiek met betrekking tot de prestaties van de leerling vermeden.

Het coachingproces begint met de aanname dat de leerling moeite heeft met het realiseren van een bepaald doel dat hij of een volwassene belangrijk vindt. Het proces bestaat uit twee stappen. Eerst kiest de leerling een doel waaraan hij wil werken. Dan bepaalt de leerling de taken die hij dagelijks zal moeten doen om het doel te kunnen bereiken.

- **Overgang naar het secundair onderwijs**

Veel meer dan op de basisschool wordt in het secundair onderwijs een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de leerling. Ze moeten zelf hun huiswerk

¹⁴⁵ Danckaerts M. en Dewitte I., Toolkit, Spelenderwijs gedrag veranderen, UPC-KULeuven, i.s.m. de Koning Boudewijnstichting, Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, ISC, CLB Leuven, Centrum ZitStil en Die-'s-Lekti-kus, 2009 <http://www.uzleuven.be/adhd-toolkit>

¹⁴⁶ Dawson P. en Guare R., Executieve functies bij kinderen en adolescenten. Een praktische gids voor diagnostiek en interventie, Hogrefe, 2010, blz. 141-153 Beschrijving van deze beide stappen en hoe coaching de ontwikkeling van executieve functies bevordert evenals coaching door medeleerlingen wordt uitgebreid omschreven.

plannen, zelfstandig opdrachten uitvoeren, naar ingewikkelde en soms lange instructies luisteren, hun werkstukken op tijd inleveren en hun schooltas voor de volgende dag op orde hebben. Bij de overgang naar het secundair onderwijs groeit dus vaak opnieuw de frustratie over de symptomen en wordt een tweede ‘acceptatieproces’ doorgemaakt. Het is aangewezen om tijdig voorbereidende gesprekken en contacten tussen de leerling, zijn ouders, de leerkracht van het zesde leerjaar en de nieuwe school op te starten. Tijdens deze gesprekken staat een handelingsgerichte aanpak voorop (wat helpt, ...). Bovendien is het zinvol om aan de leerling bij schoolverandering een overzicht of fiche mee te geven met de geboden zorg, succesvolle maatregelen en mogelijke aandachtspunten voor de nieuwe school. Voor de overgang van het lager naar het secundair onderwijs kan dit bijvoorbeeld via een Baso-Fiche. Voor een leerling met ADHD staan kernwoorden als structuur, duidelijkheid en vaste regels voorop¹⁴⁷. Dat kan ook als leerlingen met verschillende leraren te maken hebben. Leerkrachten in het secundair onderwijs mogen best een eigen aanpak hebben, maar ze moeten dan wel bij die aanpak blijven. Dat biedt duidelijkheid voor een leerling met ADHD.

1.1.2 Leerling en medeleerlingen

De leerling met aandachts- en werkhoudingsproblemen of een leerling met ADHD heeft het recht om zo goed mogelijk geïnformeerd en betrokken te worden over hoe de adviezen concreet omgezet worden in het handelen: Wat wordt er van mij verwacht wordt? Waarom? Wat gaat er gebeuren? Hoe gedraag ik mij?, ...

Psycho-educatie kan voor de leerling opgestart worden. Voor de leerling betekent psycho-educatie dat hij inzicht krijgt in zijn eigen functioneren (sterktes en zwaktes). Hij leert op die manier zijn beperkingen aanvaarden en begrijpen en leert vaardigheden om ermee om te gaan.

Medeleerlingen kunnen actief betrokken worden in de aanpak. Bijvoorbeeld door: niet te reageren op zijn taal of gedrag, mee te helpen door de leerling niet af te leiden, ... Het is eveneens aangewezen om goed voorbereid¹⁴⁸ en met inspraak en toelating van alle betrokkenen aan de klas uit te leggen wat ADHD is en hoe dit zich manifesteert bij deze leerling en welke specifieke maatregelen deze leerling krijgt.

De medeleerlingen worden ervan bewust gemaakt dat een positieve, eerlijke omgang met de leerling van groot belang is en dat iedereen samen verantwoordelijk is voor een veilige en positieve leeromgeving.

Help- en ervaringsboeken voor kinderen en jongeren:

¹⁴⁷ <http://www.jmouders.nl/Themas/School/ADHD-het-voortgezet-onderwijs.htm>

¹⁴⁸ Toestemming leerling – ouders, gepaste methodiek, gepaste les en inhoudelijke voorbereiding klasgesprekken follow-up

- 'De ADHD survivalgids', 'Laat je niets wijsmaken', ...¹⁴⁹
- 'Wacht even' (een informatief boekje over ADHD, voornamelijk bij kinderen), 'Stijn de Trein' (een verhaal over ADHD voor kinderen zelf)¹⁵⁰, 'Er zit een leeuw in mij', ...
- 'Weet jij wat ADHD is?' (informatie boekje over ADHD voor broers, zussen, vrienden, ... van een leerling met ADHD)¹⁵¹

1.1.3 Ouders

Ouder zijn van een kind met ADHD is een grote uitdaging. Dit kan moeilijk en belastend zijn. Ouders kunnen voor informatie, vorming, training en ondersteuning bij problemen binnen de opvoedingssituatie terecht bij een oudervereniging ADHD of een dienst voor opvoedingsondersteuning. Het helpt ouders en naaste betrokkenen om met een realistisch verwachtingspatroon en een positieve ingesteldheid hun kind te benaderen. Voor ouders van kinderen en adolescenten met ADHD is in Vlaanderen het expertisecentrum Zit Stil¹⁵² opgericht.

Op regionaal vlak kunnen nog andere diensten de ouders ondersteunen:

Centrum voor Geestelijke Gezondheid, STOP-project¹⁵³, opvoedingswinkel, ...

Een educatief pakket¹⁵⁴ werd ontwikkeld om vorming te geven aan allochtone ouders. Belangrijke onderdelen van dit pakket zijn verkrijgbaar in het Nederlands, Frans, Arabisch en Turks.

Ouders kunnen een gedragstherapeutische oudertraining¹⁵⁵ volgen, individueel of in groep, gericht op het veranderen van het gedrag van het kind. Bij oudere kinderen gaat het meer om een effectievere communicatie en het beter leren oplossen van problemen¹⁵⁶.

Ouders kunnen hun kind aanmoedigen om te sporten en andere buitenschoolse activiteiten te volgen. Het kind moet zich kunnen ontspannen en vermaken. Prestaties en succes spelen hierbij geen rol. Sport en creatieve bezigheden bevorderen de ontplooiing en bieden mogelijke uitlaatkleppen voor het kind.

¹⁴⁹ http://www.zitstil.be/shop?page=shop.browseencategory_id=5

¹⁵⁰ <http://www.balansdigitaal.nl/producten/webwinkel/?filter=51597encategorie=all>

¹⁵¹ http://www.abimo.net/educatieve_uitgaven/index.php?doelgroep=zorg-in-het-onderwijsenpct=93enct=128

¹⁵² www.zitstil.be

¹⁵³ De Mey W., Messiaen V., Van Hulle N., Merlevede E. en Winters S., Samen sterker Terug Op Pad, een vroege interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen, Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2005
Website STOP-project: <http://www.stop4-7.be/>

¹⁵⁴ Cuadros Perez R. en Bouckaert M, D.R.U.K. of A.D.H.D., een educatief pakket rond ADHD voor allochtone ouders, Acco, Leuven, 2009, voor onderdelen N/F/A/T, www.uitgeverijacco.be/drukofadhd, code ingeven

¹⁵⁵ www.zitstil.be en www.sig-net.be, ook heel wat kinder- en jeugdpsychiatrische diensten bieden oudertrainingen aan

¹⁵⁶ Barkley R. en Murphy, K., Attention-deficit Hyperactivity Disorder, A clinical workbook, The Guilford Press, 2006.

1.1.4 CLB

Het CLB-team ondersteunt de school door bijvoorbeeld:

- mee te werken bij het opstellen van het handelingsplan;
- het zorgteam ideeën aan te reiken om positieve eigenschappen/vaardigheden/interesses te versterken;
- samen te werken met de school bij het uitproberen van bijvoorbeeld de ADHD-toolkit;
- bijkomende deskundigheid over ADHD te verwerven;
- informatie over ADHD te verstrekken aan de school;
- samen te werken met het schoolextern netwerk rond de school;
- ...

In de aanpak van werkhoudingsproblemen en ADHD kan de CLB-medewerker een kortdurende begeleiding opstarten ter ondersteuning van de aanpak van het zorgteam op school¹⁵⁷ en de ouders thuis.

Deze kortdurende begeleiding kan bestaan uit psycho-educatie, psycho-sociale begeleiding¹⁵⁸, praktische en emotionele ondersteuning door middel van counseling, sociale vaardigheidstraining, ...

Eveneens betreft de CLB-medewerker, in mate van het mogelijke, de ouders bij de begeleiding.

1.1.5 Samenwerken met externe partners

De school, CLB en ouders werken samen met externen. Zo krijgt men de nodige steun van mensen buiten de school. Externe deskundigen hebben een ondersteunende en inspirerende functie.

Onderzoek naar het effect van psychosociale interventies bij kinderen en jongeren met ADHD is beperkt beschikbaar en weinig overtuigend. Zo kon er geen voordeel worden vastgesteld van kindgerichte gedragstherapie ten opzichte van geen behandeling of gangbare zorgverstrekking. Gedragstherapie gericht op de ouders heeft wel een gunstig effect. Ook kan psychotherapie zinvol zijn in geval van comorbiditeit. Populaire dieettheorieën en -interventies zijn momenteel onvoldoende onderbouwd.

De evidentie voor het effect van medicamenteuze behandeling van kinderen met een formele diagnose van ADHD is een stuk sterker. Psychostimulantia zoals

¹⁵⁷ De CLB-medewerker kan gebruikmaken van bestaande programma's zoals 'VRIENDEN'-programma¹⁵⁷, Kids' Skills, Mission Impossible, ... Deze programma's worden beperkt in tijd en zijn gericht op het aanleren van vaardigheden, dus minder op het achterhalen van oorzaken en de verdieping daarvan.

¹⁵⁸ Timbremont B. en De Visscher C., School en CLB werken samen aan welbevinden van leerlingen op school, Caleidoscoop, 23 (3), 2011

methylfenidaat¹⁵⁹ en atomoxetine¹⁶⁰ hebben bij een bewezen effect op de kernsymptomen, tenminste op korte termijn. Meer onderzoek naar de werkzaamheid op lange termijn is wenselijk. Andere geneesmiddelen zijn minder bestudeerd of hebben een ongunstiger bijwerkingenprofiel. De vraag blijft bij welke kinderen medicatie moet gegeven worden en welke¹⁶¹.

Wanneer medicatie wordt opgestart is het essentieel dat het effect, zowel de verbetering als de eventuele nevenwerkingen, wordt opgemerkt en gerapporteerd aan de voorschrijver. Dit zowel door de ouders (thuiscontext) als door de leerkracht (schoolcontext). De termijn van evaluatie (bij opstart en tijdens behandeling) wordt bepaald door en afgesproken met de behandelende arts.

Externe deskundigen hebben een ondersteunende en inspirerende functie. Ze kunnen bijvoorbeeld een MDO of leerlingenoverleg bijwonen.

Externe deskundigen kunnen zijn:

- een diagnoseteam dat kan meewerken aan de handelingsplanning;
- het centrum voor kindergeneeskunde en gezinsondersteuning;
- een behandelende psychotherapeut¹⁶²;
- een revalidatiecentrum;
- een centrum geestelijke gezondheidszorg;
- een kinderpsychiater;
- oudergroepen;
- ...

Websites met relevante informatie over ADHD (ouderverenigingen, zelfhulpgroepen, ...) zijn:

- www.zitstil.be
- www.impulsdigitaal.nl

¹⁵⁹ Bekend onder merknamen Rilatine® en Concerta®. Voor Rilatine® is terugbetaling door het RIZIV voorzien na een diagnose van ADHD door een (kinder)psychiater, (kinder)neuroloog of een geneesheer specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrie neurologie. Bijkomende voorwaarden zijn dat de symptomen onvoldoende gecontroleerd zijn door aangepaste psychologische, educatieve en sociale maatregelen én dat de farmacologische behandeling deel is van een globaal behandelingsschema dat nog andere (psychologische, educatieve en sociale) maatregelen omvat Zie

http://www.riziv.fgov.be/inami_prd/ssp/cns2/pages/RefundingCondition.asp?qs_SpcCod=00499843&qs_SpcNam=RILATINE&qs_Chp=IV&qs_Prg=3130200

¹⁶⁰ Bekend onder merknaam Strattera®

¹⁶¹ Folia Transparantie AD/HD, Zie http://www.bcfi.be/pdf/TFT/TN_ADHD_Lng.pdf en http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/WatWerkt_ADHD.pdf

¹⁶² De psychotherapeut dient te beschikken over een diploma menswetenschappen (minstens niveau hoger onderwijs) en een diploma van een aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde opleiding psychotherapie van minstens drie jaar georganiseerd door een door de overheid erkende onderwijsinstelling of door een vormingsinstelling die toegang geeft tot het lidmaatschap van een koepelvereniging voor psychotherapeuten in België, die psychotherapeuten verenigt van meer dan één onderwijs- of vormingsinstelling. Psychotherapeuten werkend binnen een multidisciplinaire setting of groepspraktijk verdienen de voorkeur.

- www.zorgzaamomgaan.be
- www.mijnbijzonderbrein.be
- www.letop.be
- www.balansdigitaal.nl
- www.zoalsik.be
- www.adhdwatnuweb.nl

1.2 Globale evaluatie en cyclisch verloop¹⁶³

De timing van deze evaluatie wordt sterk bepaald door de aard van de gekozen adviezen en de complexiteit van de problemen. De globale evaluatie vindt minstens één keer per schooljaar plaats.

De schoolinterne en externe interventies worden beoordeeld evenals de resultaten van het eerdere diagnostische traject. Het handelingsplan wordt op kortere tijd geëvalueerd.

De hardnekkigheid en/of ernst van de problematiek kunnen voor het CLB-team een signaal zijn dat het doet overwegen het HGD-traject terug op te starten en eventueel een of meerdere onderkennende en/of (comorbide) classificerende hypothese(s) te heroverwegen.

¹⁶³ Zie Algemeen deel: Globale evaluatie en cyclisch verloop

2. Problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS¹⁶⁴

Ongeacht of de leerling al dan niet een diagnose heeft van een autismespectrumstoornis is het in deze fase van belang dat er gericht wordt gehandeld. Daarom wordt binnen het ‘handelen en evalueren’ geopteerd om de aanpak niet louter vanuit de stoornis, maar vooral vanuit de specifieke onderwijs- en ondersteuningsbehoeften te omschrijven met de nadruk op het functioneren en welbevinden op school.

De samenwerking tussen school, CLB, ouders, leerling en eventueel externe deskundigen is noodzakelijk om een gezamenlijk plan van aanpak te realiseren.

Hierbij worden volgende vragen gesteld:

- Waar heeft deze leerling met problemen in de sociale communicatie en interactie of deze leerling met een autismespectrumstoornis nood aan?
- Wat gaat wel goed bij de leerling en/of zijn zaken die een positieve insteek kunnen zijn om de problemen aan te pakken¹⁶⁵?
- Welke ondersteuning en begeleiding kunnen we deze leerling, ouders, leerkracht aanbieden?
- Wat willen en kunnen we bereiken?

Elke leerling is uniek en elke gedragsproblematiek heeft zijn eigen uitingsvorm. Afstemming en maatwerk blijven dus belangrijk.

2.1 Betrokkenen: rol en samenwerking

2.1.1 School

- **Handelingsplan uitwerken**

De school kan maatregelen¹⁶⁶ voorzien om tegemoet te komen aan de specifieke onderwijsbehoeften van de leerling¹⁶⁷. Bij het in de praktijk omzetten van deze maatregelen is het aangewezen om een handelings- of begeleidingsplan¹⁶⁸ te maken.

¹⁶⁴ Wat onder ‘Handelen en evalueren’ staat, zijn suggesties voor school, CLB en ouders.

¹⁶⁵ Zie ook Poster ASS pluspunten: http://www.abimo-uitgeverij.com/educatieve_uitgaven/index.php?doelgroep=zorg-in-het-onderwijs&ent=126&pg=details&rid=916

¹⁶⁶ Tal van voorbeelden van goede praktijk (ondermeer begeleidingsplannen en draaiboeken, zowel voor basisonderwijs als secundair) zie <http://sticordibank.wikispaces.com/> en fiche autisme www.letop.be

¹⁶⁷ Een boekje dat een algemene leidraad is in de begeleiding op maat van mensen met een autismespectrumstoornis: De Caluwe P., e.a., AliASS, Algemene Leidraad in Autismespectrumstoornissen, Politeia, Brussel, 2012

¹⁶⁸ Zie ook Bijlage 15 en 16: Handelingsplan in het gewoon en buitengewoon onderwijs

Maatregelen vanuit de verhoogde zorg die effectief bleken, worden in dit handelingsplan behouden en verder toegepast. Het specifieke situeert zich niet enkel in de te gebruiken werkwijzen, maar ook in de duur, hoeveelheid en intensiteit ervan. Het hele schoolgebeuren heeft invloed op deze leerling¹⁶⁹: het leerproces, de leerkracht en de klasgenoten, maar ook de speelplaats, de andere leerlingen en leerkrachten, de sportzaal, het nemen van maaltijden op school, ... Dit vraagt om een totaalbenadering.

Omdat de schoolse omgeving, waar specifieke gedragingen en vaardigheden geleerd kunnen worden, een belangrijke bron is voor evolutie, is de keuze van de juiste vorm van onderwijs voor de leerling met (een vermoeden van) een autismespectrumstoornis essentieel. De keuze van de school, de klas en het organiseren van extra begeleiding staan hierin centraal¹⁷⁰. Het is belangrijk te vermelden dat de leerling met een autismespectrumstoornis die met leeftijdgenoten zonder een autismespectrumstoornis omgaat meer sociale interacties en minder probleemgedrag vertoont.

Zowel in het basisonderwijs als op het niveau van secundair onderwijs gaat bijzondere aandacht uit naar:

- een persoonlijke mentor die deze leerling gedurende verschillende schooljaren heen kan ondersteunen (mentorschap);
- het pedagogische schoolklimaat en de horizontale en verticale samenhang van de pedagogische aanpak. In het secundair onderwijs is er nood aan onderlinge pedagogische afstemming vanwege het relatief grote aantal leerkrachten;
- de veiligheid en de duidelijkheid van de sociale omgeving door bijvoorbeeld met buddy's¹⁷¹ te werken;
- het overzicht en de voorspelbaarheid van de omgeving door bijvoorbeeld met flexibele dagplanners, kalenders, agenda's, weekroosters te werken;
- overzichtelijk leermateriaal;
- de begeleiding van individuele keuzes bijvoorbeeld in vrije tijdsituaties;
- de organisatie van het huiswerk;
- het bevorderen van zelfstandigheid bij het leren plannen.

De richtlijnen over de voorwaarden waaraan een goede begeleiding van een leerling met een autismespectrumstoornis dient te voldoen, zijn slechts in grote lijnen

¹⁶⁹ Zie Diagnostisch materiaal: Autismekijkwijzer en Autismespecifieke kwaliteitsevaluatie

¹⁷⁰ Verhulst F., Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2008, blz. 74

¹⁷¹ Zie 2.1.2. Leerling en medeleerling, werken met een buddy

geformuleerd¹⁷². Als uitgangspunt van het handelingsplan worden evenwel steeds specifieke problemen als uitgangspunt genomen¹⁷³.

Voorbeeld van een handelingsplan¹⁷⁴:

Stap 1: Bepaal het doelgedrag

Executieve functie¹⁷⁵: Responsinhibitie, emotieregulatie

Specifiek doelgedrag: de leerling geeft op een rustige manier en zonder driftig te worden aan wanneer hij iets niet kan of niet wil.

Stap 2: Interventie

Welke steun vanuit de omgeving kan het doelgedrag helpen bereiken?

- er zijn duidelijke afspraken over welk gedrag gewenst wordt wanneer een leerling hulp wil vragen, weergegeven in een visuele ondersteuningsplan;
- er zijn duidelijk afspraken over welk gedrag gewenst wordt wanneer de leerling iets niet wil, weergegeven in een visueel ondersteuningsplan.

Welke specifieke vaardigheden wordt aangeleerd, wie doet dat en welke benadering wordt daarvoor gekozen?

Vaardigheden: voorkomen van driftig worden, het rustig blijven bij probleemsituaties en op een gepaste manier hulp vragen.

Wie leert de vaardigheden aan? De leerkracht(en), zorgteam en de leerling zelf.

Werkwijze:

- de leerling zoekt samen met de leerkracht een gepaste tekening of pictogram voor het 'help me'- en het 'ik wil niet'-kaartje;
- de leerling wordt geleerd op welke signalen hij moet letten die een driftbui aankondigen;
- de leerling wordt geleerd het 'help me'- of 'ik wil niet'-kaartje te tonen aan de leerkracht in plaats van driftig te worden.

Welke beloningen kunnen de leerling motiveren om de vaardigheden te oefenen?

- de leerling wordt geprezen indien hij het kaartje gebruikt i.p.v. driftig te worden;
- het welbevinden van de leerling verhoogt na het uitvoeren van (tussenstappen van) het doelgedrag;
- de leerling merkt dat de algemene sfeer verbetert.
- de situatie is duidelijker voor de leerling, waardoor hij rustiger wordt.

¹⁷² Bregman en Gerdtz, 1997; Howlin, 1998; Van der Gaag en Berckelaer-Onnes, 2000 in: De Haan, E.,

Dolman C. en Hansen A., Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001, blz. 34

¹⁷³ De Haan, E., Dolman C. en Hansen A., Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2001, blz. 34

¹⁷⁴ Dit handelingsplan geldt enkel een illustratie.

¹⁷⁵ Zie Bijlage 12: Executieve functies

- **GON-begeleiding**¹⁷⁶

Voor leerlingen bij wie een diagnose ASS gesteld werd, kan GON-begeleiding aangewezen zijn. GON-begeleiding kan pas aangevraagd en opgestart worden na een handelingsgericht diagnostisch traject waarbij de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoeften van de school en de ouders aangetoond en in kaart werden gebracht. Het GON-pakket is bedoeld om aan de geïntegreerde leerling en/of aan de gewone school hulp te verstrekken vanuit een onderwijskundig en/of paramedisch, medisch, sociaal, psychologisch en/of orthopedagogisch perspectief. In overleg met alle partners kan dit pakket op een flexibele wijze worden angewend, in functie van de specifieke onderwijsbehoeften van de GON-leerling en/of de graad van expertise van de school voor gewoon onderwijs.

GON-leerlingen lopen school in het regulier onderwijs en een aantal uren per week krijgen ze ondersteuning vanuit het buitengewoon onderwijs. GON-begeleiding voor een autismespectrumstoornis kan aangevraagd worden voor het kleuter-, het lager, secundair en hoger onderwijs buiten de universiteit. Deze voorziening is meestal beperkt tot twee schooljaren per niveau.

GON-begeleiding biedt ondersteuning aan de leerling, de ouders en het auti-team/schoolteam.

- **Overgang naar het secundair onderwijs**¹⁷⁷

Het is belangrijk dat op de basisschool een aantal initiatieven wordt genomen die ertoe bijdragen dat een leerling met een autismespectrumstoornis de overgang naar het secundair onderwijs goed voorbereid kan maken. Het zorgteam en CLB, al dan niet ondersteund door een GON-leerkracht spelen hierin een belangrijke rol omdat zij de zorg hebben voor:

- het aansturen en ondersteunen van de leerkrachten zesde leerjaar;
- de samenwerking met ouders;
- het aanreiken van stappenplannen aan de leerling waarmee deze, met ondersteuning van hun ouders en leerkrachten, zichzelf kunnen voorbereiden op de overgang van de basisschool naar het secundair onderwijs;
- het voeren van gesprekken (met ondersteuning met visuele hulpmiddelen en/of schoolbezoek) met leerlingen en hun ouders over secundair onderwijs.

De school, ouders, CLB en leerling bespreken het perspectief van de leerling. De centrale vragen hierbij zijn:

- wie is deze leerling?
- wat kan deze leerling?
- wat wil deze leerling?

¹⁷⁶ Zie ook visietekst GON - http://www.g-o.be/Net_eMagazineHome/Uploads/Documenten/GON-130502-Visietekst%20Internetten%20CLB-versie%202013.pdf

¹⁷⁷ Gebaseerd op <http://www.overgangpovo.nl/Algemeen/Supplementen/Autisme>

Voor de leerling met ASS gaat het dan vooral om:

- de leermogelijkheden in het algemeen en factoren die de ontwikkeling van de leerling gunstig kunnen beïnvloeden, zoals motivatie en zelfvertrouwen, doorzettingsvermogen en een ondersteunende thuissituatie.
- de specifieke ondersteuning waarop de leerling kan (blijven) rekenen, met name gericht op:
 - o het voorspelbaar maken van de organisatie en werkwijze in het secundair onderwijs;
 - o de veranderingen in de communicatie in het secundair onderwijs (ten opzichte van het basisonderwijs);
 - o de sociale en emotionele vaardigheden die worden verwacht in het secundair onderwijs (vooral ook in relatie tot de pubertijdperiode en de leerlingencultuur in het secundair onderwijs);
 - o de mate van zelfstandigheid die wordt verwacht in het secundair onderwijs.

De uitkomst van het gesprek wordt vastgelegd in de beschrijving van het toekomstperspectief.

De basisschool geeft de nodige informatie over de leerling met een autismespectrumstoornis via bijvoorbeeld een Baso-fiche mee met de ouders. De ouders kunnen deze informatie doorgeven aan de school voor secundair onderwijs bij de inschrijving. De school voor secundair onderwijs kan contact opnemen met de basisschool en het begeleidende CLB om zich verder te informeren over de begeleiding van deze leerling mits toestemming van de ouders en/of de leerling.

- **Overgang naar een andere onderwijsvorm**¹⁷⁸

Wanneer een leerling door het CLB wordt doorverwezen naar het buitengewoon onderwijs en de ouders dit advies opvolgen, wordt gezocht naar een school voor buitengewoon onderwijs van het geadviseerde type en/of opleidingsvorm. Voor een leerling met een autismespectrumstoornis is een school met een schoolintern auti-team en een passende anti-werking meestal aangewezen.

2.1.2 Leerling en medeleerlingen

Een leerling met ASS heeft het recht om zo goed mogelijk geïnformeerd en betrokken te worden over het doel en de invulling van adviezen: Wat wordt er van mij verwacht? Waarom? Wat gaat er gebeuren? Hoe gedraag ik me? ... Duidelijkheid brengen is die informatie, ook visueel, aanbieden die het antwoord biedt op de vele vragen die de leerling zich stelt.

¹⁷⁸ Zie Bijlage 16: Werken met een handelingsplan in het buitengewoon onderwijs

Het is een hulp als we een soort handleiding aanbieden die het schoolse gebeuren verduidelijkt en verheldert.

Omdat er aanwijzingen zijn dat een leerling met een autismespectrumstoornis in algemene zin beter gaat functioneren wanneer hij beter gaat communiceren, wordt er aanbevolen om het verbeteren van de communicatie – indien nodig - als eerste behandeldoel te kiezen en dit zo vroeg mogelijk¹⁷⁹.

Medeleerlingen kunnen actief betrokken worden in de aanpak (bijvoorbeeld buddysysteem). Het is eveneens aangewezen om goed voorbereid¹⁸⁰ en met inspraak en toelating van alle betrokkenen aan de klas uit te leggen wat een autismespectrumstoornis is en hoe dit zich manifesteert bij deze leerling en welke specifieke maatregelen deze leerling krijgt.

- **Werken met een buddysysteem**

Medeleerlingen kunnen actief betrokken worden in de aanpak. Een buddysysteem kan helpen om deze leerling te beschermen tegen andere leerlingen. Een beurtrol voorkomt dat die taak op de schouders van één enkele leerling rust. Een goede buddy kan niet enkel een leerling met een stoornis in het autismespectrum verdedigen tegen bijvoorbeeld mogelijke pesterijen, maar kan tevens zijn tolk zijn, samen met hem een spel beginnen waaraan anderen kunnen deelnemen en zelfs helpen bij het uitvoeren van schoolse taken¹⁸¹. Een buddy kan tevens de bovengemelde voorbeeldfunctie opnemen. Deze taken lukken makkelijker wanneer de buddy's door de leerkracht gestimuleerd, geholpen en vooral gewaardeerd worden. Een extra beloning kan het buddy zijn aantrekkelijk maken.

Een buddysysteem alleen biedt echter meestal onvoldoende bescherming. Zeker op de speelplaats, in de eetzaal en in de schoolgangen zal het voor een aantal leerlingen met autisme noodzakelijk zijn om extra toezicht in te schakelen.

2.1.3 Ouders

Ouders worden zo actief mogelijk betrokken bij het zorgtraject van de leerling met (een vermoeden van) een autismespectrumstoornis. Er wordt gestreefd naar afstemming van de initiatieven op school en de ondersteuningsmogelijkheden van de ouders. Hun ervaring met de omgang met hun kind is een belangrijke bron van informatie voor de school. Zij kennen de signalen van hun kind het beste. Een goede samenwerking met ouders kan crisissen voorkomen.

¹⁷⁹ Whetherby e.a., 1997 in: De Haan, E., Dolman C. en Hansen A., Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2001, blz. 38

¹⁸⁰ Toestemming leerling – ouders, gepaste methodiek, gepaste les en inhoudelijke voorbereiding klasgesprek en follow-up.

¹⁸¹ Vermeulen, P., Voor alle duidelijkheid, leerlingen met autisme in het gewoon onderwijs, EPO, Antwerpen, 2002

Omdat bij de leerling met een autismespectrumstoornis het vermogen tot generaliseren beperkt of zelfs afwezig is, dienen vaardigheden in de context verworven te worden. De aanpak in de eigen leefsituatie heeft het meeste succes en roept het minste weerstand op¹⁸². Voor opvoedingsondersteuning kunnen de ouders en andere gezinsleden beroep doen op bijvoorbeeld een thuisbegeleidingsdienst gespecialiseerd in 'autisme'¹⁸³. Voor gezinnen met een kind of jongere met een autismespectrumstoornis kan nodig zijn om samen met de ouders een aanpak te ontwikkelen om gedragsproblemen zoals driftbuien of slaapproblemen te verhelpen¹⁸⁴.

2.1.4 CLB

Het CLB-team ondersteunt de school door bijvoorbeeld:

- mee te helpen bij het opstellen van het handelingsplan;
- bijkomende deskundigheid over autismespectrumstoornis te verwerven;
- het zorgteam ideeën aan te reiken om positieve eigenschappen/vaardigheden/interesses te versterken;
- informatie over autismespectrumstoornis te verstrekken aan de school;
- samen te werken met het schoolextern netwerk rond de leerling;
- ...

In de aanpak van de leerling met een (vermoeden van een) autismespectrumstoornis kan de CLB-medewerker een kortdurende begeleiding¹⁸⁵ opstarten ter ondersteuning van de aanpak van het zorgteam op school en de ouders thuis.

Deze kortdurende begeleiding kan bestaan uit 'psycho-educatie', interventies op sociaal gebied bijvoorbeeld het leggen van contact met andere kinderen/jongeren met een autismespectrumstoornis, praktische en emotionele ondersteuning door middel van counseling, sociale vaardigheidstraining, ...

Eveneens betreft de CLB-medewerker, in de mate van het mogelijke, de ouders bij de begeleiding.

2.1.5 Samenwerken met externe partners

De school, CLB en ouders werken samen met externen. Zo krijgt men de nodige steun van mensen buiten de school. Ze kunnen een MDO of leerlingoverleg bijwonen¹⁸⁶. Externe deskundigen¹⁸⁷ hebben een ondersteunende en inspirerende functie.

¹⁸² De Haan, E., Dolman C. en Hansen A., Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2001, blz. 37

¹⁸³ Voor meer informatie: zie websites vermeld bij 'Psycho-educatie'

¹⁸⁴ Zie ook Diagnostisch materiaal: Beter Samen

¹⁸⁵ Zie BVR: Operationele doelstellingen CLB - Kernopdracht

¹⁸⁶ Vermeulen P., Voor alle duidelijkheid. Leerlingen met autisme in het gewoon onderwijs, EPO, Antwerpen, 2002

¹⁸⁷ http://www.nji.nl/DossierDownloads/WATWERKT_AUTISME.PDF

Externe deskundigen kunnen zijn:

- een diagnoseteam dat kan meewerken aan de handelingsplanning;
- een thuisbegeleidingsdienst, die helpt bij de afstemming tussen thuis- en schoolcontext;
- een behandelende psychotherapeut¹⁸⁸;
- een revalidatiecentrum;
- behandelingscentrum autisme;
- een centrum geestelijke gezondheidszorg;
- kinderpsychiater;
- oudergroepen;
- ...

Websites met relevante informatie over autismespectrumstoornis (ouderverenigingen, zelfhulpgroepen, ...) zijn:

- www.autismecentraal.com
- www.autismevlaanderen.be
- www.autisme.nl
- www.stijn.be/index.php?locatie-LSA
- www.auctores.be
- www.outsider.net
- www.pass-partout.be
- www.brussen.be (voor broers en zussen)
- www.brusjes.nl (voor broers en zussen)
- www.Wai-pass.be
- www.participate-autisme.be/nl/

2.2 Globale evaluatie en cyclisch verloop

De timing van deze evaluatie wordt sterk bepaald door de aard van de gekozen adviezen en de complexiteit van de problemen. De globale evaluatie vindt minstens één keer per schooljaar plaats.

De schoolinterne en -externe interventies worden beoordeeld evenals de resultaten van het eerdere diagnostische traject. Het handelingsplan wordt op kortere termijnen geëvalueerd.

¹⁸⁸ De psychotherapeut dient te beschikken over een diploma menswetenschappen (minstens niveau hoger onderwijs) en een diploma van een aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde opleiding psychotherapie van minstens drie jaar georganiseerd door een door de overheid erkende onderwijsinstelling of door een vormingsinstelling die toegang geeft tot het lidmaatschap van een koepelvereniging voor psychotherapeuten in België, die psychotherapeuten verenigt van meer dan één onderwijs- of vormingsinstelling. Psychotherapeuten werkend binnen een multidisciplinaire setting of groepspraktijk verdienen de voorkeur.

Volgende aspecten keren terug:

- (gewijzigde) mogelijkheden en beperkingen bij de leerling;
- (gewijzigde) positieve en risicofactoren in gezin, klas, school;
- (gewijzigde) opvoeding-, onderwijs- en ondersteuningsbehoeften;
- huidige pedagogische vraagstelling(en) van het kind.

De hardnekkigheid en/of ernst van de problematiek kunnen voor het CLB-team een signaal zijn dat het doet overwegen het HGD-traject terug op te starten en eventueel een of meerdere onderkende en/of (comorbide) classificerende hypothes(e)s te heroverwegen.

3. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen^{189 190}

Ongeacht of de leerling al dan niet een diagnose heeft van een gedragsstoornis is het in deze fase van belang dat er gericht wordt gehandeld. Daarom wordt binnen het 'handelen en evalueren' geopteerd om de aanpak niet louter vanuit de stoornis, maar vooral vanuit de specifieke onderwijs- en ondersteuningsbehoeften te omschrijven met de nadruk op het functioneren en welbevinden op school.

De samenwerking tussen school, CLB, ouders, leerling en eventueel externe deskundigen is noodzakelijk om een gezamenlijk plan van aanpak te realiseren.

Hierbij worden volgende vragen gesteld:

- Waar heeft deze leerling die regelovertredend gedrag stelt, nood aan?
- Wat gaat wel goed bij de leerling en/of zijn zaken die een positieve insteek kunnen zijn om de problemen aan te pakken?
- Welke ondersteuning en begeleiding kunnen wij deze leerling, ouders, leerkracht aanbieden?
- Wat willen en kunnen we bereiken?

Elke leerling is uniek en elke gedragsproblematiek heeft zijn eigen uitingsvorm. Afstemming en maatwerk blijven dus belangrijk.

3.1 Betrokkenen: rol en samenwerking

3.1.1 School

Het is belangrijk dat de school een duidelijke visie neerzet over de afspraken en regels op de school. Maar ook dat er een gemeenschappelijke visie is op hoe omgegaan wordt met probleemgedrag en conflicten¹⁹¹. De leerlingen zijn op de hoogte van deze visie. De afspraken worden consequent toegepast.

Een leerling die opstandig en/of antisociaal gedrag vertoont, heeft problemen met gehoorzamen, kan erg driftig zijn, snel ruzie zoeken en zich niet aan de regels houden. De aanpak van gedragsproblemen en het laten naleven van gedragsregels vraagt, tijd, energie en een gericht handelen van de leerkracht. Hiervoor zal veel communicatie, sturing en nabijheid nodig zijn^{192 193}. Bovenop een duidelijk systeem van afspraken en

¹⁸⁹ Dit deel van het protocol handelt over de leerling met ernstige gedragsproblemen en het vermoeden van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een antisociale gedragsstoornis.

¹⁹⁰ Wat onder 'Handelen en evalueren' staat, zijn suggesties voor school, CLB en ouders.

¹⁹¹ Zie preventieve basiszorg

¹⁹² Voor concrete handvatten om om te gaan met conflicten, agressie, ... zie educatief en informatief materiaal:

<http://www.ond.vlaanderen.be/welzijn/welzijnswetgeving/ICOBAA%20Agressie%20Educatief%20materiaal.pdf>

¹⁹³ Manieren om de relatie met leerlingen te verbeteren:

<http://www.duizendjaarvoordeklaas.nl/praktijktips.aspx?praktijktipcategorieid=1>

regels kan er een differentiatie ingebouwd worden. Voor deze leerling gelden dan specifieke afspraken die gekend en toegepast worden door alle betrokkenen. De school voert de afgesproken interventies uit en evalueert deze samen met de CLB-medewerker, de ouders en de leerling.

Belangrijk aandachtspunt voor de school is dat er een onderwijsleersituatie wordt gecreëerd, die een adequaat antwoord biedt op de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling met opstandig en/of antisociaal gedrag.

- **Handelingsplan uitwerken**

De school kan maatregelen voorzien om tegemoet te komen aan de specifieke onderwijsbehoeften van de leerling. Bij het in praktijk omzetten van deze maatregelen waarbij verschillende partners betrokken zijn, is het aangewezen om een handelings- of begeleidingsplan te maken.

Maatregelen vanuit de verhoogde zorg die effectief bleken, worden in het handelingsplan behouden en verder toegepast. Het specifieke zit hem niet enkel in de te gebruiken methode(s), maar ook in duur, hoeveelheid en intensiteit.

Mogelijke maatregelen kunnen zijn:

- Aanpassingen van de leerstof¹⁹⁴

De leerling met oppositioneel-opstandig en/of antisociaal gedrag heeft nood aan voldoende uitdagingen, korte duidelijke instructies, leerstof in kleine overzichtelijke gehelen, visualisatie van opdrachten met pictogrammen.

- Leer- en hulpmiddelen

Het creëren van een duidelijke structuur, een voorspelbare leeromgeving, speelt een grote rol in het begeleiden van deze leerling. De omgeving zorgt voor veiligheid, orde en regelmaat. Ze hebben nood aan vaste structuren en vaste routines, hierbij kan een planning voor elke dag helpen. Deze leerling heeft best een vaste plaats in het klaslokaal en krijgt duidelijke instructies, zoals de hoeveelheid tijd, welke opdracht, welke oplossingsstrategie, ... verwacht wordt.

- Houding naar de leerling toe

De leerling met oppositioneel-opstandig en/of antisociaal gedrag grijpt vaak naar agressie bij problemen in de sociale interactie. Belangrijk is dit gedrag af te wijzen zonder de leerling af te wijzen. De leerkracht gebruikt best zelf geen agressieve aanpak, vermijdt een machtsstrijd en te strenge straffen.

¹⁹⁴ Coby Hartog-Polkerman, Opstandig, dwars en driftig, handboek gedragsstoornissen ODD en CD, SWP Amsterdam, 2009, blz. 60 – 62

Het is van belang dat de leerkracht de leerling in het oog houdt, niet toegeeft of inconsequent is. Hij vermijdt competitie in de klas en let er op dat andere leerlingen de leerling niet uitdagen.

De leerling met opstandig en/of antisociaal gedrag heeft vaak een negatief zelfbeeld. Complimenten geven, stimuleren en zijn prestaties niet onderschatten, zorgt ervoor dat de leerling geïnteresseerd kan blijven in de les.

In samenwerking met het zorgteam, het CLB en de ouders kan de leerkracht de leerling leren hoe hij kan spelen, hoe hij samenwerkt met medeleerlingen, hoe hij ruzie uitpraat, hoe hij rekening houdt met zijn omgeving en hoe hij op kan omgaan met zijn frustraties.

- **Conflicten**¹⁹⁵

Op voorhand een plan van aanpak bedenken bij conflicten zorgt ervoor dat er gericht kan ingegrepen worden indien er zich een conflictsituatie voordoet. Dit plan wordt opgesteld door het zorgteam eventueel in samenwerking met de CLB-medewerker en wordt besproken met de ouders en de leerling.

Ook de klasgenoten zijn op de hoogte van dit plan en oefenen mee om conflicten op een acceptabele manier op te lossen. In het plan staan duidelijke afspraken welk gedrag verwacht wordt, welk gedrag niet getolereerd wordt zoals slaan, schoppen, vloeken, ... Maar ook welke consequenties er gekoppeld worden zowel aan het gewenste als aan het ongewenste gedrag en hoe conflictsituaties opgelost worden.

Voorbeeld handelingsplan^{196 197}:

Stap 1: Bepaal het doelgedrag

Executieve functie¹⁹⁸: responsinhibitie, emotieregulatie, metacognitie.

Specifiek doelgedrag: de leerling kan zijn impulsen controleren en gaat op een constructieve manier om met anderen.

Stap 2: Interventie

Welke steun vanuit de omgeving kan het doelgedrag helpen bereiken?

- de leerling krijgt een aparte bank om zijn taken af te werken;
- de leerling krijgt een hoofdtelefoon om zich te kunnen afsluiten van geluiden in de klas;
- door gebruik van een timetimer ziet de leerling hoeveel tijd hij nog heeft om een taak af te werken;
- voor de speeltijd herinnert de leerkracht de leerling aan het doelgedrag en waarop hij dient te letten;
- er zijn duidelijke afspraken over het gewenste gedrag op de speelplaats;
- deze afspraken worden visueel aangebracht op de speelplaats (voor alle leerlingen).

¹⁹⁵ Zie preventieve basiszorg: omgaan met conflicten + De methodiek 'LSCI' handelt over praten met jongeren en kinderen die zich in een crisissituatie bevinden. Zie boek: Long N., Wood M.M en Fescer F., Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties, Lannoo, Tielt, 2008

¹⁹⁶ Dit handelingsplan geldt enkel als illustratie en is maar één voorbeeld hoe het kan ingevuld worden.

¹⁹⁷ Voor verdere informatie: Evidenced-based interventies rond agressieregulatie en woedebeheersing (zoals 'Zelfcontrole' Van Manen):

<http://www.nji.nl/publicaties/EvidencebasedinterventiesvergelijkingvoorSpirit.pdf>

¹⁹⁸ Zie Bijlage 12: Executieve functies

Welke specifieke vaardigheden wordt aangeleerd, wie doet dat en welke benadering wordt daarvoor gekozen?

Vaardigheden: reflectief reageren en verbeteren van probleemoplossende sociale inzichten en vaardigheden zodat frustraties worden voorkomen

Wie leert de vaardigheden? De leerkracht(en), het zorgteam, het CLB-medewerker, de ouders en de leerling zelf.

Werkwijze:

- de leerling leert dat zijn perspectief anders kan zijn dan dat van iemand anders;
- de leerling leert zich verplaatsen in de ander;
- de leerling leert beide perspectieven met elkaar verbinden;
- de leerling leert bij zichzelf lichamelijk reacties op conflictsituatie herkennen en benoemen;
- de leerling leert de stop-denk-doe-methode;
- de leerling leert nadenken over de gevolgen van zijn impulsieve gedrag;
- de leerling weet welk gedrag van hem verwacht wordt en wat de consequenties zijn van zowel gewenst als ongewenst gedrag;
- de leerling leert zelfbekrachtiging bij gewenst gedrag;
- de leerling leert gedragsalternatieven door een gesprek hierover en door het oefenen van ander gedrag in gecreëerde situaties door voor te doen, te oefenen en feedback te geven;
- de leerkracht en ouders helpen de leerling herinneren aan de gedragsalternatieven;
- de leerkracht en ouders belonen de leerling wanneer hij gewenst gedrag vertoont.

Welke beloningen kunnen de leerling motiveren om de vaardigheden te oefenen?

- het welbevinden van de leerling verhoogt nadat hij (tussenstappen van) het doelgedrag goed heeft uitgevoerd en merkt dat meer kinderen met hem willen omgaan, spelen, plezier maken
- de leerling ervaart dat de algemene sfeer verbetert;
- de leerling krijgt positieve feedback van de leerkracht wanneer hij zich weet te beheersen;
- de leerling ervaart dat zijn relatie tussen met de leerkracht, zijn ouders en de medeleerlingen verbetert.

• **Overgang naar een andere onderwijsvorm**

Indien niet kan voldaan worden aan de onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de leerling en de ondersteuningsbehoefte van de school, kan een overgang naar een andere school, andere studierichting of onderwijsvorm aangewezen zijn. Een overgang naar het buitengewoon onderwijs type 3 kan een oplossing bieden. In dit type van buitengewoon onderwijs kunnen leerkrachten gericht om gaan met leerlingen met een gedragsstoornis en wordt gerichte hulp geboden in kleinere klasgroepen¹⁹⁹. Eveneens worden de klasleerkrachten dagelijks in hun aanpak ondersteund door een psycholoog, pedagoog, maatschappelijk werker en/of kinderpsychiater.

De aangepaste setting in dit type buitengewoon onderwijs wordt gekenmerkt door een 'therapeutisch klimaat'. Dit betekent een basaal groeibevorderend opvoedingsgegeven dat bepaalde aspecten accentueert als antwoord op specifieke opvoedingsnoden van probleemkinderen²⁰⁰.

Er wordt dieper ingegaan op twee belangrijke aspecten van hun ontwikkeling, met name:

¹⁹⁹ Coby Hartog-Polkerman, Opstandig, dwars en driftig, handboek gedragsstoornissen ODD en CD, SWP Amsterdam, 2009, blz. 57

²⁰⁰ Gantois P. en Van Gils M. Begrensd – Onbegrensd, blz. 18

- de problemen op affectief-relacioneel vlak;
- de problemen op het vlak van zelfsturing en zelfcontrole.

Gezien de ernst van de problematiek kan in deze setting individueel gewerkt worden. Indien noodzakelijk kan afgestapt worden van het 'normale' schoolleven en kan men creatief op zoek gaan om deze kinderen maximale ontwikkelingskansen te bieden.

3.1.2 Leerling en medeleerling

De leerling met ernstige gedragsproblemen of een gedragsstoornis heeft het recht om zo goed mogelijk geïnformeerd²⁰¹ en betrokken te worden over hoe de adviezen concreet omgezet worden in het handelen. Hij is op de hoogte van: Wat wordt er van mij verwacht? Waarom? Wat er gaat gebeuren? Hoe gedraag ik mij?, ...

Voor de leerling is het belangrijk dat hij inzicht krijgt in zijn eigen functioneren, zijn sterktes en zijn zwaktes. Hij leert op die manier zijn beperkingen aanvaarden en begrijpen en leert vaardigheden om ermee om te gaan.

Het is eveneens aangewezen om goed voorbereid²⁰² aan de klas uit te leggen waarom de leerling met een gedragsstoornis eventueel specifieke maatregelen krijgt.

Medeleerlingen kunnen actief betrokken worden in de aanpak (bijvoorbeeld buddysteem). Een medeleerling als buddy kan voor de leerling met oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of ODD²⁰³ een positieve bijdrage leveren zoals hulp bij huiswerk, elkaars werk nakijken, elkaar overhoren. Dat kunnen verschillende leerlingen zijn die om de beurt deze taak op zich nemen. Leerlingen met ODD vertonen vaak leermoeilijkheden en hebben daar dus baat bij. Bovendien kan het positief zijn voor de sociale positie van de leerling met gedragsproblemen in de klas. Regelmatige terugkoppeling via het zorgteam is echter een noodzakelijke voorwaarde.

3.1.3 Ouders

Ouders worden zo actief mogelijk betrokken in het zorgtraject van de leerling met opstandig en/of antisociaal gedrag. Er wordt gestreefd naar een afstemming van de initiatieven op de school en de ondersteuningsmogelijkheden van de ouders. Ouders kunnen hun kind stimuleren door te zoeken naar buitenschoolse activiteiten waarbij het kind de kans krijgt om sociale contacten te leggen of sporten waarbij gedragsregulatie aan bod komt, zoals aansluiten bij een jeugdbeweging, judo, jiu jitsu, voetbal, ...

²⁰¹ Zie ook Bijlage 17: Leren omgaan met agressie

²⁰² Toestemming leerling – ouders, gepaste methodiek, gepaste les en inhoudelijke voorbereiding klasgesprekken follow-up

²⁰³ Zie ook Theoretisch deel, Gedragsproblemen en gedragsstoornissen

Ook bij gezinnen met veel risicofactoren worden de ouders intens betrokken bij het traject van hun kind. Deze ouders hebben vaak zelf negatieve herinneringen aan de school (pesten, straf, gebrek aan goede prestaties, ...). Hierdoor hebben ze soms een wantrouwige houding tegenover de hulp die de school en het CLB willen bieden. Ouders zijn bang dat ze geconfronteerd zullen worden met het probleemgedrag van hun kind. Ze voelen zich vaak de oorzaak van dit probleemgedrag waardoor ze er niet over willen of durven spreken. Toch ervaren ze de school ook als de oplossing voor hun kind en koesteren daarom hoge verwachtingen²⁰⁴. Tijdens de overlegmomenten wordt er een krachtig netwerk uitgebouwd zodat de ouders en leerling weten waar en bij wie ze terecht kunnen met hun vragen.

Bij een leerling met opstandig en/of antisociaal gedrag van allochtone ouders kan het nodig zijn dat de school en het CLB een beroep doen op een intercultureel bemiddelaar of een tolk. Zeker bij een problematiek zoals opstandig en antisociaal gedrag of een vermoeden van een gedragsstoornis is het belangrijk dat er een helder en compleet beeld wordt geschetst. Een intercultureel bemiddelaar of tolk kan er dan voor zorgen dat de ouders zich veiliger voelen omdat hij in zijn eigen taal kan spreken. Voor de school en de CLB-medewerker kan dit ook een meerwaarde betekenen, bijvoorbeeld door het krijgen van duidelijke informatie over de opvoedingscontext.

3.1.4 CLB

Het CLB-team ondersteunt de school door bijvoorbeeld:

- mee te helpen bij het opstellen van het handelingsplan;
- bijkomende deskundigheid over de aanpak van gedragsproblemen of -stoornissen te verwerven;
- informatie over gedragsproblemen en -stoornissen te verstrekken aan de school;
- samen te werken met het schoolextern netwerk rond de leerling;
- het zorgteam ideeën aan te reiken om positieve eigenschappen/vaardigheden/interesses van de leerlingen te versterken;
- ...

In de aanpak van de leerling met een gedragsstoornis kan de CLB-medewerker een kortdurende begeleiding²⁰⁵ opstarten ter ondersteuning van de aanpak van het zorgteam op school en de ouders thuis.

De CLB-medewerker kan ook als bemiddelaar optreden indien de relatie van de leerling met opstandig en/of antisociaal gedrag met de school of medeleerlingen

²⁰⁴ Laevers F., e.a., *Omgaan met kansarmoede in de basisschool*, CEGO, Leuven, 2003, blz. 79

²⁰⁵ De CLB-medewerker kan gebruikmaken van bestaande programma's zoals 'VRIENDEN'-programma, Kids' Skills, Mission Impossible, ... Deze programma's worden beperkt in tijd en zijn gericht op het aanleren van vaardigheden, dus minder op het achterhalen van oorzaken en de verdieping daarvan.

zodanig verstoord is dat communicatie onderling moeilijk is. Bemiddeling bestaat erin dat de betrokken leerling aangesproken wordt. Dit houdt geen veroordeling in van de leerling zelf. Jongeren zijn zich immers niet altijd bewust van het effect van het grensoverschrijdend gedrag. Bovendien zijn ze soms zelf het slachtoffer van ongewenst gedrag of kampen zij met andere problemen.

De bemiddeling kan verschillende vormen²⁰⁶ aannemen, zoals:

- time-outprojecten²⁰⁷: de leerling wordt voor een bepaalde tijd, van enkele dagen tot enkele weken, uit de school genomen. Op die manier krijgen zowel de leerling als de school een 'adempauze' en werkt een welzijnsorganisatie met beide partijen aan een re-integratie²⁰⁸;
- herstelgericht groepsoverleg (HERGO): groepsoverleg waarin alle partijen betrokken bij een incident, samen met hun steunfiguren, op zoek gaan naar hoe de schade kan hersteld worden. Een moderator bereidt het overleg voor en coördineert de gesprekken.

3.1.5 Samenwerken met externe partners

Bij aanhoudend probleemgedrag en indien de genomen maatregelen en/of de kortdurende begeleiding niet volstaat, is het aangewezen om te kiezen voor een samenwerking met partners uit het sociale netwerk van het CLB. Externe deskundigen hebben een ondersteunende en inspirerende functie.

91

Individuele psychotherapie en/of gezinstherapie kan opgestart worden. Voor jonge kinderen met een gedragsstoornis is gedragstherapeutische oudertraining het meest aangewezen. Bij jongeren is een combinatie van individuele cognitieve gedragstherapie en bredere gezinsinterventies doorgaans geïndiceerd. Indien psychosociale begeleiding onvoldoende effectief blijkt of bij comorbiditeit kan medicamenteuze ondersteuning geïndiceerd zijn²⁰⁹.

Externe deskundigen hebben een ondersteunende en inspirerende functie. Externe deskundigen kunnen zijn:

- een gezinstherapeut;
- een diagnoseteam;
- een thuisbegeleidingsdienst die helpt werk maken van de afstemming tussen thuis- en schoolcontext;
- medewerkers van het stopprogramma;
- een buurtopbouwwerker;

²⁰⁶ Informatie over time-out en HERGO: www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/actoren/time-out

²⁰⁷ http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/wegwijzer/PROJECTEN/PR15_time_out_projecten.htm

²⁰⁸ Zie Bijlage 18: Zorgboerderijen en Bijlage 19: Arktos

²⁰⁹ http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/WatWerkt_Gedrag.pdf

- een psychotherapeut²¹⁰;
- een revalidatiecentrum;
- een centrum geestelijke gezondheidszorg;
- een internaat;
- medewerkers van een zorgboerderij²¹¹ of een vormingscentrum²¹²;
- politie;
- justitie;
- ...

Websites met relevante informatie over gedragsstoornissen zijn:

- www.balansdigitaal.nl
- www.sig-net.be
- www.sociaalemotioneel.slo.nl
- wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/
- wvg.vlaanderen.be/jeugdhulp/

3.2 Globale evaluatie en cyclisch verloop

Omdat gedragsproblemen en vooral een gedragsstoornis erg belastend zijn voor de leerling én zijn omgeving en omdat het tijdig ingrijpen een ongunstige evolutie kan ombuigen, is het regelmatig evalueren van het effect van de genomen maatregelen erg aangewezen. Zeker in de beginfase is een systematische, zelfs wekelijkse, opvolging door het zorgteam of de CLB-medewerker noodzakelijk zodat de hardnekkigheid en/of ernst van de gedragsproblemen kunnen ingeschat worden om tijdig te kunnen ingrijpen en eventuele bijkomende maatregelen te nemen.

De hardnekkigheid en/of ernst van de gedragsproblemen kunnen voor het CLB-team een signaal zijn dat het doet overwegen het HGD-traject terug op te starten en eventueel een of meerdere onderkende en/of (comorbide) classificerende hypothese(s) te heroverwegen.

²¹⁰ De psychotherapeut dient te beschikken over een diploma menswetenschappen (minstens niveau hoger onderwijs) en een diploma van een aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde opleiding psychotherapie van minstens drie jaar georganiseerd door een door de overheid erkende onderwijsinstelling of door een vormingsinstelling die toegang geeft tot het lidmaatschap van een koepelvereniging voor psychotherapeuten in België, die psychotherapeuten verenigt van meer dan één onderwijs- of vormingsinstelling. Psychotherapeuten werkend binnen een multidisciplinaire setting of groepspraktijk verdienen de voorkeur.

²¹¹ Zie Bijlage 18: Zorgboerderijen

²¹² Zie Bijlage 19: Arktos

4. Stemmingsproblemen en depressieve stoornissen^{213 214}

Ongeacht of de leerling al dan niet een diagnose heeft, is het in deze fase van belang dat er gericht wordt gehandeld. Daarom wordt binnen het ‘handelen en evalueren’ geopteerd om de aanpak niet louter vanuit de stoornis, maar vooral vanuit de specifieke onderwijs- en ondersteuningsbehoeften te omschrijven met de nadruk op het functioneren en welbevinden op school.

De samenwerking tussen school, CLB, ouders, leerling en eventueel externe deskundigen is noodzakelijk om een gezamenlijk plan van aanpak te realiseren.

Hierbij worden volgende vragen gesteld:

- Waar heeft deze leerling met stemmingsproblemen of met een depressie nood aan?
- Hoe blijven we alert om initiatieven van een leerling die iets wil ondernemen op te pikken en te ondersteunen?
- Welke ondersteuning en begeleiding kunnen we deze leerling, ouders, leerkracht aanbieden?
- Wat willen en kunnen we bereiken?

Elke leerling is uniek en elke gedragsproblematiek heeft zijn eigen uitingsvorm. Afstemming en maatwerk blijven dus belangrijk.

4.1 Betrokkenen: rol en samenwerking

4.1.1 School

- **Handelingsplan uitwerken**

Maatregelen vanuit de verhoogde zorg die effectief bleken, worden in het handelingsplan behouden en verder toegepast. Het specificeert zich niet enkel in de te gebruiken methode(s), maar ook in duur, hoeveelheid en intensiteit.

Bijvoorbeeld: met een leerling die neerslachtig is, worden er op regelmatige tijdstippen leerlinggesprekken gevoerd. Tijdens de gesprekken worden er geen kant en klare oplossingen aangeboden, maar wordt er voornamelijk geluisterd naar zijn gevoelens. Er worden gerichte vragen gesteld, zoals “hoe zou je hiermee kunnen omgaan?”. De leerkracht tracht te begrijpen wat er achter een droevig gezicht, een donkere tekening, ... zit.

²¹³ In dit protocol worden de begrippen neerslachtigheid of depressieve gevoelens gebruikt indien de leerling (nog) geen diagnose van een depressie heeft gekregen, maar wel kenmerken vertoont van een depressie. Het begrip ‘depressie’ verwijst naar een ‘depressieve stoornis’ met daaronder verschillende stoornissen zoals een depressieve stoornis, eenmalige episode of recidiverend en dysthyme stoornis. De andere stemmingsstoornissen komen in protocol niet aan bod.

²¹⁴ Wat onder ‘Handelen en evalueren’ staat, zijn suggesties voor school, CLB en ouders.

Belangrijk aandachtspunt voor de school is dat er een onderwijsleersituatie wordt gecreëerd, die een adequaat antwoord biedt op de specifieke onderwijs- en opvoedingsbehoeften van de neerslachtige leerling en de leerling met een depressie²¹⁵. Mogelijke voorbeelden van aanpassingen aan de onderwijsleersituatie zijn onder andere:

- Sensitieve leerkracht

De leerling heeft behoefte aan een leerkracht die hem accepteert, die begrip toont en zich in hem inleeft. Dit betekent niet dat de leerkracht meegaat met de neerslachtige gevoelens van de leerling en zijn gedrag moet goedkeuren. De leerkracht tracht via gerichte vragen de negatieve betekenis die de leerling aan situaties of personen toeschrijft om te buigen naar een positieve.

- Grenzen stellen

De leerling heeft behoefte aan een 'mee-voelen', maar ook aan duidelijke grenzen en regels. Deze bieden een houvast en geborgenheid. In een gesprek met de leerling kan de leerkracht de regels bespreken. Tijdens dit gesprek kan aan de leerling duidelijk gemaakt worden dat de regels er zijn om te helpen, om zijn of haar ontwikkeling te bevorderen, om de leerling kansen te bieden zijn welbevinden op school te verhogen. Een aandachtspunt hierbij is dat de regels goed doordacht en met begrip voor de leerling opgesteld en opgevolgd worden²¹⁶.

- Ondersteunende leerkracht

De leerling vindt moeilijk oplossingen voor levensproblemen. Daarom is het van belang dat de leerkracht de leerling ondersteunt bij het nemen van initiatieven en het zoeken naar oplossingen voor problemen in zijn leven, zoals bijvoorbeeld hoe vol te houden bij een opdracht. Dit kan door gerichte vragen te stellen zoals: "Hoe zouden we dit nu kunnen aanpakken?", "Kunnen we dit ook op een andere manier oplossen?"²¹⁷.

- Een uitnodigende, belonende omgeving

Het creëren van een uitnodigende en aantrekkelijke omgeving met warme kleuren en veel uitdagend materiaal om actief aan de slag te gaan, speelt een grote rol in het begeleiden van de neerslachtige leerling en de leerling met een depressie. Ook het aanbieden van middelen, zoals een gezellige hoekenwerking, stimulerend contractwerk, een project rond zelfwaardergevoel, tijd vrijmaken om te praten over dingen die de leerling bezighouden, om de situatie aantrekkelijk te maken, ... kan deze leerling helpen. De leerkracht geeft taken en opdrachten die de leerling goed aankan

²¹⁵ Voor een lijst met mogelijke materialen en boeken die gebruikt kunnen worden om de leerling te ondersteunen in het verwerken van zijn neerslachtige gevoelens, zie Bijlage 20: Leren omgaan met sombere gevoelens

²¹⁶ Zie Preventieve basiszorg.

²¹⁷ Depressie bij kinderen in de lagere school, Praktijkgids voor de basisschool, Wolters Plantyn, september 1999

zodat hij de nodige succeservaringen kan opdoen. Belangrijk is de leerling het gevoel te geven dat hij vorderingen maakt en opgewassen is tegen de situatie.

Voorbeeld van een handelingsplan:

Stap 1: Bepaal het doelgedrag

Executieve functie²¹⁸: emotieregulatie.

Specifiek doelgedrag: de leerling kan zijn negatieve gevoelens ombuigen door zichzelf 'opkikkertjes' te geven en positieve gedachten te gebruiken.

Stap 2: Interventie

Welke steun vanuit de omgeving kan het doelgedrag helpen bereiken?

- samen met de leerling wordt gezocht naar 'opkikkertjes', zoals liedjes waarop hij kan terugvallen tijdens een sombere bui;
- de leerkracht en de ouders helpen de leerling zijn negatieve gedachten om te buigen naar positieve gedachten;
- de leerkracht en ouders helpen de leerling herinneren aan de 'opkikkertjes'.

Welke specifieke vaardigheden wordt aangeleerd, wie doet dat en welke benadering wordt daarvoor gekozen?

Vaardigheden: positieve gedachten bedenken en oproepen wanneer negatieve gedachten opduiken, 'opkikkertjes' bedenken en toepassen in sombere buien

Wie leert de vaardigheden aan? De leerkracht(en), zorgteam en de leerling zelf.

Werkwijze:

- de leerkracht bespreekt met de leerling het herkennen en benoemen van negatieve gevoelens;
- de leerkracht leert de leerling activiteiten en 'opkikkertjes' om negatieve gedachten tegen te gaan. Bijvoorbeeld bedenken van leuke activiteiten, liedjes aanleren, een talisman die de leerling eraan herinnert positief te denken, ...
- de leerling past de activiteiten en 'opkikkertjes' toe in echte situaties;
- de leerkracht en de ouders herinneren de leerling eraan om activiteiten en 'opkikkertjes' in de praktijk te brengen;
- de leerkracht en de ouders belonen de leerling wanneer hij zich goed voelt en positief communiceert dit door extra individuele aandacht te geven, het gesprek langer gaande te houden en door te vragen zodat zijn positieve gedachten en gevoelens zich kunnen uitbreiden en in zijn geheugen 'nestelen'.

Welke beloningen kunnen moeten de leerling motiveren om de vaardigheden te oefenen?

- sombere gedachten en gevoelens verminderen;
- het zelfwaardegevoel stijgt;
- leert omgaan met ontgoochelingen;
- krijgt meer positieve reacties van anderen wanneer zijn stemming beter is;
- uitvoeren van dagelijkse (schoolse) taken en bezigheden verloopt vlotter en beter.

²¹⁸ Zie Bijlage 12: Executieve functies

4.1.2 Leerling en medeleerlingen

De leerling heeft het recht om zo goed mogelijk geïnformeerd te worden over²¹⁹ en betrokken te worden bij het doel en de invulling van de adviezen: Wat wordt er van mij verwacht? Wat gaat er gebeuren? Hoe gedraag ik me? ... Duidelijkheid brengen is die informatie aanbieden die het antwoord biedt op de vele vragen die de leerling zich stelt.

Leerlingen met een depressie, kunnen niet altijd op het begrip van klasgenoten rekenen. Iemand die altijd vrolijk is geweest en nu somber of futloos is, vertoont voor klasgenoten een onbegrijpelijk gedrag. Als medeleerlingen weten wat voor problemen er zijn, hoe het kan ontstaan en hoe het leven en leren van iemand kan beïnvloeden, kunnen ze het zelf misschien signaleren en/ of er tenminste begrip voor op kunnen brengen. Het informeren van klasgenoten gebeurt pas nadat dit expliciet is overleg met de leerling en nadat hij hiervoor de toestemming geeft of inspraak in heeft gehad. Het is nodig dat de leerkracht eerst een adequate inschatting maakt van hoe de klasgroep hiermee zal omgaan.

Ook al kan de leerling verwoorden hoe hij zich voelt en waarom, dan wordt dat door vrienden en klasgenoten niet altijd begrepen. De leerling kan buitengesloten worden of zelfs het slachtoffer van pesterijen worden. Jongeren die gedrag van een ander niet (willen) begrijpen, kunnen hem daardoor gebruiken als zondebok.

Er zijn leerlingen met een depressie die wel begrepen worden door medeleerlingen en wel met hun verhaal bij hen terecht kunnen. Wanneer een medeleerling zelf zo betrokken raakt bij dit psychisch probleem, dat hij er in meegetrokken wordt, is het belangrijk om als leerkracht ook die persoon steun te geven.

4.1.3 Ouders

Ouders worden zo actief mogelijk betrokken bij het zorgtraject van de neerslachtige of depressieve leerling. Er wordt gestreefd naar afstemming van de initiatieven op school en de ondersteuningsmogelijkheden van de ouders. Tijdens de overlegmomenten wordt er een krachtig netwerk uitgebouwd zodat de ouders en leerling weten waar en bij wie ze terecht kunnen met hun vragen. De meeste ouders hebben nood aan ouderbegeleiding als aanvulling ter ondersteuning.

Gezinstherapie kan zinvol zijn vanwege het verband tussen depressie bij het kind en gezinsdisfunctioneren²²⁰.

Bij de leerling bij wie geen sprake is van een depressie, maar die wel neerslachtig is, volstaat het meestal te stimuleren, activeren en met hem te praten²²¹. Belangrijk is een

²¹⁹ Zie Bijlage 20: Leren omgaan met sombere gevoelens

²²⁰ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.139

houding van sensitieve responsiviteit, waarbij de ouder zich inleeft in het kind en aanvoelt wat de problemen zijn.

Alertheid voor het activiteitsniveau van het kind/de jongere is eveneens geboden. Zo kan het belang van het stimuleren en activeren met de ouders besproken worden zoals samen met hun kind zoeken naar buitenschoolse activiteiten²²². In beweging blijven en sporten²²³ kunnen een beginnende depressie ombuigen.

Ouders kunnen eveneens een belangrijke rol spelen bij het aanleren van positieve gedachten. Door het volgen van een oudertraining²²⁴ leren ouders meer oog te krijgen voor positief aandachtvragend gedrag en minder te letten op de sombere buien en uitingen. Eveneens kunnen ouders, indien hun kind slaapproblemen heeft, letten op een goede slaaphygiëne. Bijvoorbeeld: bij het slapengaan valt best zo weinig mogelijk licht binnen, terwijl bij het opstaan het daglicht het kind kan activeren. Licht kan een belangrijke factor zijn bij het herstel van bepaalde depressies²²⁵.

Bij een depressieve leerling van allochtone ouders kan het nodig zijn dat de school en CLB beroep doen op een interculturele bemiddelaar of tolk. Zeker bij een problematiek zoals depressie is het belangrijk dat er een helder en compleet beeld wordt geschetst. Een tolk kan ervoor zorgen dat de ouders zich veilig voelen, omdat zij in hun eigen taal kunnen spreken. Het kan ook voor de school en CLB een meerwaarde bieden, zoals het krijgen van duidelijke informatie over de thuiscontext.

4.1.4 CLB

Het CLB-team ondersteunt de school door bijvoorbeeld:

- mee te helpen bij het opstellen van het handelingsplan;
- bijkomende deskundigheid over de aanpak van een depressie te verwerven;
- informatie over depressie te verstrekken aan de school;
- samen te werken met het schoolextern netwerk rond de leerling;
- het zorgteam ideeën aan te reiken om positieve eigenschappen/vaardigheden/interesses van de leerlingen te versterken;
- ...

²²² Braet C., Pak aan: depressie bij kinderen en jongeren, Caleidoscoop 23 (3), 2011

²²³ Door te sporten verhoogt de hoeveelheid endorfine wat een gevoel van euforie geeft en de depressiegevoelens vermindert. Verder vergroot sporten het gevoel van eigenwaarde, biedt het afleiding en een dagstructuur.

²²⁴ Bijvoorbeeld het parallelle oudertrainingsprogramma bij het programma 'PAK AAN', een vertaling van Engelstalig programma 'Taking Action'. In het wetenschappelijk onderzoek (meta-analyse) van Weisz, McCarty & Valeri (2006) werd 'Taking Action' als positief geëvalueerd. Braet, C. en Timbremont, B. Stemningsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 395.

²²⁵ Boer, 2008, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 144

Depressieve stoornissen worden het beste voorkomen en behandeld door tegelijkertijd verschillende risico- en beschermende factoren te beïnvloeden. Bij disfunctioneren op tenminste één belangrijk levensgebied kan direct intensieve behandeling, bijvoorbeeld ambulante of residentiële opvang aangewezen zijn²²⁶.

In de aanpak van de neerslachtige of depressieve leerling kan de CLB-medewerker een kortdurende begeleiding opstarten ter ondersteuning van de aanpak van het zorgteam op school.

Deze kortdurende begeleiding kan onder meer bestaan uit 'psycho-educatie', praktische en emotionele ondersteuning door middel van counseling, interventies om meer voor de leerling leuke activiteiten in zijn dag- en weekplanning in te bouwen, om meer sociale contacten met vrienden te onderhouden zodat hij betrokken en gesteund wordt, om in actie te komen (te joggen, sporten²²⁷ of fitnesssen), ... De stemming, ook een sombere of prikkelbare stemming, wordt beïnvloed door de activiteiten die ondernomen worden. Als gevolg van een depressie kan iemand erg passief worden. Een eerste stap naar verandering is weer actiever worden en daarmee de stemming proberen te beïnvloeden. Door activiteiten te kiezen en uit te voeren en bij te houden of de stemming iets verbeterd of verslechterd kan de jongere onderzoeken hoe hij de stemming kan beïnvloeden. Activiteiten waarin iemand goed is en sociale activiteiten hebben vaak een positieve invloed op de stemming²²⁸.

Hierbij kan de CLB-medewerker gebruik maken van bestaande programma's²²⁹ waarbij de leerling zich meer bewust wordt van een aantal psychologische, lichamelijke en situationele processen. Door dit leerproces leert de leerling bepaalde situaties beter hanteren (probleem oplossende vaardigheden), negatieve gedachten ombuigen, negatieve gevoelens neutraliseren en een positiever zelfbeeld ontwikkelen. Hij krijgt hierdoor ook betere coping-strategieën.

²²⁶ Verhulst, 2006; Harrington, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 141

²²⁷ Door te sporten verhoogt de hoeveelheid endorfine wat een gevoel van euforie geeft en de depressiegevoelens vermindert. Verder vergroot sporten het gevoel van eigenwaarde, biedt het afleiding en een dagstructuur.

²²⁸ http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Stemmingsstoornissen/Depressie/Behandeling-10#Cognitieve_gedragstherapie

²²⁹ Er kan gebruik gemaakt worden van bestaande programma's zoals 'VRIENDEN'-programma, Kids' Skills (<http://www.kidsskills.org/Dutch/index.htm>), Mission Impossible, <http://vriendenprogramma.nl>, het computerspel "schateiland" (www.treasurehunt.uzh.ch), PAK AAN, ... Deze programma's zijn beperkt in tijd en zijn gericht op het aanleren van vaardigheden, dus minder op het achterhalen van oorzaken van de depressie en de verdieping daarvan.

Met name cognitief gedragstherapeutische interventies²³⁰ blijken effectief²³¹ bij heel wat kinderen en jongeren met een depressie. Het betreft de combinatie van technieken zoals cognitieve herstructurering, sociale vaardigheidstraining, ontspanningstechnieken, zelfmonitoring, probleemoplossend denken, haalbare doelen stellen en plannen van frequente, plezierige activiteiten.

Indien de CLB-medewerker de leerling individueel begeleidt, wil dat niet zeggen dat de taak van de leerkracht op school wegvalt. Zo kan er - wanneer er gewerkt wordt aan positief welbevinden - deze aanpak ook besproken en opengetrokken worden naar de klassituatie²³².

Eveneens betreft de CLB-medewerker, in de mate van het mogelijke, de ouders bij de begeleiding.

4.1.5 Samenwerken met externe partners

Bij een ernstige depressie of bij aanhoudende symptomen, is het aangewezen om samen te werken met externe partners. Individuele psychotherapie kan opgestart worden met - indien geïndiceerd - medicamenteuze ondersteuning²³³. Bij kinderen met een depressie dient cognitieve gedragstherapie (CGT) als eerste stap in de behandeling overwogen te worden. Bij jongeren (13-17 jaar) is aanvullend aan CGT interpersoonlijke therapie aanbevolen. Bij ernstige depressies is de voorkeursbehandeling om CGT te combineren met medicatie²³⁴.

99

In overleg met het netwerk bespreekt de CLB-medewerker de resultaten van het classificerende onderzoek en de eventuele behandeling. In samenspraak met de ouders en de leerling vertaalt hij aan het zorgteam de gewenste aanpak naar een aanpak op school. Eveneens kunnen de externe partners een MDO of leerlingenoverleg bijwonen. Ze hebben een ondersteunende en inspirerende functie.

²³⁰ Braet, C. en Timbremont, B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 393-394 en http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Stemmingsstoornissen/Depressie/Behandeling-10#Cognitieve_gedragstherapie

²³¹ Zie http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/WatWerkt_Angst_en_Stemmingsproblemen.pdf. Voor meta-analyses over de effectiviteit van psychologische behandelingen Zie www.ggzrichtlijnen.nl (Depressie, Addendum Jeugd bij de MDR Depressie, 5. Psychotherapie en andere niet-medische interventies, 5.1 Psychologische interventies).

²³² Timbremont B. en De Visscher C., School en CLB werken samen aan welbevinden van leerlingen op school, Caleidoscoop, 23 (3), 2011

²³³ Zie http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Stemmingsstoornissen/Depressie/Medicatie-11#.Uc22D_IM96k en www.ggzrichtlijnen.nl (Depressie, Addendum Jeugd bij de MDR Depressie, 6. Medicamenteuze en andere biologische behandelingen)

²³⁴ Richtlijnen van de Nederlandse Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut Zie www.ggzrichtlijnen.nl

Externe deskundigen kunnen zijn:

- een diagnoseteam dat kan meewerken aan de handelingsplanning;
- een centrum geestelijke gezondheidszorg;
- een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie;
- een revalidatiecentrum;
- een kinderpsychiater;
- een observatie- en diagnosecentrum;
- een psychotherapeut²³⁵;
- ...

Websites met relevante informatie over stemmingsstoornissen zijn:

- www.similes.org
Vereniging voor familieleden en vrienden van personen met psychische of psychiatrische problemen.
- www.balansdigitaal.nl
- www.sig-net.be
- www.sociaalemotioneel.slo.nl
- www.depri-en-dan.nl
Een website voor jongeren die meer willen weten over depressieve gevoelens of daar last van hebben. Op de site is ook informatie te vinden over het leven in twee culturen en hoe dat soms kan bijdragen aan een dip of depri-gevoelens.
- www.gripopjedip.nl
De site is bedoeld voor jongeren tussen de 16 en 25 jaar, die last hebben van somberheid en voor mensen uit hun omgeving (mailen met deskundigen, online cursus, lezen over depressie).
- www.pratenonline.nl
Voor jongeren tussen 12 en 22 jaar, die meer willen weten over zich down en depressief voelen. De hulpverleners van deze website werken op basis van principes en uitgangspunten van de oplossingsgerichte therapie.
- www.zwaarweer.nl
Website voor jongeren met voorlichting over depressie. Hier wordt voornamelijk ingegaan op het verschil tussen een 'dipje' en een echte depressie.
- www.psychischegezondheid.nl/psychowijzer

²³⁵ De psychotherapeut dient te beschikken over een diploma menswetenschappen (minstens niveau hoger onderwijs) en een diploma van een aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde opleiding psychotherapie van minstens drie jaar georganiseerd door een door de overheid erkende onderwijsinstelling of door een vormingsinstelling die toegang geeft tot het lidmaatschap van een koepelvereniging voor psychotherapeuten in België, die psychotherapeuten verenigt van meer dan één onderwijs- of vormingsinstelling. Psychotherapeuten werkend binnen een multidisciplinaire setting of groepspraktijk verdienen de voorkeur.

4.2 Globale evaluatie en cyclisch verloop

Omdat neerslachtige gevoelens en vooral een depressie voor de leerling erg belastend zijn en omdat het hebben van een depressie op jonge leeftijd een ongunstige prognose kent, is het regelmatig evalueren van het effect van de genomen maatregelen erg aangewezen. Zeker in de beginfase is een systematische (wekelijkse) opvolging door het zorgteam of de CLB-medewerker noodzakelijk zodat de hardnekkigheid en/of ernst van de depressieve gevoelens kan ingeschat worden om tijdig te kunnen ingrijpen en eventuele bijkomende maatregelen te nemen.

De hardnekkigheid en/of ernst van de problematiek kunnen voor de CLB-medewerker ook een signaal zijn dat hem doet overwegen het HGD-traject terug op te starten en eventueel een of meerdere onderkende en/of (comorbide) classificerende hypothese(s) te heroverwegen.

5. Angstproblemen en angststoornissen²³⁶

Ongeacht of de leerling al dan niet een diagnose heeft, is het in deze fase van belang dat er gericht wordt gehandeld. Daarom wordt binnen het ‘handelen en evalueren’ geopteerd om de aanpak niet louter vanuit de stoornis, maar vooral vanuit de specifieke onderwijs- en ondersteuningsbehoeften te omschrijven met de nadruk op het functioneren en welbevinden op school.

De samenwerking tussen school, CLB, ouders, leerling en eventueel externe deskundigen is noodzakelijk om een gezamenlijk plan van aanpak te realiseren.

Hierbij worden volgende vragen gesteld:

- Waar heeft deze leerling met angsten of waar heeft deze leerling met een angststoornis nood aan?
- Wat gaat wel goed bij de leerling en/of zijn zaken die een positieve insteek kunnen zijn om de problemen aan te pakken?
- Welke ondersteuning en begeleiding kunnen we deze leerling, ouders, leerkracht aanbieden?
- Wat willen en kunnen we bereiken?

De omschreven aanpak gaat in het algemeen over leerlingen met een angstprobleem of een angststoornis. Omdat het hier gaat over protocollen in een onderwijssetting worden de aanpak van volgende problematieken in een bijlage specifiek uitgewerkt:

- faalangst²³⁷;
- schoolfobie of separatieangststoornis²³⁸;

Elke leerling is uniek en elke gedragsproblematiek heeft zijn eigen uitingsvorm. Afstemming en maatwerk blijven dus belangrijk.

5.1 Betrokkenen: rol en samenwerking

5.1.1 School

- **Een handelingsplan uitwerken**

De school kan maatregelen²³⁹ voorzien om tegemoet te komen aan de specifieke onderwijsbehoeften van de leerling met angstproblemen. Bij het in de praktijk omzetten

²³⁶ Wat onder ‘Handelen en evalueren’ staat, zijn suggesties voor school, CLB en ouders.

²³⁷ Zie Bijlage 21: Mogelijke interventies bij een leerling met faalangst

²³⁸ Zie Bijlage 22: Mogelijke interventies bij een leerling met een vermoeden van schoolfobie of separatieangststoornis en Bijlage 23: Checklist schoolweigering

²³⁹ Zie Bijlage 12: Executieve functies

²³⁹ www.ninoboeken.nl (luik help- en doeboeken)

²³⁹ Bögels, S., *Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten*, Bohn Stafleu van Loghum, 2008

van deze maatregelen, waarbij verschillende partners betrokken zijn, is het aangewezen om een handelings- of begeleidingsplan te maken.

Maatregelen vanuit de verhoogde zorg die effectief bleken, worden in het handelingsplan behouden en verder toegepast. Het specifieke situeert niet enkel in de te gebruiken methode(s), maar ook in duur, hoeveelheid en intensiteit.

Bijvoorbeeld: een leerling die angstig is om voor de eerste keer een spreekbeurt te houden voor de hele klas, kan door uitleg van de leerkracht om op zijn ademhaling te letten voor hij begint te spreken al meer gerustgesteld zijn en leren omgaan met de overgebleven angst. Terwijl een leerling met een ernstige faalangstproblematiek nood heeft aan een kortdurende begeleiding waarin hij zowel ademhalingstechnieken leert toepassen als er aan cognitieve herstructurering gedaan wordt.

Een aandachtspunt in de begeleiding van leerlingen met angstproblemen is het belonen van durf en dapperheid. Wanneer een leerling met een angstprobleem zich moedig gedraagt, is het belangrijk dat de betrokken leerkracht dit dapper gedrag direct beloont door bijvoorbeeld de leerling te prijzen voor dit gedrag en met hem een leuke (korte) activiteit te laten doen.

Voorbeeld van een handelingsplan:

Stap 1: Bepaal het doelgedrag

Executieve functie²⁴⁰: emotieregulatie, cognitieve flexibiliteit, metacognitie

Specifiek doelgedrag: de leerling kan situaties die angst opwekken beter hanteren zodat hij minder angstig is en beter kan functioneren op school en thuis.

Stap 2: Interventie

Welke steun vanuit de omgeving kan het doelgedrag helpen bereiken?

- De leerling helpen met het ontwikkelen van strategieën die helpen de angst verminderen zoals beluisteren van rustige muziek of ademhalingsoefeningen
- De leerling helpen met het toepassen van de hulpstrategieën
- De ouders betrekken om de hulpstrategieën ook in thuissituatie in te oefenen
- De leerling ondersteuning geven bij de uitvoering van een situatie waarin hij angstige gevoelens heeft

Welke specifieke vaardigheden wordt aangeleerd, wie doet dat en welke benadering wordt daarvoor gekozen?

Vaardigheden: angstgevoelens bij zichzelf herkennen, ontspanningstechnieken toepassen, positieve geruststellende gedachten bedenken, probleem oplossende vaardigheden bedenken

Wie leert de vaardigheden? De leerkracht(en), zorgteam en de leerling zelf.

Werkwijze

- De leerling gaat in gesprek met de leerkracht over het herkennen en benoemen van zijn angsten;
- De leerkracht maakt samen met de leerling een lijst met dingen die hem angstig maken. Er wordt gezocht naar de bron van de angst;
- De leerling bespreekt met de leerkracht hoe zijn angst aanvoelt, zodat hij in een vroeg stadium dit gevoel kan herkennen bijvoorbeeld een snellere hartslag;

²⁴⁰ Zie Bijlage 12: Executieve functies

- Samen met de leerling wordt er een lijst gemaakt van strategieën die hij kan doen in plaats van de angst te laten overwinnen: een ontspanningsoefening doen, luisteren naar muziek of tegen de angsten gaan praten,
- De leerkracht begeleidt de leerling bij het bedenken van positieve geruststellende gedachten
- De leerkracht stimuleert de leerling bij zoeken van oplossingen voor de situatie waarvoor de leerling angstig is.
- De ouders, leerkracht en CLB hebben een gesprek met elkaar waarin het handelingsplan en de strategieën worden besproken;
- De leerling spreekt met de leerkracht(en)/ouders af om specifieke strategieën in te oefenen in gecreëerde situaties door de strategie voor te doen, te oefenen en feedback te geven;
- De leerling past de strategieën toe in echte situaties;
- De leerkracht/ ouders herinnert de leerling eraan om de strategie in de praktijk te brengen (in de klas of thuis);
- De leerkracht beloont de leerling als het de strategie met succes heeft ingezet.

Welke beloningen kunnen de leerling motiveren om de vaardigheden te oefenen?

- De leerling voelt zich beter omdat zijn angstige gevoelens verminderen;
- De leerling voelt dat hij angstopwekkende situaties beter kan aanpakken (copingvaardigheden) waardoor zijn welbevinden en zelfwaardegevoel stijgt.
- De leerling ontvangt meer positieve reacties van anderen wanneer hij niet of minder angstig is.

5.1.2 Leerling en medeleerlingen

De leerling met angstprobleem/stoornis heeft het recht om zo goed mogelijk geïnformeerd en betrokken te worden over hoe de adviezen concreet omgezet worden in het handelen. Wat wordt er van mij verwacht wordt? Waarom? Wat gaat er gebeuren? Hoe gedraag ik mij?, ...

Duidelijkheid brengen is die informatie aanbieden die het antwoordt biedt op de vele vragen die de leerling stelt.

Bij een angstprobleem/stoornis is het belangrijk dat de leerling zelf actief betrokken wordt bij het besluit dat hulp nodig is en bij de behandeling zelf.

Het is eveneens aangewezen om goed voorbereid²⁴¹ en met inspraak en toelating van alle betrokkenen aan de klas uit te leggen wat een angststoornis is, hoe dit effect heeft op de leerling (bijvoorbeeld hyperventilaties, paniekaanvallen, vermijdingsgedrag, ...) en waarom de leerling specifieke maatregelen krijgt. Medeleerlingen kunnen actief betrokken worden in de aanpak bijvoorbeeld door mee te zorgen voor een veilige sfeer op de speelplaats of door de leerling te complimenteren bij succeservaringen.

Help- en ervaringsboeken voor kinderen en jongeren:

- Merel is bang (Martine Delfos)
- Wat kun je doen als je niet durft te gaan slapen? (Dawn Huebner)²⁴²

²⁴¹ Toestemming leerling – ouders, gepaste methodiek, gepaste les en inhoudelijke voorbereiding klasgesprekken follow-up.

²⁴² www.ninoboeken.nl (luik help- en doeboeken)

5.1.3 Ouders

Indien een leerling angstproblemen of een angststoornis heeft, wordt er nauw samengewerkt met de ouders. De rol van de ouders kan immers een belangrijke rol spelen in kader van de angst van hun kind en eventueel hun eigen angsten. Wanneer een leerling met een angstprobleem zich moedig gedraagt, is het belangrijk dat de ouders dit direct belonen door bijvoorbeeld hem/haar te prijzen voor dit gedrag en met hem/haar een (korte) leuke activiteit te doen. Daarnaast kan het soms nodig zijn om angstig gedrag te negeren of af te blokken²⁴³.

Indien nodig kunnen de ouders doorverwezen worden voor pedagogische ondersteuning. Soms is het aangewezen om de leerling met angstproblemen vaardigheden te leren door een gerichte vrijetijdsbesteding, zoals yoga om zich rustiger te voelen, judo om dapper zijn en durf te leren, samenspel en sociale weerbaarheid via jeugdbeweging, ...

Het CLB kan de ouders informeren over de verenigingen en ouderverenigingen waar men terecht kan voor informatie en ondersteuning.

Een zelfhulpgroep of een vereniging voor ouders kan een manier zijn om de opvang en begeleiding van kinderen en specifieke problemen te bevorderen.

Deze verenigingen richten zich in eerste plaats naar ouders en hun kinderen maar ook naar leerkrachten, grootouders, jeugdmonitoren, hulpverleners, opvoeders, ...

Ze geven informatie, vorming, training, ondersteuning en ondernemen maatschappelijke actie om iedereen die te maken heeft met de problematiek vooruit te helpen.

Zelfhulpgroepen hebben kennis en ervaring over specifieke problematieken. Via studiedagen, workshops, cursussen, boeken en publicaties dragen ze hun kennis uit.

5.1.4 CLB

Het CLB-team ondersteunt de school door bijvoorbeeld:

- mee te helpen bij het opstellen van het handelingsplan;
- bijkomende deskundigheid over angststoornissen te verwerven;
- informatie over angsten bij kinderen/jongeren te verstrekken aan de school;
- samen te werken met het schoolextern netwerk rond de leerling;
- ...

In de aanpak van een angststoornis kan de CLB-medewerker een kortdurende begeleiding opstarten ter ondersteuning van de aanpak van het zorgteam op school.

²⁴³ Scholing, A. en Braet, C., Angststoornissen bij kinderen, Bohn Stafleu van Loghum, 2002, blz. 60-64 ; Bögels, S., Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 46-47

Deze kortdurende begeleiding kan bestaan uit ‘psycho-educatie’, aanbieden van ontspanningsoefeningen en/of meditatieoefeningen, praktische en emotionele ondersteuning door middel van counseling, ...

Hierbij kan de CLB-medewerker gebruik maken van bestaande programma's²⁴⁴ waarbij de leerling zich meer bewust wordt van een aantal psychologische, lichamelijke en interactionele processen.

Bij cognitief gedragstherapeutische programma's²⁴⁵ leert een leerling:

- angstopwekkende situaties beter hanteren door het verbeteren van zijn probleemoplossende vaardigheden, zelfinstructies en zelfcontrolevaardigheden
- sociale vaardigheden (bij een leerling met sociale angst)
- angstige en/of negatieve gedachten omzetten in minder angstige en/of meer positieve gedachten via technieken zoals het uitdagen van negatieve gedachten, het bedenken van helpende gedachten, kansberekening, het meerdimensionaal en genuanceerd evalueren, het doen van experimenten (feedback, observeren, ...)
- angstgevoelens verminderen via ontspanningstechnieken, taakconcentratie, het afbouwen van vermijdingsgedrag, ...

De leerling verwerft hierdoor betere coping-strategieën.

Indien het CLB de leerling individueel begeleidt, wil dat niet zeggen dat de taak van de leerkracht op school wegvalt. Zo kan er – wanneer er gewerkt wordt aan positief welbevinden – deze aanpak ook besproken en opengetrokken worden naar de klas²⁴⁶. De CLB-medewerker betreft, in de mate van het mogelijke, de ouders bij de begeleiding. Hij informeert en ondersteunt de ouders in de opvoeding van hun angstig kind. In andere situaties is het nodig ook interventies te richten op het veranderen van bepaalde probleem in stand houdende opvattingen van de ouders over het angstig zijn van hun kind.

5.1.5 Samenwerken met externe partners

Bij aanhoudende symptomen en indien de interventies van school, CLB en ouders niet volstaan, is het aangewezen om te kiezen voor een samenwerking met partners uit het sociale netwerk van het CLB. Externe deskundigen hebben een ondersteunende en inspirerende functie.

²⁴⁴ De CLB-medewerker kan gebruikmaken van bestaande programma's zoals 'VRIENDEN'-programma, Kids' Skills, Mission Impossible, protocol Denken + Doen = Durven, ... Deze programma's worden beperkt in tijd en zijn gericht op het aanleren van vaardigheden, dus minder op het achterhalen van oorzaken en de verdieping daarvan.

²⁴⁵ Bögels, S., Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 24-53

Scholing, A. en Braet, C., Angststoornissen bij kinderen, Bohn Stafleu van Loghum, 2002, blz. 51-60

²⁴⁶ Timbremont B. en De Visscher C., School en CLB werken samen aan welbevinden van de leerlingen op school, Caleidoscoop, 23 (3), 2011

Individuele psychotherapie kan dan opgestart worden. Voor kinderen met een angststoornis blijken kindgerichte en gezinsgericht cognitieve gedragstherapie de meest effectieve behandelvormen²⁴⁷.

De externe deskundigen hebben een ondersteunende en inspirerende functie. Ze kunnen eveneens een MDO of leerlingenoverleg bijwonen. Externe deskundigen kunnen zijn:

- een diagnoseteam dat kan meewerken aan de handelingsplanning;
- een thuisbegeleidingsdienst die werk helpt maken van de afstemming tussen thuis- en schoolcontext;
- een psychotherapeut²⁴⁸;
- een revalidatiecentrum;
- een centrum geestelijke gezondheidszorg;
- een kinderpsychiater;
- een ergotherapeut;
- oudergroepen;
- ...

Websites met relevantie informatie:

Gedragsstoornissen en emotionele problemen:

www.balansdigitaal.nl

www.sig-net.be

www.sociaalemotioneel.slo.nl

Angststoornissen:

www.angstcentrum.be

www.faalangst.nl

www.stopjeangst.nl

5.2 Globale evaluatie en cyclisch verloop

²⁴⁷ Scholing, A. en Braet, C., Angststoornissen bij kinderen, Bohn Stafleu van Loghum, 2002, blz. 47-48; http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/WatWerkt_Angst_en_Stemmingsproblemen.pdf en <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/angst-1/Behandeling-3/Algemeen-1#.Uc1hOvIM96k>

²⁴⁸ De psychotherapeut dient te beschikken over een diploma menswetenschappen (minstens niveau hoger onderwijs) en een diploma van een aanvullende en wetenschappelijk onderbouwde opleiding psychotherapie van minstens drie jaar georganiseerd door een door de overheid erkende onderwijsinstelling of door een vormingsinstelling die toegang geeft tot het lidmaatschap van een koepelvereniging voor psychotherapeuten in België, die psychotherapeuten verenigt van meer dan één onderwijs- of vormingsinstelling. Psychotherapeuten werkend binnen een multidisciplinaire setting of groepspraktijk verdienen de voorkeur.

De timing van deze evaluatie wordt sterk bepaald door de aard van de gekozen adviezen en de complexiteit van de problemen. De globale evaluatie vindt minstens één keer per schooljaar plaats.

De schoolinterne en –externe interventies worden beoordeeld evenals de resultaten van het eerder diagnostisch traject. Het handelingsplan wordt eerder op kortere termijnen geëvalueerd.

De hardnekkigheid en/of ernst van het angstprobleem kunnen voor de CLB-medewerker een signaal zijn dat hem doet overwegen het HGD-traject terug op te starten en eventueel een of meerdere onderkennende en/of (comorbide) classificerende hypothese(s) te heroverwegen.

5 Theoretisch deel

1. Inleiding

1.1 Kinderen en jongeren in ontwikkeling²⁴⁹

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

In de veelheid aan ontwikkelingspsychologische theorieën hebben modellen die vertrekken vanuit individuele kenmerken, zij het aangeboren of verworven, aan belang ingeboet ten opzichte van modellen waarin de omgeving die ontwikkeling (mee) bepaalt. De impact van sterk ecologische modellen²⁵⁰ zoals ontwikkeld door Patterson²⁵¹ of Bronfenbrenner werkt nog steeds door.

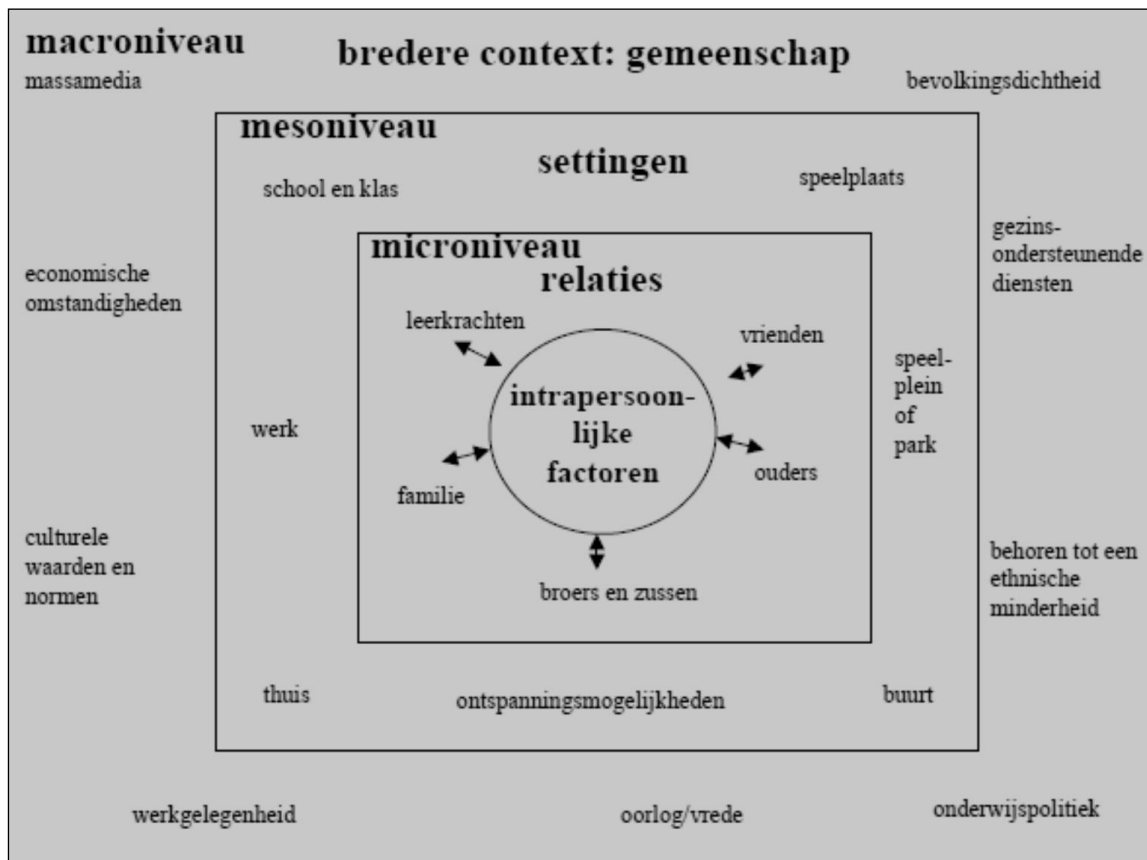
Volgens Bronfenbrenner is de context waarin een individu zich situeert gelaagd. Het eerste contextniveau of microsysteem is dat van het gezin waarin het kind opgroeit, ondersteund door de ruimere familie, de school, de buurt. Het tweede niveau of mesosysteem omvat de wederzijdse beïnvloeding tussen de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

²⁴⁹ Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008. Zie ook Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²⁵⁰ Zie Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003 en van der Ploeg J.D., Behandeling van gedragsproblemen, Lemniscaat, Rotterdam, 2005

²⁵¹ Zie verder in Gedragsproblemen en gedragsstoornissen, Verschijningsvorm

Het ecologisch model van Bronfenbrenner²⁵²



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

Zo verklaart een 'goodness of fit'-model onaangepast gedrag vanuit een mismatch tussen kind en omgeving. Kindkenmerken en omgeving interageren met elkaar en produceren nieuw gedrag, maar deze interactie verandert noch de kindkenmerken noch de omgeving. Oude gedragspatronen blijven bestaan en kunnen opnieuw worden opgeroepen. Op die manier kan een fenomeen als 'regressie'²⁵³ geduid worden. Daarbij keert het kind, bijvoorbeeld bij stress, terug naar een oud gedrag zelfs al heeft het, in interactie met de omgeving, wel nieuwe gedragspatronen geleerd.

Binnen handelingsgericht werken is transactioneel denken een uitgangspunt. Transactionele modellen zijn geïnspireerd op het levensloopperspectief in de ontwikkelingspsychologie, de systeemtheorie²⁵⁴ en het ecologisch denken. Interactie zorgt voor voortdurende wederzijdse beïnvloeding van kind en omgeving. Zuivere kind- of omgevingskenmerken, los van elkaar, bestaan eigenlijk niet. Dit hoeft evenwel niet

²⁵² Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie in: Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

²⁵³ Zie Angstproblemen en angststoornissen, Definities en begrippen, Regressie

²⁵⁴ Zie verder in Verschillende theoretische benaderingen

te betekenen dat alle factoren dezelfde positie hebben. Zo spreekt men binnen transactionele modellen van centrale 'kwetsbaarheidsfactoren'. Dit zijn (meestal) kindkenmerken die kunnen geactiveerd worden door omgevings- of stressfactoren. Niet elk kind is even vatbaar voor een bepaalde ontwikkelingscontext. De manier waarop het kind de verschillende factoren ervaart bepaalt mee de gevolgen.

Klinisch ontwikkelingspsychologisch onderzoek levert ook ontwikkelingstrajecten²⁵⁵ op van kinderen met een bepaalde risicofactor. Zo blijkt de aanwezigheid van angststoornissen bij kinderen vaak een voorloper te zijn van angststoornissen bij volwassenen. Een gevaar van het beschrijven van afwijkende ontwikkelingstrajecten is dat men ze als normatief gaat beschouwen en dat men ervan uitgaat dat deze trajecten de ontwikkeling van een individu bepalen. Het is echter niet de bedoeling een deterministische visie te formuleren. Overeenkomstig een transactionele benadering van ontwikkeling, zal de continue wisselwerking tussen risico- en beschermende factoren per individu verschillen. Jongeren die de eerste stap zetten, zullen niet noodzakelijk ook alle daaropvolgende stappen nemen. Daarom is het nodig meer aandacht te schenken aan beschermende factoren en aan de mogelijkheden om een ontwikkelingspad te verlaten of om te buigen. Het belang van de ontwikkelingstrajecten kan liggen in het benutten van deze kennis in behandel- en preventieprogramma's. Ontwikkelingsmodellen kunnen aantonen waarom, wanneer en hoe er geïntervenieerd kan worden.

1.2 Wat verstaan we onder 'gedrags- en/of emotionele problemen'²⁵⁶

Dit protocol beschrijft het zorgcontinuüm met inbegrip van handelingsgerichte diagnostiek voor kinderen en jongeren met gedrags- en/of emotionele problemen²⁵⁷. Dit zijn erg ruime begrippen die om enige afbakening en opdeling vragen. Het kan gaan om:

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

²⁵⁵ Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

²⁵⁶ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005

²⁵⁷ Dit omvat ook problemen binnen de psychosociale ontwikkeling die deel kunnen uitmaken van een ontwikkelingsstoornis, met name ASS en ADHD. Bij een ontwikkelingsstoornis zijn gedurende de hele levensloop één of meerdere ontwikkelingsdomeinen verstoord. Voor een bespreking van ontwikkelingsstoornissen op vlak van cognitie, taal en motoriek verwijzen we naar de andere Prodia-protocollen.

- gedragingen en/of emoties²⁵⁸ die slechts in bepaalde situatie of bij bepaalde personen voorkomen
- gedragingen en/of emoties die leeftijds- of fasegebonden zijn
- ernstige problemen omwille van het langdurig karakter en/of het samen voorkomen van verschillende problemen.

Het is onmogelijk om exacte criteria te formuleren voor wanneer gedrag 'problematisch' wordt. Gedragsproblemen zijn geen eenduidig waarneembare en objectief te identificeren entiteiten. Van der Ploeg²⁵⁹ definieert ze als "een relatief concept dat aan de orde is als de op dat moment in een bepaalde omgeving heersende normen en geldende regels worden overschreden. De ernst van het probleemgedrag wordt verder bepaald aan de hand van de frequentie, de duur en de omvang alsmede door de mate waarin de betrokkene zichzelf en/of zijn omgeving psychische schade berokkent." Het zijn gedragingen van een welbepaald kind die op een bepaald moment in de tijd door welbepaalde personen uit de omgeving van het kind en in een welbepaalde socio-economische en culturele context storend, ongewenst of ongewoon worden genoemd.

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

- **Ontwikkelingsperspectief²⁶⁰**

Kinderen zijn in volle ontwikkeling. Gedrag dat op een bepaalde leeftijd nog adequaat wordt genoemd, kan dat op een andere leeftijd niet meer zijn²⁶¹.

112

- **Continuümgedachte**

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

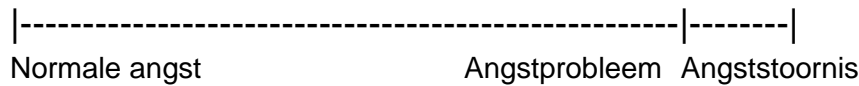
²⁵⁸ Emotie en gedrag zijn onderling verbonden. In dit protocol worden, waar zinvol, beiden afzonderlijk benoemd. Emotie staat voor een intens gevoel dat te maken heeft met een specifieke ervaring en zich uit in lichamelijke verschijnselen, gedrag en beleving.

²⁵⁹ van der Ploeg J.D., Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's, Rotterdam, Lemniscaat, 1997

²⁶⁰ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²⁶¹ Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000

Bijvoorbeeld: Continuüm van angst



- **De context**²⁶²

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

- **De informant**²⁶³

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

Om uit te drukken dat het gaat om een gestoord interactieproces dat bij het kind kan leiden tot gedragsproblemen en bij de opvoeders tot handelingsverlegenheid, lijkt het meer aangewezen om te spreken van ‘opvoedingsproblemen’ dan van ‘gedragsproblemen’. We menen evenwel dat de term ‘opvoedingsproblemen’ te breed is voor de scope van dit diagnostisch protocol en houden het bij ‘gedragsproblemen’. Ruim begrepen kunnen gedragsproblemen zowel externaliserend als internaliserend gedrag omvatten. Aangezien (naar binnen gerichte) emotionele problemen vaker onder de radar blijven, kozen we er voor om ze afzonderlijk te vermelden in de titel van dit protocol.

²⁶² Dit sluit aan bij het transactioneel uitgangspunt van handelingsgericht werken en kleurt mee de verschillende fasen van het handelingsgericht diagnostisch traject. Zie ook Uitbreiding van zorg, Onderzoeksfase.

²⁶³ Zie ook Uitbreiding van zorg, Onderzoeksfase.

1.3 De classificatie van gedrags- en emotionele problemen tot (ontwikkelings)stoornissen²⁶⁴

De verscheidenheid aan gedrags- en emotionele problemen noopt tot indeling of classificatie. Classificatie is hier het systematisch ordenen en groeperen van problemen op basis van gelijke eigenschappen en onderlinge relaties²⁶⁵. Bij het classificeren wil men een gemeenschappelijke taal ontwikkelen ter bevordering van de onderlinge communicatie tussen professionals. Een relevante vraag bij het classificeren van gedragsproblemen is bijvoorbeeld: verstaan we hetzelfde wanneer we spreken over aandachtsproblemen.

In een handelingsgericht diagnostisch traject komt classificatie aan bod als mogelijk antwoord op een onderkende hulpvraag. HGD valt niet samen met een onderkende, laat staan classificerende, diagnostiek maar wordt beschouwd als een besluitvormingsproces waarbij de diagnosticus problemen onderkent, analyseert, zoekt naar mogelijke verklaringen en van daaruit oplossingen adviseert²⁶⁶.

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

- **Categoriale benadering**

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

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

²⁶⁴ Grietens H., Vanderfaellie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005; Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie en Grietens H., Assessment van psychopathologie. Categorisch of dimensioneel, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

²⁶⁵ van der Ploeg J.D., Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's, Rotterdam, Lemniscaat, 1997, blz. 39

²⁶⁶ Pameijer N. & Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen, Acco, Leuven, 2007, blz. 13

De criteria om van een stoornis te spreken, steunen op een aantal afspraken. Er zijn overeenkomsten tussen de criteria van de verschillende stoornissen²⁶⁷. Bij deze criteria is steeds sprake van:

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

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

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

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

²⁶⁷ Zie Hulpmiddel: Criteria van Rutter

DSM heeft een grote verspreiding en heeft impact op heel wat ontwikkelde diagnostische instrumenten. Voor dit protocol zien we het onder meer terugkomen in volgende vragenlijsten: CRS-R, ZVAH, AVZ-R, SCQ, VvGK, GvK, BDI-II, RCADS en SCARED-NL²⁶⁸. Het van oorsprong dimensioneel classificatiesysteem ASEBA²⁶⁹ heeft naast de statistisch verkregen probleemclusters eveneens DSM-georiënteerde subschalen die een indicatie kunnen geven voor de aanwezigheid van bepaalde DSM-IV-stoorniscategorieën. De in 2013 verschenen DSM-5 en de geplande Nederlandse vertaling ervan in 2014 zal vermoedelijk op termijn ook aanpassingen betekenen voor een aantal van deze instrumenten.

- **Dimensionele benadering**

Een dimensionele benadering beschouwt afwijkend functioneren als gradueel verschillend van normaal functioneren. Problemen en stoornissen kennen gradaties van ernst, duur en frequentie. Dit betekent dat de diagnosticus ruime kennis dient te hebben van de normale ontwikkeling²⁷⁰. Een problematiek kan immers deel uitmaken van de normale ontwikkeling of het kan een kenmerk zijn van bijvoorbeeld een slecht verlopend losmakingsproces.

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

Prototype van een dimensionaal classificatiesysteem is het Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) met vragenlijsten voor ouders, verzorgers, leerkrachten en de jongere zelf²⁷¹. De diagnosticus kan de gegevens van deze verschillende informanten systematisch met elkaar te vergelijken.

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

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

²⁶⁸ Zie Diagnostisch materiaal

²⁶⁹ Zie verder, Dimensionele benadering

²⁷⁰ Zie eerder, Kinderen en jongeren in ontwikkeling

²⁷¹ Zie Diagnostisch materiaal: CBCL, C-TRF, TRF en YSR

Kanttekeningen bij het gebruik van de vragenlijsten is dat de antwoorden vertekend kunnen zijn door bijvoorbeeld de eigen problematiek van de informant en dat niet alle gedrags- en/of emotionele problemen in de vragenlijsten aan bod komen. Zo wordt gedrag binnen het autismespectrum niet bevraagd. De vragenlijsten worden veelvuldig gebruikt in wetenschappelijk onderzoek en toegepast in verschillende culturen. Niettemin doen de verschillen tussen culturen in voorkomen van probleemgedrag, gemeten met dezelfde vragenlijsten, de vraag rijzen naar de generaliseerbaarheid van de syndroomschalen²⁷².

Naast ASEBA gelden ook de Strength & Difficulties Questionnaires (SDQ) als breedbandsysteem voor algemene beeldvorming. Daarnaast zijn er meer specifieke diagnostische instrumenten zoals de SRS, VvGK, GvK, CDI en SCARED-NL²⁷³ die helpen om dimensies als sociaal functioneren, aandacht, stemming of angst in kaart te brengen.

- **Mogelijke integratie van beide benaderingen?**

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

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

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

Zo is er in DSM groeiende aandacht voor het ontwikkelingsperspectief²⁷⁴ en de eigen psychopathologie²⁷⁵ bij kinderen en jongeren en beoogt de DSM-5 een meer

²⁷² Voor aandachtspunten in gebruik van het ASEBA-instrumentarium bij kansengroepen, zie ook <http://www.vclb-koepel.be/professionals/kansenbevordering3/faire-diagnostiek/toepassingen-van-faire-diagnostiek>

²⁷³ Zie Diagnostisch materiaal

²⁷⁴ Zie eerder, Kinderen en jongeren in ontwikkeling

²⁷⁵ De aanduiding in de DSM-IV-TR 'Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' vervalt in DSM-5. In plaats daarvan worden een aantal stoornissen gegroepeerd onder de 'neuro-ontwikkelingsstoornissen' ('Neurodevelopmental Disorders'). Dit zijn stoornissen waarbij de symptomen aanvangen in de loop van de (vroeg) ontwikkeling. Het gaat om verstandelijke beperkingen, communicatiestoornissen, ASS, ADHD, specifieke leerstoornis, motorische stoornissen en andere neuro-ontwikkelingsproblemen.

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

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

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

1.4 Verschillende verklaringsmodellen²⁷⁶

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

Het diagnostisch traject zoals in dit protocol beschreven is op zich niet gebonden aan één specifieke discipline, theoretische visie of therapeutische benadering. Er zijn elementen in herkenbaar vanuit de leertheorie, het systeemdenken en de oplossingsgerichte therapie²⁷⁷; zonder daartoe beperkt te zijn. Cruciaal is wel dat problemen en stoornissen bij kinderen en jongeren telkens worden verklaard vanuit een transactioneel samenspel tussen risico- en beschermende factoren in kind, gezin en omgeving.

Afhankelijk van de insteek van de diagnosticus en de aard van de problematiek ligt de klemtoon soms meer op biologische variabelen, soms meer op omgevingsvariabelen. Dit geeft ook het belang aan van een multidisciplinair diagnostisch team. Bij eenzelfde

²⁷⁶ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005; Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie en Grietens H., Assessment van psychopathologie. Categorisch of dimensioneel, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.

²⁷⁷ Het oplossingsgericht denken wordt hier niet verder uitgewerkt aangezien daarin het zoeken naar oplossingen (indicering) centraal staat, (ook) onafhankelijk van mogelijk verklarende diagnostiek.

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

Hieronder gaan we in op verklaringsmodellen voor gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren vanuit de verschillende psychotherapeutische visies en de orthopedagogiek²⁷⁸. Zonder het multicausale karakter van problemen te loochenen, wordt telkens één set van factoren naar voren geschoven en beklemtoond als relevant voor het ontstaan van de problematiek. Overigens hanteren de meeste diagnostici en hulpverleners, wat hun basisopleiding ook moge zijn, een verklaringsmodel dat verwijst naar verschillende visies tegelijk. Inleidend komen biologische modellen aan bod met de evolutie naar een biopsychosociaal model.

Met dit overzicht willen we allerminst aansturen op het beperken van de begeleiding en/of behandeling van kinderen en jongeren met gedrags- en/of emotionele problemen binnen een therapeutische setting. De bedoeling van deze bespreking is in de eerste plaats om de theoretische achtergrond aan te geven van een aantal begrippen, diagnostische instrumenten en interventietechnieken die elders in dit protocol aan bod komen. De verschillende visies doordringen immers meer dan we er ons doorgaans van bewust zijn in de dagelijkse CLB- en onderwijspraktijk. Zo geeft de integratie van bijvoorbeeld cognitief gedragstherapeutische principes in een handelingsplan²⁷⁹ aan dat heel wat van de gedragswetenschappelijke ideeën toepasbaar zijn in de dagelijkse onderwijspraktijk

- **Biologische verklaringsmodellen**

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

- in de gedragsgenetica wordt gezocht naar de mogelijke erfelijkheid van problemen en de genen die daarbij een rol zouden kunnen spelen;

²⁷⁸ De orthopedagogiek is een specialisatie van de pedagogiek en kan als discipline geplaatst worden naast de ontwikkelingspsychologie, de klinische kinder- en jeugdpsychologie en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit houdt in dat ze verschillende van de psychotherapeutische modellen kan hanteren.

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

²⁷⁹ Zie bijvoorbeeld Uitbreiding van zorg, Handelen en evalueren, Stemningsproblemen en depressieve stoornissen.

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

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

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

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

Belangrijk bij het hanteren van de niveaus of van de componenten is dat ze onderling sterk verbonden zijn en de causaliteit in twee richtingen verloopt. Het gedrag van een kind verandert zijn ervaring, waardoor de hersenontwikkeling en de reactie van de sociale omgeving op het kind kan veranderen, wat op zijn beurt dan weer de ontwikkeling beïnvloedt. In het ICF-schema²⁸⁰ wordt dit duidelijk gemaakt met dubbele pijlen tussen de verschillende componenten.

²⁸⁰ Zie Bijlage 10: Voorbeeld ICF-schema voor gedrags- en emotionele problemen

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

- **(Cognitief-)behavioristische benadering**

Volgens de leertheorie worden gedragingen aangeleerd via leerprincipes zoals klassieke en operante conditionering en modelling. Bij klassieke conditionering wordt gedrag geleerd doordat een neutrale prikkel meestal samengaat met een prikkel die een bepaalde aangeboren reflex oproept. Na enige tijd kan men met die neutrale prikkel dezelfde reflex oproepen²⁸¹. Bij operante conditionering wordt gedrag geleerd doordat het al of niet door de omgeving wordt bekrachtigd. Gedrag dat direct wordt bekrachtigd, neemt toe en dit gedrag wordt op die manier dus aangeleerd. Gedrag dat niet wordt bekrachtigd, neemt af en leert men niet aan²⁸². Bij modelling wordt gedrag geleerd aan de hand van het observeren van model- of voorbeeldgedrag.

Gedragsproblemen kunnen ontstaan wanneer een kind te weinig leerervaringen kan opdoen (bijvoorbeeld een kind krijgt onvoldoende sociaal gedrag te zien, sociaal gedrag bij het kind wordt niet bekrachtigd) of het kind verkeerde leerervaringen heeft (bijvoorbeeld als het kind reageert met een woedebui, krijgt het steeds zijn zin). Dit laatste is een centraal element in de theorie van Patterson over het ontstaan van agressie en een coërcief/dwingend gedragspatroon bij kinderen²⁸³.

²⁸¹ Denk hierbij aan de experimenten met 'de hond van Pavlov'.

²⁸² Denk hierbij aan de experimenten met een duif of rat in de 'Skinner-box'.

²⁸³ Zie ook Gedragsproblemen en gedragsstoornissen, Verschijningsvorm

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

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

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

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

- **Systeemtheoretische benadering**

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

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

Volgende kenmerken zijn evenwel gemeenschappelijk:

- het gezin staat centraal;
- interventie is gericht op het wijzigen van interacties tussen de gezinsleden;

- elke gezinslid wordt als cliënt gezien;
- in de loop van therapie moet er iets met het hele gezin gebeuren;
- het hier-en-nu staat centraler dan het verleden.

Diagnostisch gaat de aandacht uit naar het gezin waarin een kind opgroeit. De diagnosticus houdt diepgaande gesprekken met het hele gezin en tracht zo zicht te krijgen op de gezinsstructuur, de gezinsinteracties, het probleemoplossend vermogen van het gezin en de wijze waarop de gezinsleden met elkaar communiceren. De informatie uit de gesprekken kan worden aangevuld met informatie uit vragenlijsten zoals de Gezinsklimaatschaal²⁸⁴ die het gezinsfunctioneren vastlegt zoals het wordt waargenomen door de betrokkenen. Vanuit deze benadering verloopt de overgang van het diagnostische naar de interventie vloeiend. Reeds vanaf het eerste contact wordt verandering in het gezin beoogd.

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

- **Psychodynamische modellen**

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

²⁸⁴ Zie Diagnostisch materiaal

de effecten is beperkt. Anderzijds blijven termen zoals 'orale fase', 'verdringing' of 'regressie' in het taalgebruik van heel wat gedragswetenschappers doorleven.

- **Orthopedagogische benadering**

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

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

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

1.5 Belang van beschermende factoren en veerkracht²⁸⁵

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁸⁵ Braet C. & Prins P.J.M., Ontwikkeling en psychopathologie in: Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 42-44

Vanuit een ontwikkelingsperspectief gaan we voor de gedrags- en/of emotionele problemen telkens in op het continuüm van normaal²⁸⁶ tot mogelijk problematisch gedrag. Voor de ontwikkelingsstoornissen ADHD en ASS wordt tevens het ontwikkelingstraject van kinderen en jongeren met een gediagnosticeerde stoornis geschetst. Daarna komen de criteria van stoornisclassificatie aan bod, evenals prevalentie, elementen van comorbiditeit en differentiaaldiagnose, mogelijke verklaringmodellen, beschermende factoren en prognose en verloop.

Stemmings- en angstproblemen worden benoemd als emotionele problemen die te onderscheiden zijn van de (externaliserende) gedragsproblemen. Daarnaast maken we onderscheid tussen gedrags- en emotionele stoornissen en de ontwikkelingsstoornissen ASS en ADHD²⁸⁷. Bij een ontwikkelingsstoornis zijn gedurende de hele levensloop één of meerdere ontwikkelingsdomeinen verstoord. Gedragsproblemen zijn niet inherent aan ontwikkelingsstoornissen, maar vaak vertonen kinderen met een ontwikkelingsstoornis wel (lichte) gedragsproblemen of gedragsstoornissen.

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

- **Prevalentie**²⁸⁸

126

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

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

- de invulling van de term 'gedragsproblemen': enkel ernstige of ook lichtere;
- de wijze waarop problemen worden gemeten, bijvoorbeeld gedragsvragenlijsten of klinische interview;
- de wijze waarop problemen worden beoordeeld, bijvoorbeeld volgens de criteria opgenomen in DSM;
- de betrokken informanten: ouders, kinderen, leerkrachten of clinici.

²⁸⁶ Passend bij de ontwikkelingstaken

²⁸⁷ Dit sluit aan bij de indeling in de DSM-5 waarbij ADHD en ASS samen met verstandelijke beperkingen, specifieke leerstoornis, communicatiestoornissen en motorische stoornissen benoemd worden als 'neuro-ontwikkelingsstoornissen'. Het zijn stoornissen waarbij de symptomen aanvangen in de loop van de (vroege) ontwikkeling.

²⁸⁸ Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005, blz. 32-35

- soort prevalentie: drie, zes of twaalf maanden prevalentie (in de voorbije x maanden hadden x % kinderen tot x leeftijd een stoornis), levensloopprevalentie

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

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

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

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

2. Aandachts- en werkhoudingsproblemen en ADHD

2.1 Verschijningsvorm^{289 290 291}

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

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

Samen met aspecten uit de normale sociaal-emotionele ontwikkeling beschrijven we hieronder hoe ADHD tot uiting kan komen bij kinderen en jongeren²⁹².

2.1.1 De peuter- en kleutertijd

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

Er bestaan verschillende meningen²⁹³ over het feit of ADHD op kleuterleeftijd gediagnosticeerd kan worden. Er zijn geen leeftijdsspecifieke criteria voor een diagnose. We zien veel zogezegd 'typisch' ADHD-gedrag bij een groot aantal 'normale' kleuters gedurende hun ontwikkeling, zonder dat ze een blijvend patroon vormen. De

²⁸⁹ Trimbos-instituut, Kenniscentrum; Van de Veire H. e.a., De Leidraad, 2002; Van Dyck L. & Walgraeve T., ADHD-monitor, 2009; Danckaerts M., Leerlingen met ADHD in het secundair onderwijs, in: Ghesquière P. & Grietens H., Jongeren met leer- of gedragsproblemen, 2006

²⁹⁰ Van der Ploeg J. & Scholte E., ADHD-kinderen in ontwikkeling, diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg, De Graaff Utrecht 2001; Van de Veire H. e.a., De Leidraad, 2002 en Barkley R.A., Diagnose ADHD, 2001

²⁹¹ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

²⁹² Van der Ploeg J. & Scholte E., ADHD-kinderen in ontwikkeling, diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg, De Graaff Utrecht 2001; Van de Veire H. e.a., De Leidraad, 2002 en Barkley R.A., Diagnose ADHD, 2001

²⁹³ Tremmery B., ADHD en kleuters: zijn vroegdiagnostiek en behandeling op jonge leeftijd mogelijk?, Signaal, okt-nov-dec., 2009

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

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

2.1.2 De lagere schooltijd

In de lagere schooltijd²⁹⁴ wordt contact met leeftijdsgenoten belangrijker. Delen, elkaar helpen en ander sociaal gedrag nemen toe. Omgang met leeftijdsgenoten gaat de gedrags- en emotionele ontwikkeling mee bepalen. Wie verworpen wordt, om welke reden dan ook, loopt een ernstig ontwikkelingsrisico. De kansen om sociaal competent gedrag te leren nemen af. Het impulsief gedrag zoals het zich niet houden aan afspraken, niet-passende opmerkingen maken, ... geeft zowel thuis als op school aanleiding tot conflicten. De vele negatieve ervaringen hebben uiteraard ook hun weerslag op de ontwikkeling van de sociale vaardigheden en het zelfbeeld. Sommige kinderen hebben juist een onrealistisch positief beeld van zichzelf. Bij een conflict geven ze, vanwege hun beperkt zelfbewustzijn, anderen de schuld en zien hun eigen aandeel onvoldoende in.

Op school worden hogere eisen gesteld aan de cognitieve vaardigheden, in het bijzonder deze die beroep doen op de executieve functies: stilzitten, luisteren, zich concentreren, instructies opvolgen, taken afmaken, schoolwerk organiseren, ... Het zijn precies die vaardigheden waarmee kinderen met ADHD het extra moeilijk hebben. In deze leeftijdsfase kan het duidelijk worden wanneer informatie onvoldoende wordt opgenomen en verwerkt. De kans op het ontwikkelen van leerproblemen is bijgevolg groot.

²⁹⁴ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

2.1.3 De adolescentie

Doorheen de adolescentie groeit de jongere naar het niveau van een volwassene op vlak van communicatie, mobiliteit, sociale vaardigheden en zelfstandigheid. Hij leert lange termijndoelen stellen én maakt plannen om ze te bereiken, schakelt over naar kranten en tijdschriften voor volwassenen, zorgt voor zijn eigen gezondheid, verricht op eigen initiatief eenvoudige huishoudelijke herstellingen, beheert eigen geld, maakt afspraken, ...²⁹⁵.

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

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

In deze periode wordt de jongere geconfronteerd met een minder gestructureerde en meer veeleisende omgeving. Ook van jongeren met ADHD wordt verwacht dat ze vanaf het secundair onderwijs progressief zelfstandig en zelfsturend zullen kunnen werken. Bij de overgang naar het secundair onderwijs groeit dus bij hen vaak opnieuw frustratie over het onvermogen en moet een tweede 'acceptatieproces' worden doorgemaakt. Er zijn vaak conflicten met ouders en leraren over de schoolprestaties. Velen presteren onder hun mogelijkheden en maken hun secundaire school niet af. Middelengebruik komt veel voor bij jongeren met ADHD, deels om te experimenteren, maar ook om rustiger te worden of om andere symptomen onder controle te krijgen. Zo kan nicotine een gunstige invloed hebben op hun aandacht. Het impulsieve en soms agressieve gedrag brengt sommigen makkelijker in contact met politie en justitie. Vaak verliezen jongeren met ADHD het overzicht over de financiën, geven impulsief geld uit of gokken. Het druk, overbeweeglijk gedrag is ogenschijnlijk afgenomen, maar bij navraag voelt men zich inwendig nog net zo onrustig.

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

²⁹⁵ De Bildt A. & Kraijer D., Vineland-Z, Sociale Redzaamheidsschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Pits, 2003

Jongeren met ADHD beschikken - naast een aantal eigenschappen, die als lastig kunnen worden ervaren - vaak over een verrassend aantal positieve kenmerken. Ze zijn energiek, creatief, gezellig, spontaan, niet lang boos, gemakkelijke praters, leuk om mee om te gaan ... Ze zijn goed in het vinden van nieuwe oplossingen, in crisissituaties, in improviseren, in direct nemen van beslissingen ...

2.2 Definities en begrippen

ADHD

In de DSM-5²⁹⁶ wordt de term ADHD gebruikt. ADHD is de afkorting van **A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder – ‘Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit’. ADHD is een samenvattende naam die de gedragingen omschrijft maar niet verklaart.

ADD

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

Hyperkinetische stoornis

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

Hyperactief gedrag²⁹⁷

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

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

²⁹⁶ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

²⁹⁷ Zie ook Etiologie, Psychologische factoren, Verstoorde toestandsregulatie.

Impulsief gedrag

Kinderen en jongeren met impulsief gedrag handelen of spreken zonder na te denken. Ze hebben moeite om hun gedrag af te remmen, om hun impulsen te beheersen. Ze worden rusteloos als ze op hun beurt moeten wachten tijdens een spel of in de rij moeten staan. Deze kinderen beginnen aan een taak of opdracht zonder eerst nauwkeurig de opdracht te lezen, antwoorden in de klas zonder hun vinger op te steken of voor de vraag is gesteld, geven commentaar zonder na te denken, storen anderen in hun bezigheden. Ze kunnen moeilijk instructies opvolgen en zich aan de regels houden. Zij neigen naar onmiddellijke behoeftebevrediging, zonder de consequenties van hun daden te overzien. Het handelen gaat het denken als het ware vooraf.

Aandachtstekort²⁹⁸

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

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

2.3 Criteria²⁹⁹

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

- **Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit volgens DSM-IV-TR³⁰⁰**

A: Ofwel (1), ofwel (2)

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

Aandachtstekort

²⁹⁸ Zie ook Etiologie, Psychologische factoren.

²⁹⁹ Antrop I. & Roeyers H. Valkuilen in de diagnostiek bij kinderen met ADHD, in: Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. en Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen, of, kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003

³⁰⁰ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001

- (a) slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
- (b) heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
- (c) lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt
- (d) volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)
- (e) heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- (f) vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige aandacht (langdurige geestelijke inspanning) vereisen (zoals school- of huiswerk)
- (g) raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)
- (h) wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- (i) is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

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

Hyperactiviteit

- (a) beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel
- (b) staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
- (c) rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt blijven tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)
- (d) kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
- (e) is vaak "in de weer" of "draaft maar door"
- (f) praat vaak aan een stuk door

Impulsiviteit

- (g) gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
- (h) heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
- (i) verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)

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

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

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

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

Codering op basis van type:

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

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

- **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder volgens DSM-5³⁰¹**

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

In criterium A is de opsomming van de symptomen niet gewijzigd. Wel zijn voorbeelden toegevoegd om het gedrag dat kinderen/adolescenten/volwassenen per type kunnen vertonen te illustreren. De beschrijving zal klinici helpen om typische ADHD symptomen in elke fase van de ontwikkeling van de cliënt vast te stellen. De symptomen voor hyperactiviteit en impulsiviteit worden samengevoegd. Ook bij oudere adolescenten en volwassenen (leeftijd 17 en ouder) kan de diagnose gesteld worden en zijn ten minste 5 symptomen van elk van de symptomengroep 1 en 2 vereist.

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

³⁰¹ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

Het criterium E bevat geen uitsluitingscriteria meer voor personen met een autismespectrumstoornis, aangezien symptomen van beide aandoeningen samen kunnen optreden. ADHD-symptomen komen niet louter voor in het verloop van schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals een stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis of 'intoxicatie van middelen of ontwenning'.

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

Specificeer of het gaat om:

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

Specificeer indien: gedeeltelijk in remissie

Specificeer huidige ernst: licht, matig, ernstig

2.4 Prevalentie

ADHD is een ontwikkelingsstoornis waarvan de prevalentie wereldwijd ingeschat wordt op 5,29%³⁰² met een range van 0,9 tot 8,7 %^{303 304}. ADHD komt 3 keer meer voor bij jongens (2%) dan bij meisjes (0,5%)³⁰⁵.

Opgedeeld volgens de typering in DSM-IV-TR³⁰⁶ zou binnen de totale populatie het overwegend onoplettende type het meest voorkomen en het overwegend hyperactief-impulsieve type het minst. De prevalenties van de subtypes lijken evenwel te variëren naargelang de leeftijd. De prevalentie van het overwegend hyperactief-impulsieve type daalt met een stijgende leeftijd, terwijl die van het overwegend onoplettende type sterk toeneemt³⁰⁷.

³⁰² Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L., Biederman J. & Rohde L.A., The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis, in: The American journal of psychiatry, American Psychiatric Association, Arlington, 2007 (6)

³⁰³ Taylor E., Döpfner M., Sergeant J., Asherson P., Banaschewski T., Buitelaar J., Coghill D., Danckaerts M., Rothenberger A., Sonuga-Barke E., Steinhausen H. & Zuddas A., European Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorder – First upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry, 13, 2004, blz. 17-130

³⁰⁴ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

³⁰⁵ Scheiris J. & Desoete A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit, Signaal, 62, 2008

³⁰⁶ Dit komt overeen met de verschillende presentaties in DSM-5.

³⁰⁷ Willcutt E.G., The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review, in: Neurotherapeutics, Springer US, 2012 (3), blz. 490–499

2.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnose

ADHD is vaak moeilijk te onderscheiden van en komt regelmatig voor in combinatie met andere psychiatrische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen en leerstoornissen³⁰⁸. Het samengaan van ADHD met een andere stoornis wordt geschat tussen 50 en 80 %. In de EINAQ-richtlijnen spreekt men van 85%³⁰⁹. Wetenschappelijk onderzoek³¹⁰ geeft volgende cijfers:

- **ADHD en gedragsstoornissen**³¹¹

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

Volgens Barkley³¹² speelt ADHD bij oppositionele gedragsstoornissen mogelijk zelfs een oorzakelijke rol. Dit kan te maken hebben met een tekort in de executieve functies, met name de emotieregulatie.

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

- **ADHD en angststoornissen**

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

³⁰⁸ Schoemaker C., de Ruiter C., van den Berg M., Cuijpers P, de Graaf R, ten Have M. et al., Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen, Trimbos-instituut, Utrecht, 2003

³⁰⁹ Einaq, 2003, artikel SIG 62, European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance Course, Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, Target groups and evidence-based treatment in rehabilitation centres NOK/PSY, Studie PPF07- GCP-03, 2007

³¹⁰ Scheiris J. & Desoete A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit. Signaal, 62. 2008

³¹¹ In dit protocol wordt 'gedragsstoornis' gebruikt als overkoepelende term voor oppositioneel-opstandige gedragsstoornis en antisociale gedragsstoornis.

³¹² Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

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

- **ADHD en stemmingsstoornissen**

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

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

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

- **ADHD en autismespectrumstoornis**

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

- **ADHD en leerstoornissen**

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

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

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

- **ADHD en ticstoornissen**

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

- **ADHD en middelengebruik³¹³**

Meerdere onderzoeken leggen een link tussen ADHD en verhoogd gebruik van cocaïne, cannabis, tabak en alcohol. Maar die relatie zou eerder te verklaren zijn

³¹³ VAD publiceerde in 2010 een Good Clinical Practice in de herkenning en behandeling van ADHD bij (jong)volwassenen met verslavingsproblemen, www.vad.be

door de aanwezigheid van comorbide stoornissen, in de eerste plaats gedragsstoornissen.

2.6 Etiologie³¹⁴

2.6.1 Genetische en biologische factoren

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

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

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

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

2.6.2 Psychologische factoren

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

³¹⁴ Ghesquière P. en Grietens H., Jongeren met leer- of gedragsproblemen: naar een school met zorg; Dankaerts M., Leerlingen met ADHD in het secundair onderwijs, Acco, Leuven, 2006; Danckaerts M., Leerlingen met ADHD in de basisschool, ADHD Toolkit, www.uzleuven.be/adhd-toolkit.

• Executieve disfuncties³¹⁵

Volgens Barkley³¹⁶ is ADHD in essentie een stoornis in executieve functies³¹⁷. Bij kinderen met ADHD zijn de belangrijkste vaardigheden waarmee ze blijven worstelen: responsinhibitie, volgehouden aandacht, werkgeheugen, timemanagement, taakininitiatie en doelgericht gedrag. Andere functies zijn mogelijk ook onderontwikkeld, maar deze cluster komt het meest voor:

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

Aandachtsprocessen³¹⁸ behoren tot de executieve functies en zijn ingedeeld in selectieve, verdeelde aandacht, volgehouden aandacht en aandachtscontrole.

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

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

³¹⁵ Zie Bijlage 12: Executieve functies

³¹⁶ Barkley R., ADHD and the nature of self-control. Guilford Press, New York, 1997

³¹⁷ Zie Bijlage 12: Executieve functies

³¹⁸ Roeyers H. en Baeyens D., Aandachtsprocessen, in: Verschueren K. & Koomen H. (red.), Handboek: Diagnostiek in Leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen, 2007, blz. 125-134

motivatie voor een specifieke taak in combinatie met de kenmerken van de testomgeving hierbij een rol.

Bij sommige kinderen met problemen in de executieve functies weerspiegelen deze verschillen zich in een vertraagde ontwikkeling. In dat geval zullen deze executieve functies na verloop van tijd tot volle ontwikkeling komen, maar dan wel twee tot drie jaar later dan leeftijdgenoten. Bij andere kinderen met ADHD vindt het rijpingsproces echter niet plaats en blijven zich ook gedurende de volwassenheid problemen voordoen³¹⁹. Dit heeft gevolgen voor het sociaal emotioneel functioneren en het leerproces³²⁰. Er wordt in de begeleiding van kinderen en jongeren met ADHD ingezet op het stimuleren van de ontwikkeling van de executieve functies.

Hoewel problemen in de executieve functies bij veel personen met ADHD voorkomen, kunnen deze niet als diagnostisch criterium gehanteerd worden. De diagnose van ADHD blijft gebaseerd op het klinisch manifeste beeld³²¹. ADHD is een stoornis die gediagnosticeerd wordt op basis van het voorkomen van observeerbare, dagelijkse gedragingen op school, thuis en/of de vrije tijd.

- **Aversie van uitstel**³²²

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

- **Verstoorde toestandsregulatie**³²³

Volgens de theorie van de verstoorte toestandsregulatie hebben kinderen met ADHD moeilijkheden met het aanpassen van hun energetische interne toestand aan de veranderende eisen van de omgeving. De energie waarover iemand

³¹⁹ Dawson R. & Guare R., Slim maar ..., Hogrefe, 2010, blz. 39

³²⁰ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009

³²¹ Vanderplasschen W. en Naert J. (red.), Wetenschappelijke evaluatie bij het protocol gedrags- en/of emotionele problemen, april 2013

³²² Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaanbachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013, blz. 32-37 en Roeyers H., Alle dagen heel druk of onaanbachtig, maar niet elk uur in dezelfde mate: onze kijk op ADHD is in beweging, 23.05.2013 http://www.spectrumbrabant.nl/site/wp-content/uploads/2013/05/HR_veldhoven_23mei2013_ho.pdf

³²³ Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaanbachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013, blz. 32-37 en Roeyers H., Alle dagen heel druk of onaanbachtig, maar niet elk uur in dezelfde mate: onze kijk op ADHD is in beweging, 23.05.2013 http://www.spectrumbrabant.nl/site/wp-content/uploads/2013/05/HR_veldhoven_23mei2013_ho.pdf

beschikt om een taak te kunnen uitvoeren wordt 'arousal' genoemd. Dit slaat op de activatietoestand van het centrale en autonome zenuwstelsel.

In het algemeen verwacht men dat het snel aanbieden van prikkels leidt tot te hoge activatie (over-arousal) en het traag aanbieden tot te lage activatie (onder-arousal). Mensen zonder regulatieproblemen slagen er in om bij te lage activatie hun activatieniveau op te krikken en om omgekeerd hun activatieniveau te temperen als deze te hoog is. Kinderen met ADHD zouden omwille van een verstoorde toestandsregulatie er niet in slagen hun activatietoestand te reguleren. Hierdoor maken ze bij snel opeenvolgende prikkels bij een taak meer fouten op de taak terwijl ze bij traag opeenvolgende prikkels net langzamer gaan reageren dan kinderen zonder ADHD.

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

2.6.3 Transactionele factoren

De individuele factoren zijn de grootste risicofactor, hiernaast spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol. Omgevingsfactoren zoals opvoedingsvaardigheden, hechting- en relatieaanbod, ... kunnen de genetische kwetsbaarheid versterken of verzwakken en het verschil maken tussen een probleem dat ofwel onoverkomelijk wordt ofwel beperkt blijft in omvang. ADHD-gedrag kan fluctueren onder invloed van omgevings- en motivationele factoren. Zo blijken kinderen met ADHD vooral minder aandachtig dan hun leeftijdsgenoten bij taken die hoge eisen stellen aan zelfregulatie, informatieverwerking en motivatie. Het gaat dan bijvoorbeeld om klassikale en individuele werkvormen, met name in lessen zoals taal en wiskunde. Tijdens lesactiviteiten in kleine groepjes of tijdens lessen muziek of kunst werden geen verschillen in aandacht opgemerkt tussen kinderen met en zonder ADHD³²⁴.

2.7 Beschermende factoren

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

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

³²⁴ Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaanbachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013, blz. 32-37

- positief zelfbeeld
- goede coping vaardigheden

- **Beschermende factoren bij de ouders**
 - hoge opleiding van de moeder
 - stabiliteit in het gezinsleven
 - betere sociale omstandigheden
 - goede opvoedingsvaardigheden bij de ouders
 - warmte en betrokkenheid naar het kind
 - realistische verwachtingen ten opzichte van het kind

- **Beschermende factoren in de onderwijsleeromgeving**
 - gestructureerd klassenmanagement
 - duidelijke gedragsregels
 - consequente feedback op het naleven van de regels
 - realistische verwachting ten opzichte van de leerling
 - leerkrachten die voor het gewenste gedrag model staan

2.8 Verloop en prognose³²⁵

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn ADHD³²⁶ blijft bij één derde van de behandelde adolescenten met ADHD de diagnose ook na het achttiende levensjaar van kracht; bij één derde worden de klachten minder, maar blijven nog wel steeds hinderlijk, en slechts bij één derde verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal. Dit pleit voor psychosociale begeleiding waarbij jongeren ondersteund worden om hun sterke kanten te ontwikkelen en een opleiding te vinden die bij hen past.

In combinatie met de ernst van de symptomen zullen risicofactoren de prognose in negatieve zin beïnvloeden. Kinderen en jeugdigen met ADHD hebben een verhoogd risico op een groot aantal problemen, onder andere middelenmisbruik, antisociaal gedrag, angst, depressie, problemen in de relationele sfeer, laag opleidingsniveau door falen op school of voortijdig schoolverlaten en een laag beroepsniveau. Deze risico's worden nog sterker als bovendien een antisociale gedragsstoornis aanwezig is. De risico's op later disfunctioneren zijn zowel aangetoond voor jongens als voor meisjes met ADHD³²⁷.

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

³²⁵ Verhulst F.C., Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2008

³²⁶ Multidisciplinaire Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen, Trimbos-instituut, Utrecht, 2007, www.ggzrichtlijnen.nl

³²⁷ Barkley, e.a., 2004 en Young M. & Warrington M., Raising boy's achievement, DfES Research Report London: DfES (Department for Education and Skills) 2005

3. Problemen in de sociale communicatie en interactie en ASS

3.1 Verschijningsvorm³²⁸

De typering van de problemen in sociale communicatie en sociale interactie en ASS zoals hieronder beschreven, mag niet statisch worden bekeken. Door de opdeling per leeftijdsfase geven we aan dat ASS een ontwikkelingsstoornis is die een andere verschijningsvorm heeft bij baby's, jonge kinderen, adolescenten en volwassenen³²⁹. Daarnaast zijn er ook verschillen mogelijk afhankelijk van de ernst van de ASS, het verstandelijk niveau, de context waarin iemand zich bevindt, ... Zo lukt communicatie soms wel aan de individuele werktafel in de zorgklas of thuis, maar niet aan de lesenaar in de klas, op de speelplaats, in de refter, in de turnzaal, in de jeugdbeweging, op familiebezoek, ... Verder bepalen eventuele bijkomende problemen zoals aandachtsproblemen of motorische problemen mee de verschijningsvorm van ASS.

Onderzoek suggereert dat de kenmerken van ASS vastgesteld kunnen worden in de algemene bevolking. Er lijkt telkens een continuüm te zijn tussen personen die beantwoorden aan de diagnostische criteria en personen in de algemene populatie die hieraan niet voldoen. Bovendien zouden de kenmerken relatief onafhankelijk van elkaar voorkomen. Voor de classificerende diagnostiek betekent dit dat het nuttig is om de verschillende aspecten apart na te gaan en het minder aangewezen is om enkel te focussen op het sociaal functioneren³³⁰.

3.1.1 De babytijd

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

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

³²⁸ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling en Roeyers H., *Autisme: alles op een rijtje*, Acco, Leuven, 2008

³²⁹ Roeyers H. & Warreyn P., *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*, in Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429

³³⁰ Roeyers H. & Warreyn P., *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*, in Braet C. & Prins P.J.M., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429

Gedragingen zoals kijken, oogcontact maken, aanraken, wederzijds glimlachen, iemand volgen of benaderen, evolueren tijdens het eerste levensjaar tot eenvoudige spelinteracties en imitatie van acties met voorwerpen.

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

De diagnose ASS kan nog niet betrouwbaar vastgesteld worden voor de leeftijd van twee jaar³³¹. Imitatieproblemen en vaardigheden voor het delen van aandacht bleken belangrijke voorspellers van ASS op latere leeftijd. Dit is evenwel geen alles-of-niets-verhaal. Het is belangrijker om oog te hebben voor de gebrekkige kwaliteit van het gedeelde-aandacht-gedrag dan voor de aan- of afwezigheid van specifiek gedrag zoals het voor het plezier wijzen om samen met iemand de aandacht voor een voorwerp te delen, zoals 'kijk, mama, een ballon!'. Bij baby's kan een over- of onderreageren op zintuiglijke prikkels³³² zich uiten als het doof lijken of niet reageren op hun naam of op spraak terwijl ze soms wel reageren op andere, niet-menselijke geluiden en hier zelfs overgevoelig voor kunnen zijn.

3.1.2 De peuter- en kleutertijd

Een peuter leert rond zijn tweede verjaardag de werkelijkheid voorstellen met woorden. Zijn communicatie neemt een hoge vlucht en zijn taal verandert opmerkelijk³³³. De taal stelt hem in staat om de werkelijkheid te ordenen en te begrijpen, al maakt hij leeftijdsgebonden denkfouten. Hij heeft moeite om een redenering in omgekeerde zin uit te voeren en om twee niveaus tegelijk te hanteren, zoals in de vraag: "wat zijn er meest: tulpen of bloemen?". Zijn cognitieve ontwikkeling wordt nog begrensd door zijn voorkeur voor aanschouwelijkheid en zijn geringe informatieverwerkingscapaciteit, met name het werkgeheugen, de planfunctie en de metacognitie³³⁴.

³³¹ De diagnose ASS kan pas vanaf de leeftijd van twee jaar op betrouwbare wijze gesteld worden. Dat is in Vlaanderen evenwel eerder uitzondering dan regel. Roeyers H. & Warreyn P., Pervasive ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 438

³³² Zie verder Criteria ASS volgens DSM-5, B.4 Hyper- of hypo-reactiviteit op sensorische input of ongewone interesse in zintuiglijke aspecten in de omgeving

³³³ Zie Protocol Diagnostiek bij problemen in de spraak- en taalontwikkeling, Theorie, Relevante ontwikkelingsaspecten

³³⁴ Zie Bijlage 12: Executieve functies

Zijn verbeelding - een vorm van symbolische voorstelling - ontwikkelt sterk en helpt hem loskomen van de directe werkelijkheid. Veel cognitieve activiteit is nu gericht op het afgrenzen en invullen van wat werkelijkheid is en wat fantasie is³³⁵.

Ook zijn perspectiefneming en zijn besef dat elke mens een eigen inwendige leefwereld heeft, ontwikkelen nu sterk. Vanaf twee à drie jaar leert hij het onderscheid tussen 'ik' en de 'anderen' via zichtbare kenmerken, bijvoorbeeld "ik ben klein en hij is groot". Vanaf vier jaar bepalen ook activiteiten dat onderscheid, zoals "ik teken en hij speelt". Pas daarna groeit het besef dat de ander niet hetzelfde deel ziet van de werkelijkheid³³⁶. Onder meer dankzij zijn taal en zijn mobiliteit kan hij steeds beter deelnemen aan verschillende vormen van sociale interactie. Zijn streven naar zelfstandigheid 'boomt' als het ware. Hij streeft naar autonomie, maar lukt er niet altijd in om dat te realiseren. Spelenderwijs leert hij de vaardigheden en de regels voor sociale interactie. Relaties met leeftijdsgenootjes worden belangrijk en voegen iets nieuws toe aan zijn ontwikkeling. Andere kinderen oefenen een grote aantrekkingskracht uit. De positieve interacties getuigen van wederzijdse aandacht en instemming, bereidheid tot samenwerking, het respect voor eigendom, een constructieve houding en aanpassingsvermogen³³⁷.

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

Belangrijk bij de interpretatie van deze problemen als mogelijke symptomen van ASS is dat sociale vaardigheden bij peuters en kleuters nog sterk in ontwikkeling zijn, veranderen tijdens het opgroeien of kunnen deel uitmaken van een algemene ontwikkelingsachterstand. Zo kan er bij jonge kinderen moeilijk onderscheid gemaakt worden tussen ongewoon sterk vasthouden aan routines als kenmerk van ASS en het vasthouden aan routines als deel van de normale ontwikkeling van een peuter³³⁸. Anderzijds zijn de symptomen van ASS het best zichtbaar op de leeftijd van 4 à 5 jaar wanneer compensatie en camouflage nog niet tot ontwikkeling zijn gekomen. Daarbij

³³⁵ Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom Meppel, 1994

³³⁶ Verhofstadt-Denève L., Handboek ontwikkelingspsychologie, Van Loghum, 1994

³³⁷ Berk L., Development Through the Lifespan, Pearson, 2009; ook Wenar e.a., Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006

³³⁸ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz.438

blijken onder meer zwakke gedeelde aandacht, het ontbreken van symbolisch spel, gebrek aan plezier tijdens sociaal spel en beperkte sociale interesse te discrimineren tussen jonge kinderen met en zonder ASS³³⁹.

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

3.1.3 De lagere schooltijd

Het kind gebruikt de taal nu bewuster en communiceert vlot. Het geniet van woordgrapjes, raadsels en moppen, het leert jongleren met woordbetekenissen. De abstract-symbolische voorstelling ontwikkelt sterk. Het denken wordt logisch, het begrip van de wereld wordt accuraat. Cognitieve functies die voordien de informatieverwerkingscapaciteit beperkten, zoals werkgeheugen, plannen en metacognitie, ontplooiën zich nu ten volle. De leerling leert de consequenties van zijn gedrag inschatten en hecht betekenis aan vriendschap, autoriteit, sekseverschillen en morele kwesties. Hij is bijvoorbeeld bereid zijn spaarpot leeg te maken om zeehondjes te helpen³⁴⁰.

146

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

De relatievaardigheid van het kind wordt bepaald door toenemende sociale perspectiefneming, sociale problem-solving en empathie³⁴¹. Het kind wordt in staat om het perspectief van anderen te begrijpen zodat zijn sociale competentie sterk toeneemt. Vriendschappen dragen bij tot de ontwikkeling van vertrouwen en sensitiviteit. In de loop van de lagere schooltijd worden ze selectiever en stabiel. Binnen vriendschappen leren kinderen kritiek verdragen en twisten oplossen. De impact van deze vriendschappen hangt af van de aard van de vrienden. Kinderen die

³³⁹ Dereu, M., Early signs of autism spectrum disorders in infants and toddlers, Ghent University Faculty of Psychology and Educational Sciences, Gent, 2011

³⁴⁰ Breeuwsma G., De constructie van de levensloop. Boom Meppel, 1994

³⁴¹ Zie ook Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling. Berk L., Development Through the Lifespan, Pearson, 2009; ook Wenar e.a., Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006

vriendelijkheid en medeleven meebrengen, versterken elkaars sociale neigingen en vormen een meer langdurige band. De sociale problemen van agressieve kinderen daarentegen werken door in hun vriendschapsbanden.

Doorheen de lagere school wordt het kind ook verantwoordelijk en zelfredzaam. Hij voert zelfstandig huishoudelijke taken uit, leert nauwkeurig klokkezen en geeft geleend speelgoed of bezittingen terug³⁴².

ASS op deze leeftijd toont zich in uitgesproken problemen met de bovengenoemde vaardigheden. Doorheen de lagere school treedt soms verbetering op in de sociale vaardigheden, maar de communicatie en de interactie blijven beperkt en kwalitatief anders dan bij kinderen zonder ASS. Zo hebben kinderen met ASS het in een gesprek vaak moeilijk met de wederkerigheid of het aansluiten bij de interesses van de anderen. Sommige problemen worden nu pas zichtbaar doordat hogere eisen worden gesteld. Hoewel de globale intelligentie boven het gemiddelde kan liggen en de taal mogelijk goed ontwikkelt, blijft de sociaal-emotionele wederkerigheid zwak. Het abstract-symbolisch denken levert problemen op. Zwak samenhang-denken³⁴³, zwak plangedrag³⁴⁴ en moeilijkheden met het functioneren van het werkgeheugen beperken en/of vertragen de capaciteit van de informatieverwerking.

3.1.4 De adolescentie

Doorheen de adolescentie groeit de jongere naar het niveau van een volwassene op vlak van communicatie, mobiliteit, sociale vaardigheden en zelfstandigheid. Hij leert lange termijndoelen stellen én maakt plannen om ze te bereiken, schakelt over naar kranten en tijdschriften voor volwassenen, zorgt voor zijn eigen gezondheid, verricht op eigen initiatief eenvoudige huishoudelijke herstellingen, beheert eigen geld, maakt afspraken, ...³⁴⁵.

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

Vermits tieners zich naar binnen richten om fasegebonden kwesties te verkennen, kunnen zij bij volwassenen overkomen als extreem op zichzelf gericht. Na enige tijd is van hen echter een meer wederkerige oriëntatie te verwachten. Ondanks de groter wordende autonomie blijven volwassenen overigens vitaal in de ontwikkeling van de jongere tot een autonoom, verantwoordelijk individu. Aangezien het voor jongeren nog

³⁴² De Bildt A. & Kraijer D., Vineland-Z, Sociale Redzaamheidschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Uitgeverij Pits, 2003

³⁴³ Zie Etiologie, Zwakke centrale coherentie

³⁴⁴ Zie Etiologie, Executieve disfuncties

³⁴⁵ De Bildt A. & Kraijer D., Vineland-Z, Sociale Redzaamheidschaal voor kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, Pits, 2003

heel lang moeilijk is om prioriteiten te stellen, risico's in te schatten en beslissingen te nemen, lijkt het aangewezen dat ouders en leerkrachten af en toe blijven grenzen stellen en deze handhaven. Ook consistente monitoring van de dagelijkse activiteiten van de jongere, in een coöperatieve relatie waarbinnen de jongere op spontane wijze informatie geeft aan ouders of leerkrachten, draagt bij tot een positieve ontwikkeling.

Wanneer ASS niet gepaard gaat met een verstandelijke beperking, is er bij ouder worden een positieve evolutie op vlak van receptieve en expressieve taal, zelfredzaamheid en huishoudelijke vaardigheden, ... Er is een betere zelfcontrole, vermindering van stereotiep gedrag en er wordt meer initiatief genomen³⁴⁶.

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

Zelfs al neemt de sociale interesse toe en verbetert de sociale competentie, de jongeren komen terecht in meer complexe sociale systemen waar de eisen die worden gesteld hoger zijn, zodat er relatief gezien weinig of geen progressie is³⁴⁷. Sommige autismespecifieke moeilijkheden komen mogelijk pas nu tot uiting door deze hogere eisen van de sociale omgeving. Zo stelt de groeiende complexiteit van (vriendschaps)relaties doorheen de adolescentie jongeren met ASS voor nieuwe uitdagingen. Een intieme partnerrelatie vraagt wederzijdse emotionele ondersteuning en begrip, het kunnen lezen en interpreteren van subtiele signalen bij de partner, het kunnen delen van activiteiten, interesses en gevoelens en vooral het vinden van het wankel evenwicht tussen afstand en nabijheid. Dat zijn vaardigheden waar mensen met ASS het extra moeilijk mee blijven hebben³⁴⁸. Ze ervaren een toegenomen sociale druk, trachten hieraan te voldoen, falen dikwijls en ervaren een laag zelfbeeld en gevoelens van neerslachtigheid. Angst en verwarring nemen toe en kunnen aanleiding vormen voor onder andere agressief gedrag.

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

³⁴⁶ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429-430

³⁴⁷ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in Braet C. & Prins P.J.M., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429-430

³⁴⁸ Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

waar ze gestudeerd hebben,... Dit lijkt een manier om het gebrek aan sociale intuïtie te compenseren en te camoufleren. Overigens zijn de interesses van normaal begaafde mensen met ASS doorgaans niet beperkt (ze kunnen zelfs zeer ruim zijn), maar wel beperkend. Ze belemmeren vaak het dagelijks leven van zowel henzelf als van hun omgeving³⁴⁹.

Qua lichamelijke rijping onderscheiden leerlingen met ASS zich nauwelijks van hun leeftijdsgenoten³⁵⁰. In deze fase zijn ze echter neurologisch kwetsbaar en ontwikkelen bijvoorbeeld epileptische verschijnselen.

3.2 Definities en begrippen

Binnen de internationale literatuur³⁵¹ wordt zowel de term 'autismespectrumstoornis' als de benaming 'pervasieve ontwikkelingsstoornis' gebruikt om te verwijzen naar een gelijkaardige problematiek.

Pervasieve ontwikkelingsstoornis

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

Autismespectrumstoornis, ASS

'Autismespectrum' als term kreeg bekendheid door Lorna Wing, in de afgelopen decennia een van de meest toonaangevende auteurs op dit terrein. 'Spectrum' verwijst naar de diverse verschijningsvormen en de verschillende graden van ernst van de problemen³⁵². Ondanks deze diversiteit in uitingsvormen en functioneringsniveaus delen kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis de door Wing beschreven triade van kwalitatieve stoornissen in:

- sociale interactie, vooral inzake de wederkerigheid³⁵³;
- de verbale en non-verbale communicatie;
- de verbeelding.

³⁴⁹ Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

³⁵⁰ Sommigen maken gewag van een licht vertraagde pubertaire ontwikkeling. Zie Mulders, M. (red.), *Autisme: aanpassen en veranderen*, Van Gorcum, Assen, 1996

³⁵¹ Hellemans H. e.a., *Classificerend diagnostisch protocol Pervasieve ontwikkelingsstoornissen Minderjarigen*, VAPH, 2009

³⁵² Roeyers, H., *Autisme: alles op een rijtje*, Acco, Leuven, 2008

³⁵³ Wing maakt een indeling in sociale subtypes: afzijdig, passief, actief-maar-bizar of hoogdravend. Deze indeling mag niet rigide gehanteerd worden en geeft vooral aan dat tekorten in de sociale interactie eerder kwalitatief van aard zijn dan kwantitief. Zie voor meer info Vermeulen P., *Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt*. EPO, Antwerpen, 1998

Autismespectrumstoornis, samen met de inhoud die Wing eraan gaf, werd de laatste jaren meer en meer gebruikt in plaats van de subtypes uit de DSM-IV-TR³⁵⁴ of ICD-10³⁵⁵. De populariteit van ASS als verzamelterm heeft allicht te maken met de onduidelijke differentiaaldiagnostiek en de beperkte meerwaarde die de indeling in subgroepen bleek te hebben voor onderwijs, opvoeding en begeleiding. De onderverdeling in de verschillende subtypes van ASS biedt immers geen correct beeld over de ernstgradatie van de stoornis noch over de nood aan ondersteuning³⁵⁶.

3.3 Criteria³⁵⁷

In mei 2013 verscheen een nieuwe versie van de DSM. In deze DSM-5 vallen de verschillende subtypes uit de DSM-IV-TR weg en wordt het begrip 'autismespectrumstoornis' nu ook officieel geïntroduceerd, zij het met een dyade³⁵⁸ in plaats van een triade. Wie eerder gediagnostiseerd werd met een autistische stoornis, stoornis van Asperger of PPD-NOS krijgt volgens de vernieuwde classificatie de diagnose ASS. Iemand met tekorten in de sociale communicatie waarvan de symptomen verder niet voldoen aan de criteria voor ASS, valt mogelijk wel binnen de criteria voor de nieuwe stoorniscategorie: Sociaal (Pragmatische) Communicatiestoornis.

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

³⁵⁴ Autistische stoornis, stoornis van Rett, Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd, stoornis van Asperger of pervasieve ontwikkelingsstoornis niet-anderszins omschreven (PPD-NOS). In DSM-5 vervallen deze subtypes. Autistische stoornis, stoornis van Asperger PPD-NOS vallen voortaan onder ASS, syndroom van Rett wordt een stoornis die kan geassocieerd zijn met ASS.

³⁵⁵ De ICD-10 onderscheidt momenteel nog volgende acht subgroepen: vroegkinderlijk autisme, atypisch autisme, syndroom van Rett, andere desintegratiestoornis op kinderleeftijd, hyperactieve stoornis samengaan met zwakzinnigheid en stereotypieën, syndroom van Asperger, overige gespecificeerde pervasieve ontwikkelingsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen niet gespecificeerd. Verwachting is dat deze eveneens zullen verdwijnen in de geplande herwerking.

³⁵⁶ Hellemans H., Peeters W. & Roeyers H., Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornissen bij minderjarigen, VAPH, 2009

³⁵⁷ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

³⁵⁸ De criteria in verband met sociale interacties en communicatie worden ingekort en gebundeld tot 'tekorten in sociale communicatie en sociale interactie' met daarnaast 'beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten'.

worden door aangeleerde strategieën. De differentiatie van criteria voor verschillende ontwikkelingsniveaus blijft verder eerder beperkt³⁵⁹.

- **Criteria ASS volgens DSM-5³⁶⁰**

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

- A. Persistente tekorten in sociale communicatie en sociale interactie, zich manifesterend in alle volgende:
 - 1. tekorten in de sociaal-emotionele wederkerigheid;
 - 2. tekorten in non-verbale communicatie gebruikt voor sociale interactie;
 - 3. tekorten in het ontwikkelen, onderhouden en begrijpen van relaties.
- B. Beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten, zich manifesterend in ten minste twee van de volgende:
 - 1. Stereotiepe of repetitieve motorische bewegingen, gebruik van voorwerpen of spraak;
 - 2. Aandringen op gelijkheid, inflexibel vasthouden aan routines of geritualiseerde patronen van verbaal of non-verbaal gedrag;
 - 3. Zeer beperkte, gefixeerde interesses die abnormaal zijn in intensiteit of focus;
 - 4. Hyper- of hypo-reactiviteit op sensorische input of ongewone interesse in zintuiglijke aspecten in de omgeving³⁶¹.
- C. De symptomen moeten aanwezig zijn in de vroege kindertijd (maar kunnen soms pas merkbaar worden wanneer sociale eisen de beperkte capaciteit overstijgen of gemaskeerd worden door aangeleerde strategieën in het latere leven)
- D. De symptomen leiden tot klinisch significante beperkingen in het sociaal, beroepsmatig functioneren of andere belangrijke terreinen van het huidig functioneren.
- E. De stoornissen worden niet beter verklaard door verstandelijke beperking of algemene ontwikkelingsvertraging. verstandelijke beperking en ASS komen frequent samen voor. Om comorbide diagnoses van ASS en verstandelijke handicap te stellen, moet de sociale communicatie lager zijn dan te verwachten voor het algemeen ontwikkelingsniveau.

³⁵⁹ Grant R. & Nozyce M., Proposed changes to the American Psychiatric Association diagnostic criteria for autism spectrum disorder: implications for young children and their families, *Matern Child Health*, Springer, New York, 2013

³⁶⁰ Zie ook Bijlage 25: Autisme Spectrum Stoornis in DSM-5.

³⁶¹ Dit is een opvallend nieuw toegevoegd (mogelijk) symptoom vanuit de vaststelling dat veel kinderen met ASS zintuiglijke prikkels anders aanvoelen dan kinderen zonder ASS. Zowel een verlaagde als een verhoogde gevoeligheid zijn mogelijk. Deze sensorische problemen kunnen zich op alle sensorische kanalen situeren

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

3.4 Prevalentie

Een epidemiologische overzichtsstudie vatte de prevalentiecijfers van ASS samen en kwam aan 0,62 %³⁶² van de bevolking³⁶³. Een literatuurstudie vermeldt een range van 0,25 tot 0,9 %³⁶⁴. ASS komt ongeveer vier keer meer voor bij jongens dan bij meisjes. De cijfers over het vóórkomen van ASS vertonen de laatste decennia een stijgende trend. De hogere cijfers zijn vooral te verklaren door een betere diagnostiek en door een verbreding van de definities en criteria. Vooral bij personen met een normale of grensnormale begaafdheid wordt ASS nu veel beter onderkend³⁶⁵.

3.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek

DSM-IV-TR liet niet toe dat naast een diagnose van een pervasieve ontwikkelingsstoornis bijvoorbeeld ook ADHD, DCD of taalontwikkelingsstoornis werd gediagnosticeerd. De DSM-5 laat meer combinaties van diagnoses toe waarmee het classificatiesysteem aansluit bij de bestaande consensus onder deskundigen dat neuropsychiatrische comorbiditeit frequent voorkomt bij personen met ASS. Er is evenwel relatief weinig onderzoek verricht op dit vlak. De gevonden percentages zijn ook moeilijk te vergelijken, want soms gaat het over autistische stoornis, soms over het hele spectrum en ook de leeftijd van de groep en de setting waarin het onderzoek werd uitgevoerd variëren sterk van studie tot studie. In een Britse studie³⁶⁶ bij 10 tot 14-jarigen met ASS en een gemiddeld IQ van 72,7 werd duidelijk dat in 70 % van de gevallen één comorbide psychiatrische stoornis kon worden vastgesteld en bij 41 % zelfs twee of meer. De meest voorkomende stoornissen waren sociale angststoornis (29,2%), ADHD (28,2%) en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (28,1%)³⁶⁷.

³⁶² Steekproefonderzoek in het kader van een masterproef geeft aan dat het aantal diagnoses ASS op het einde van de basisschool in Vlaanderen en Brussel op 1,4% ligt. Geerts E. & Heynink K., Prevalentie-onderzoek naar diagnoseverklaringen in het Nederlandstalig basisonderwijs in Vlaanderen en Brussel, Masterproef VUB Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, 2012

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

³⁶³ Elsabbagh M. et al., Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders, in: Autism research, John Wiley & Sons, New Jersey, 2012 (3), blz. 160-79

³⁶⁴ Renty J. & Roeyers H., Instrument voor Autisme Specifieke Kwaliteitsevaluatie, VVA & UGent, 2004 Roeyers, in VVA, 2007

³⁶⁵ Roeyers, Autisme: alles op een rijtje. Acco, Leuven, 2008

³⁶⁶ Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47, 921-929.

³⁶⁷ Hellemans H., Peeters W. & Roeyers H., Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornissen bij minderjarigen, VAPH, 2009

- **Angst**

Angst komt veel voor bij kinderen en jongeren met ASS. Vaak houdt de angst verband met sociale situaties waarin impliciete regels voor kinderen en jongeren met ASS onbegrijpelijk en onvoorspelbaar overkomen. Sociale situaties met weinig structuur, zoals groepsactiviteiten, vrije tijd, pauze, ... zijn vaak het moeilijkste. Verder kan het onverwacht moeten afwijken van een routine hen angstig maken, net als zintuiglijke prikkels zoals geluid en aanraking. Angst kan bovendien voortvloeien uit de concrete manier van denken. Kinderen en jongeren met ASS nemen humoristisch bedoelde uitspraken of dubbele bodems vaak letterlijk op. Ze hebben moeite om beeldspraak en spreekwoorden te begrijpen, bijvoorbeeld 'de nacht gaat vallen'. Een aantal van hen heeft last met de grens tussen fantasie en realiteit. Ze hebben het moeilijk om 'het relatieve' van iets in te zien of bijvoorbeeld bij het zien van iets engs op de televisie tegen zichzelf te zeggen: "het is niet echt" of "het is maar een film" en zo hun angst dempen.

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

- **Leerproblemen**

Leerlingen met ASS kunnen problemen krijgen met leren door hun specifieke informatieverwerkingsstijl³⁶⁸. Ze hebben dikwijls moeite om instructies te begrijpen en om kennis of vaardigheden uit de ene situatie toe te passen in de andere (generalisatie of transfer). Hun leren verloopt vaak fragmentarisch of stroef via ongewone steunpunten en sprongen. Zo zal de oplossingsweg, die bij een nieuwe taak gehanteerd is, erg dominant aanwezig blijven bij latere toepassingen. Daarom is het belangrijk dat nieuwe opdrachten meteen tot de correcte oplossingsweg kunnen leiden, bijvoorbeeld bij het aanleren van een nieuwe rekentechniek.

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

Velen onder hen hebben aandachtsproblemen of zijn hyperactief³⁶⁹, wat hun schoolse leren nog meer kan belemmeren. Ook faalangst en een laag

³⁶⁸ Zie ook Etiologie, Psychologische theorieën.

³⁶⁹ In de DSM-5 behoort, anders dan voorheen in de DSM-IV, comorbiditeit ASS en ADHD tot de mogelijkheden. Op jonge leeftijd kan ASS van ADHD onderscheiden worden door het abnormale oogcontact, beperkt gebruik van gebaren, vreemd gebruik van voorwerpen en ongewone

zelfvertrouwen spelen vaak een rol bij zwakke prestaties. Ze kunnen tevens problemen hebben met planning en organisatie.

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

- **Verstandelijke problemen**

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

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

- **Taalproblemen**

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

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

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

- **Motorische problemen**

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

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

- **ADHD**

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

- **Externaliserend probleemgedrag**

Problemen met het doseren van gevoelens of affect gaan samen met ASS, bijvoorbeeld woede-uitbarstingen. Deze kinderen en jongeren kunnen agressief en heel explosief gedrag vertonen. Hierbij zijn ze echter zelden gericht agressief om anderen te kwetsen en kunnen ze de sociale gevolgen van hun daden niet goed inschatten³⁷⁰.

Probleemgedrag bij veel kinderen met ASS is een graadmeter voor de mate van sensitiviteit en afstemming van de omgeving op het autistisch denken. Het doet zich vooral voor wanneer kinderen of jongeren met ASS gestresseerd zijn door overprikkeling, onvoorspelbaarheid, onduidelijkheid, ... en geen andere manier hebben om dat te uiten³⁷¹.

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

- **Medische problemen**³⁷²

Epilepsie komt vaak³⁷³ voor bij ASS. Bij kinderen met epilepsievarianten, die op jonge leeftijd zijn begonnen, zijn de ouders en zo de school meestal op de hoogte van de epilepsie. Maar vrij vaak treedt het eerste insult pas in de preadolescentie

³⁷⁰ Voor het onderscheid tussen reactieve en proactieve agressie, zie Gedragsproblemen en gedragsstoornissen, Definities en begrippen

³⁷¹ Vanderplasschen W. en Naert J. (red.), Wetenschappelijke evaluatie bij het protocol gedrags- en/of emotionele problemen, april 2013

³⁷² Gillberg C. & Peeters T., Autisme. Medisch en educatief. OCA & U. Göteborg, 1995

³⁷³ Bij 20 tot 29% van de adolescenten met ASS werd epilepsie vastgesteld. Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 429

of in de adolescentie op en dan is de leerkracht vaak de eerste die met de epilepsie wordt geconfronteerd.

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

3.6 Etiologie³⁷⁴

3.6.1 Biologische factoren

Op basis van de huidige stand van zaken van het genetisch en neurologisch onderzoek mogen we aannemen dat de gedragsdiagnose ASS een neurobiologische onderbouw heeft met een complex overervingsmechanisme waarbij meerdere genen op meer dan één chromosoom een rol kunnen spelen³⁷⁵. Op neurobiologisch niveau zijn er aanwijzingen voor een verstoring van de neuronale organisatie, de corticale connectiviteit en de neurotransmittertrajecten.

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

3.6.2 Psychologische theorieën³⁷⁶

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

- **Zwakke theory of mind**

De theory of mind-hypothese verwijst naar de normale ontwikkeling. Een jong kind verwerft spontaan het besef dat een ander, net als hijzelf, een eigen persoonlijke binnenkant heeft, een innerlijke wereld van ideeën en gevoelens. De vakterm voor die kennis is 'theory of mind'³⁷⁷. Het is de bekwaamheid om mentale toestanden zoals bedoelingen, wensen, kennis, meningen, ... toe te kennen aan zichzelf en

³⁷⁴ Zie Inleiding, Verschillende theoretische benaderingen en Roeyers H., Autisme: alles op een rijtje, Acco, Leuven, 2008

³⁷⁵ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 431-432

³⁷⁶ Roeyers H., Autisme, Alles op een rijtje, Acco, Leuven, 2008

³⁷⁷ Vermeulen P., Dit is de titel, EPO, Antwerpen, 1996

anderen. Deze bekwaamheid ontwikkelt vooral tijdens de kleutertijd en verbetert met de leeftijd.

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

- **Mogelijke voorlopers van theory of mind**

Jonge kinderen met ASS hebben problemen met imiteren. Ze vertonen tekorten in de imitatie van aangezichtsbewegingen, van lichaamsbewegingen en van handelingen met voorwerpen. Die imitatieproblemen kunnen vaak al vastgesteld worden vóór achttien maanden.

Ook zijn hun vaardigheden voor het delen van aandacht (joint attention) verstoord. Er werden soms al op de leeftijd van één jaar tekorten vastgesteld en dit op vlak van het volgen van iemands blik, het vragend wijzen en het voor het plezier wijzen om samen met iemand de aandacht voor een voorwerp te delen.

Imitatieproblemen bleken belangrijke voorspellers van ASS op latere leeftijd. Ze vormen een belangrijk aandachtspunt bij de vroegdiagnostiek en bij vroegtijdige interventies. De joint attention-vaardigheden zijn duidelijk verstoord bij kinderen met ASS. Toch is het geen alles-of-niets-verhaal. Het is belangrijker om oog te hebben voor de gebrekkige kwaliteit van het joint-attentiongedrag dan voor de aan- of afwezigheid van specifiek gedrag zoals wijzen.

- **Executieve disfuncties**³⁷⁸

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

- planning of het vermogen om vooruit te kijken vooraleer met de uitvoering van een taak te starten;
- werkgeheugen of de vaardigheid om informatie in het geheugen te houden bij het uitvoeren van complexe taken;
- metacognitie of het vermogen om een stap terug te doen en zichzelf en de situatie te overzien om te bekijken hoe men een probleem aanpakt;
- emotieregulatie of het vermogen om emoties te reguleren om doelen te realiseren, taken te voltooien of gedrag te controleren;

³⁷⁸ Zie Bijlage 12: Executieve functies

- taakinitiatie of het vermogen om zonder dralen aan een taak te beginnen, op tijd en op efficiënte wijze;
- flexibiliteit of het vermogen om tijdens een taak plannen te herzien en aan te passen aan veranderende omstandigheden.

Heel wat kinderen en jongeren met ASS hebben problemen met één of meerdere van deze functies, maar niet allemaal. Het executief disfunctioneren kan heel wat ASS-problemen verklaren, zoals beperkte interesses, stereotypieën en sociale tekorten, maar lang niet allemaal. Omdat de problemen met executieve functies voor deze leerlingen significant en aanhoudend lijken te zijn, bestaat er een grote behoefte aan langdurige en consistente interventies met betrekking tot executieve functies³⁷⁹.

- **Zwakke centrale coherentie**³⁸⁰

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

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

3.6.3 Transactionele factoren³⁸¹

Hoewel ASS en sterk genetisch bepaalde, levenslange stoornis is, kunnen omgevingsinvloeden wel impact hebben op de ernst van de symptomatologie en de ontwikkeling van het kind met ASS. Vroegtijdige detectie maakt vroege interventie

³⁷⁹ Ozonoff S. & Griffith E., Neuropsychological function and the external validity of Asperger syndrome, in: Klin, A., Volkmar, R. & Sparrow, S., Asperger syndrome Guilford Press, New York, 2000, blz. 72-96; Akshoomoff N., The neuropsychology of autistic spectrum disorder. Developmental neuropsychology, 27(3), 2005, blz. 307-310; Attwood T., Hulpvaardigheidsprofiel: de complete gids. Nieuwezijds, Amsterdam, 2007;

³⁸⁰ Vermeulen P., Dit is de titel, EPO, Antwerpen, 1996

³⁸¹ Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 431-432 en 437

mogelijk, evenals het maken van de nodige aanpassingen aan de omgeving van het kind. Dit helpt secundaire gedragsproblemen voorkomen die voor veel stress kunnen zorgen en elkaar op transactionele wijze versterken. Zo kunnen concrete richtlijnen voor de omgang met een kind met ASS er voor zorgen dat ouders zich (weer) competent voelen in hun ouderschap.

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

3.7 Beschermende factoren en prognose

Gezien de grote heterogeniteit binnen het autismespectrum van onder andere taal, cognitief functioneren, sociale interacties en gedrag, is het voorspellen van het verloop zeer moeilijk³⁸². Op niveau van de leerling zijn voorspellers voor de evolutie op langere termijn: de kwaliteit van de vroege taal- en spraakontwikkeling, de specifieke competenties, het begaafdheidsprofiel en de leeftijd waarop de diagnose werd gesteld. Zo is de aanwezigheid van communicatieve spraak op vijf jaar een gunstig aspect, evenals het hebben van een specifieke vaardigheid, bijvoorbeeld goed kunnen werken met computers. Ook vroege detectie en interventie verbeteren de prognose.

Leerlingen met ASS en een normale begaafdheid hebben wel een gunstiger onderwijsloopbaan, maar hun sociale handicap is ernstig en blijft levenslang aanwezig. Ze vertonen vaak denkstoornissen, bizarre ideeën, angst, dwang en socio-emotionele of gedragsproblemen. Als volwassene blijven ze specifieke moeilijkheden ervaren met de organisatie van hun leven, zoals huishouden, vrije tijd, budgettering, jobuitoefening, het maken van keuzes, overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkels, het ontwikkelen en in stand houden van vriendschap- en partnerrelaties, zich staande houden in onze wereld³⁸³. Vaak hebben ze levenslange supervisie en support nodig. Anderzijds kan hun alternatieve denkstijl ervoor zorgen dat mensen met ASS uitmunten in specifieke taken die precisie, gerichtheid op visuele detail, logica en striktheid vereisen. In die eigen manier van denken schuilt ook een aparte soort creativiteit die ons vanzelfsprekend coherentie-denken kan doorbreken³⁸⁴.

³⁸² Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 430

³⁸³ VVA. Autisme, een handicap met vele gezichten, Brochure van de Vlaamse Vereniging Autisme vzw, blz. 30, Zie www.pass-partout.be/velegezichten

³⁸⁴ Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

Bij een ernstige verstandelijke beperking én ASS blijken de stoornissen in de sociale sfeer, zoals ruiken aan mensen, ernstiger te zijn. Verder vindt men meer automutilatie en stereotypieën en meer en ernstigere taal- en gedragsstoornissen³⁸⁵.

Begaafde adolescenten met ASS zijn heel kwetsbaar voor bijkomende problemen. Op die leeftijd worden ze zich bewust van hun moeilijkheden en vaak krijgen ze te maken met meer stress, die een gevolg is van te hoge verwachtingen vanuit de omgeving. Te hoge verwachtingen kunnen resulteren in een bijkomende depressie maar ook aanleiding geven tot angststoornissen en bijgevolg een meer negatieve prognose³⁸⁶.

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

³⁸⁵ Mulders M. (red.), Autisme: aanpassen en veranderen, Handboek voor de ambulante praktijk, Van Gorcum, Assen, 1996

³⁸⁶ Vermeulen, P., Beter vroeg dan laat, EPO & VVA, Antwerpen, 2002

4. Gedragsproblemen en gedragsstoornissen³⁸⁷

4.1 Verschijningsvorm³⁸⁸

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

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

Om onderscheid te maken tussen problematisch gedrag en een gedragsstoornis, moet ook de opvoedingscontext in kaart worden gebracht. Indien opstandig en/of agressief gedrag zich bijvoorbeeld enkel voordoet tegenover de ouders en niet tegenover andere autoriteitsfiguren, kan het om een interactieprobleem binnen het gezin gaan. Ook in de normale ontwikkeling falen kinderen regelmatig bij het nakomen van ouderlijke verzoeken³⁸⁹. Bij een antisociale gedragsstoornis daarentegen gaat het om aanhoudend antisociaal gedrag met impact op het schoolse en sociale functioneren³⁹⁰.

Vooraleer het vermoeden van een gedragsstoornis te formuleren, is het eveneens aangewezen om de ruimere sociale en economische context waarin dit gedrag vertoond wordt, in overweging te nemen³⁹¹. Het wangedrag van sommige jongeren kan een aanpassing zijn (geweest) aan een deviante omgeving, eerder dan een symptoom van een gedragsstoornis. Zo kan agressief reageren voortvloeien uit de noodzaak om zichzelf te verdedigen in hoogcriminele buurten of een overlevingsstrategie geweest zijn van jongeren die opgroeiden in oorlogsgebied.

³⁸⁷ Onder 'gedragsstoornis' begrijpen we in dit protocol de oppositioneel-opstandige en de antisociale gedragsstoornis.

³⁸⁸ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

³⁸⁹ Webster-Stratton & Herbert, 1994 in: Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence*. Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 171

³⁹⁰ Van Lieshout T., *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 223

³⁹¹ Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence*, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 299

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

Kinderen en jongeren met een gedragsstoornis verschillen onderling sterk, maar het 4

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

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

Hieronder bespreken we de verschillende wijzen waarop gedragsmoeilijkheden tot uiting kunnen komen doorheen de ontwikkeling van kinderen en jongeren. We inspireren ons daarbij op het vierfasenmodel zoals beschreven door Patterson waarbij een coërcief/dwingend gedragspatroon tussen kind en ouders uit de kleutertijd in de lagere school kan worden uitgebreid naar de interactie met andere volwassenen en in de adolescentie kan evolueren naar antisociaal gedrag³⁹². De beschrijving van dit traject hoeft niet te betekenen dat kinderen of jongeren die de eerste stap zetten, ook alle daaropvolgende stappen nemen. Het model geeft aan wat mogelijke factoren zijn waarop kan ingegrepen worden om een ontwikkelingspad te verlaten of om te buigen. Patterson zet daarbij sterk in op het verbeteren van de ouderlijke vaardigheden³⁹³.

4.1.1 De peuter- en kleutertijd

Een peuter/kleuter groeit in zelfstandigheid en creëert afstand, dit zowel fysiek als psychologisch. Hij wordt ongehoorzaam, reageert meer met verzet of gedraagt zich opstandig. Zo traint hij zijn onafhankelijkheid, terwijl hij zich wel op zijn hechtingsfiguur blijft oriënteren als op een veilige haven. De toenemende noodzaak van begrenzing leidt vaak tot botsingen en stelt de opvoedingsrelatie voor nieuwe uitdagingen. Kleine kinderen leren immers heel snel hoe ze met 'dwinggedrag'³⁹⁴ als aandringen en zeuren, hun zin kunnen doordrijven.

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

³⁹² Peeters J., *Antisociale jongeren*, Garant, Antwerpen, 2003

³⁹³ Zie ook *Etiologie, transactionele factoren*

³⁹⁴ Zie ook *Definities en begrippen, coërcief gedrag of dwinggedrag*

Het kind op zijn beurt voelt zich afgewezen en is niet meer gemotiveerd om gewenst gedrag te stellen. De negatieve sfeer en het negatief interactiepatroon laten niet toe dat het kind zich voldoende veilig kan hechten³⁹⁵.

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

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

4.1.2 De lagere schooltijd

In de lagere schooltijd wint de leeftijdsgroep aan belang. Samen delen, elkaar helpen en ander sociaal gedrag nemen toe, terwijl fysieke agressie afneemt. De relatievaardigheid van een kind wordt vooral gekenmerkt door toenemende sociale perspectiefneming, toenemende sociale problem-solving en toenemende empathie³⁹⁶. Het kind leert om situaties te bekijken vanuit uiteenlopende standpunten waarbij de rechten en gevoelens van anderen in rekening worden gebracht. Deze perspectiefneming is fundamenteel voor de morele ontwikkeling en empathie en kan de neiging om zich op een agressieve en antisociale manier te gedragen tegengaan. Aanvaarding door leeftijdgenoten gaat de gedrags- en emotionele ontwikkeling beïnvloeden. Wie verworpen wordt, om welke reden dan ook, loopt een ernstig ontwikkelingsrisico. Eens uitgesloten, is er een verhoogde kans dat het kind leeftijdgenoten gaat mijden en zo steeds meer geïsoleerd raakt. Zijn kansen om sociaal competent gedrag te leren nemen af.

Kinderen die in interactie met hun ouders geleerd hebben om begrenzing van hun gedrag via dwingend gedrag te ontwijken, gebruiken dit dwingend gedrag ook buitenshuis. De omgeving reageert hierop negatief en er ontstaat een nieuwe spiraal van negativiteit. Door ook op school³⁹⁷ de regels naar zijn hand trachten te zetten en zijn zin door te drijven, wordt het kind afgewezen door de meer sociaal aangepaste leeftijdgenoten.

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

³⁹⁵ Zie Definities en begrippen, Gehechtheid

³⁹⁶ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

³⁹⁷ Er is een hoge correlatie (.73) tussen gedragsproblemen thuis en op school.

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

Binnen een dwingend interactiepatroon oefent het kind onvoldoende in emotionele zelfcontrole. Het leert enkel met agressie reageren op moeilijkheden in relationele situaties. Het ontwikkelt een lage frustratietolerantie en weinig doorzettingsvermogen. Door zijn beperkte gedragsrepertorium heeft het problemen om positieve relaties aan te gaan. Vaker dan andere kinderen zal dit kind sociale situaties verkeerd interpreteren en er inadequaat op reageren³⁹⁸.

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

4.1.3 De adolescentie

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

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

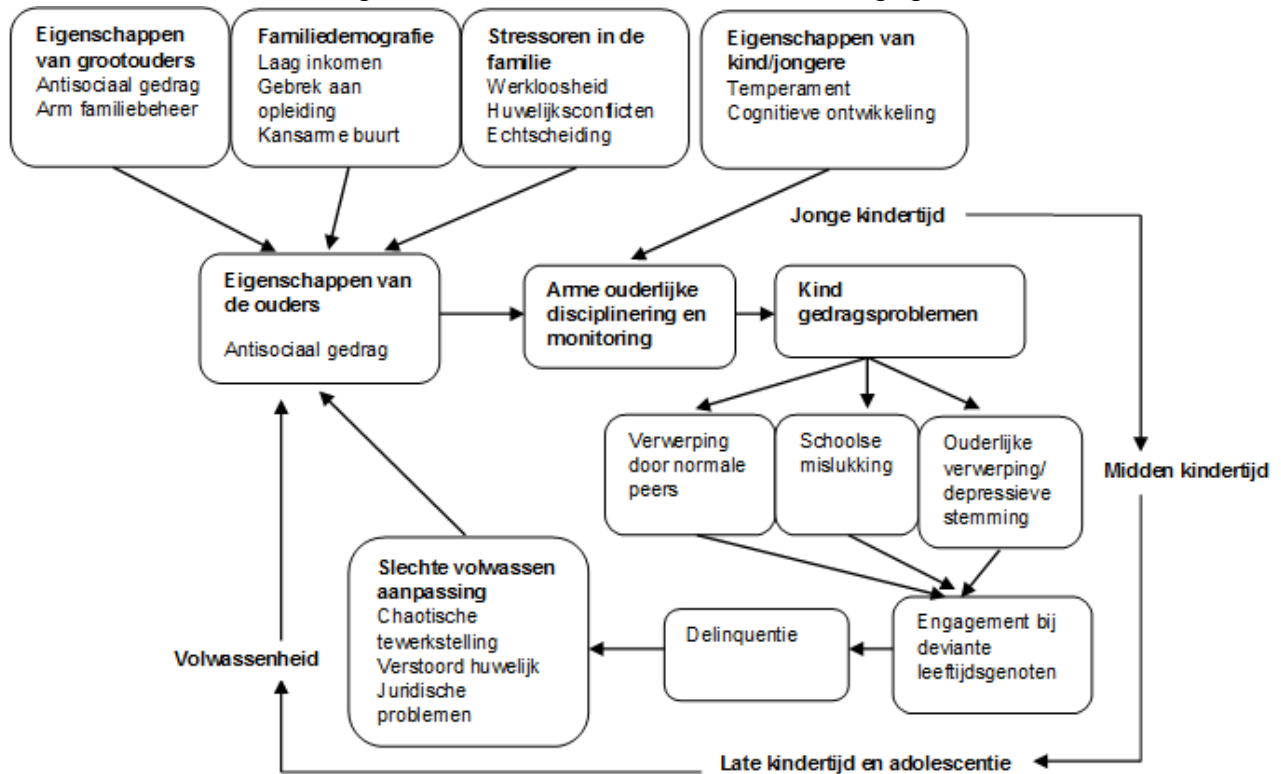
Zo wordt doorheen de adolescentie het verschil met sociaal aangepaste leeftijdsgenoten alsmaar groter. De jongere geraakt van hen geïsoleerd, waardoor hem opnieuw de kans ontnomen wordt om sociale vaardigheden te leren.

Doordat het antisociaal gedrag volwassenen vaak confronteert met hun handelingsonbekwaamheid, wordt de jongere ongemoeid gelaten, wat zijn gedrag alleen maar versterkt. Thuis is er niet zelden sprake van ouderlijke verwerping. Op

³⁹⁸ Zie ook Etiologie, Psychologische factoren, Sociale informatieverwerking

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

Model naar Patterson van de ontwikkeling van een antisociale gedragsstoornis waarbij tevens de circulaire intergenerationale invloeden worden aangegeven³⁹⁹



³⁹⁹ Wenar C. & Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 326 zie ook http://www.vlor.be/sites/www.vlor.be/files/pdf_04.pdf

4.2 Definities en begrippen

Gedragsstoornis⁴⁰⁰

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

- oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, in het Engels 'Oppositional Defiant Disorder' of ODD
- antisociale gedragsstoornis⁴⁰¹, in het Engels 'Conduct Disorder' of CD

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

Coërcief gedrag of dwinggedrag⁴⁰²

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

Vormen van dwinggedrag zijn:

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

Oppositieel-opstandig gedrag⁴⁰³

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

De term 'oppositieel-opstandig gedrag' verwijst naar het geheel van mogelijke gedragingen die in de DSM gelinkt worden aan een oppositieel-opstandige gedragsstoornis of ODD. In de DSM-IV-TR wordt dit beschreven als een patroon van negativistisch, vijandig of openlijk ongehoorzaam gedrag. De DSM-5 behoudt de symptomen maar maakt duidelijker het onderscheid tussen stemming en gedrag: 'a pattern of angry/irritable mood, argumentative/defiant behavior, or vindictiveness'⁴⁰⁴.

⁴⁰⁰ ICD-10 (zie codes F.91.0 en volgende) en DSM-5 (zie codes 313.81 en 312.81, 312.82, 321.89)

⁴⁰¹ Een vertaling van Conduct Disorder als 'gedragsstoornis' scheidt verwarring tussen de overkoepelende categorie en de specifieke stoornis.

⁴⁰² Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

⁴⁰³ Matthys W., Gedragsstoornissen bij kinderen, Hogrefe, Amsterdam, 2011, 7-10

⁴⁰⁴ Mogelijk te vertalen als 'een patroon van boze/prikkelbare stemming, dwars/uitdagend gedrag of wraakzuchtig gedrag'.

Prosociaal gedrag⁴⁰⁵

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

Antisociaal gedrag⁴⁰⁶

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

Delinquent gedrag⁴⁰⁷

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

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

Agressief gedrag

Agressief gedrag kan beschouwd worden als een vorm van antisociaal gedrag. Het is bedoeld om anderen schade te berokkenen⁴⁰⁸ en is steeds opzettelijk en intentioneel. Het indelen van agressief gedrag volgens uitingvorm of functie kan aanknopingspunten bieden voor het handelen⁴⁰⁹.

⁴⁰⁵ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

⁴⁰⁶ Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, 529-538

⁴⁰⁷ Uit Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000, blz. 117

⁴⁰⁸ Anderson & Bushman, 2002 in: Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationele agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties, in Kind en adolescent review, Jaarboek 7, Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, 2007-2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, blz. 99

⁴⁰⁹ Prins, 1994, in: Van Manen T., Zelfcontrole, Een sociaal-cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010, blz. 14

Uitingsvormen van agressie:

- Fysieke agressie: het beschadigen van een andere persoon of een voorwerp door lichamelijk geweld zoals slaan, stompen, schoppen of vernielen⁴¹⁰;
- Verbale agressie: anderen wordt schade toegebracht via woorden en taalgebruik door bijvoorbeeld iemand openlijk te beledigen, te schelden of te bedreigen⁴¹¹;
- Relationele agressie: het beschadigen van andermans relaties, van het gevoel van erbij te horen, van aanvaarding of vriendschap door bijvoorbeeld roddels te verspreiden, iemand bewust te negeren of te dreigen de vriendschap te verbreken indien de ander niet doet wat men vraagt⁴¹².

Functies van agressie⁴¹³:

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

Spijbelen⁴¹⁴

Ongeoorloofd schoolverzuim kan onderverdeeld worden in:

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

⁴¹⁰ Crick & Grotpeter, 1995 in: Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationele agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties in Kind en adolescent review, Jaarboek 7, Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, 2007-2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, blz. 99

⁴¹¹ Xie e.a. in: Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationele agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties, in: Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 2007/2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2007, blz. 99

⁴¹² Crick, 1996; Crick, Bigbee, & Howes, 1996; Crick & Grotpeter, 1995 in: Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 2007/2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2007, blz. 100

⁴¹³ Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, 529-538 en Dodge, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 234

⁴¹⁴ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen/wat_is_spijbelen.htm

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

Externaliserend probleemgedrag

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

Internaliserend probleemgedrag

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

Gehechtheid⁴¹⁵

Gehechtheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een relatief duurzame affectieve relatie met één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig contact heeft. Op basis van vroege ervaringen met verzorger(s) ontwikkelt een kind een hechtingssysteem⁴¹⁶ als een intern werkmodel waarin alle eerste emotionele ervaringen worden opgeslagen en verwerkt. Dit werkmodel verschaft het kind een leidraad en een basis voor latere interacties met zijn omgeving. Dit betekent evenwel niet dat het gaat om een niet te beïnvloeden kenmerk van een individu. In de loop van het leven en in interactie met de omgeving wordt het hechtingssysteem regelmatig aangevuld en bijgesteld. Anderzijds fungeert het werkmodel ook als een filter waarbij nieuwe informatie die sterk afwijkt van het huidige model, kan worden vervormd of uitgesloten.

Bij het ontstaan van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, is de kwaliteit van de gehechtheid een factor die andere risicofactoren versterkt⁴¹⁷. Voor een verband tussen kwaliteit van de gehechtheid en het ontstaan van een antisociale gedragsstoornis is geen evidentie gevonden⁴¹⁸.

⁴¹⁵ Bowlby en Ainsworth worden beschouwd als pioniers op het terrein van gehechtheid. Vanderploeg J.D., *Behandeling van gedragsproblemen, initiatieven en inzichten*, Lemniscaat, Rotterdam, 2005, 156-158 en Prins P. & Braet C., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 9

⁴¹⁶ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

⁴¹⁷ Speltz et al., 1995, in: Wenar C. en Kerig P. *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition*. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 171

⁴¹⁸ Greenberg, Speltz & Deklyen, 1993 in: Wenar C. en Kerig P. *Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition*. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 318

4.3 Criteria⁴¹⁹

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

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

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

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

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

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

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

⁴¹⁹ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013, codes 313.81 en 312.81, 312.82, 321.89

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

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**⁴²⁰

Er is sprake van ODD wanneer een kind langer dan zes maanden een patroon vertoont van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag⁴²¹ dat zich kenmerkt door bijvoorbeeld veelvuldige driftbuien, vaak ruziën met volwassenen, vaak actief weigeren de verzoeken van gezagsfiguren in te willigen, vaak opzettelijk hinderen van anderen, ... Dit gedrag doet zich voor in de interactie met ten minste één persoon die geen broer of zus is.

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

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

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

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

- **Antisociale gedragsstoornis**⁴²²

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

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

⁴²⁰ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁴²¹ De Engelse versie van DSM-5 spreekt van 'a pattern of angry/irritable mood, argumentative/defiant behavior or vindictiveness', mogelijk te vertalen als 'een patroon van boze/prikkelbare stemming, dwars/uitdagend gedrag of wraakzuchtig gedrag'.

⁴²² American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

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

Indien mogelijk kan er gespecificeerd worden dat de CD samengaat met beperkte pro sociale emoties, met name gebrek aan spijt of schuld; hardvochtigheid - gebrek aan empathie; onverschilligheid over prestaties of vlak of gebrekkig affect.

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

4.4 Prevalentie

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**

De prevalentiecijfers van de oppositieel-opstandige gedragsstoornis bij kinderen en jongeren schommelen tussen 1,8 en 6%⁴²³. Het verschil in prevalentie tussen jongens en meisjes is onduidelijk. Sommige studies wijzen in de richting van hoger voorkomen bij jongens dan bij meisjes, andere geven vergelijkbare prevalenties. Overigens zijn deze prevalentie-onderzoeken gebaseerd op de DSM-IV-TR criteria waarbij ODD niet werd gediagnosticeerd als voldaan was aan de criteria voor CD.

- **Antisociale gedragsstoornis**

De prevalentie van een antisociale gedragsstoornis bij kinderen en jongeren wordt geschat tussen 1,5 en 5,4%⁴²⁴.

Deze stoornis komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. Men schat dat ongeveer 9 % van de jongens en 2 % van de meisjes onder de 18 jaar voldoen aan de criteria van een antisociale gedragsstoornis⁴²⁵. Het sekseverschil neemt af in de adolescentie omwille van toenemend antisociaal gedrag onder meisjes en door de indirecte vormen van agressie mee in rekening te nemen. Jongens met een gedragsstoornis zouden vaak evolueren naar delinquentie, terwijl meisjes op latere leeftijd vaker een andere psychiatrische stoornis ontwikkelen⁴²⁶

⁴²³ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

⁴²⁴ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

⁴²⁵ Verhulst, F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2002, blz. 66.

⁴²⁶ Comité Bijzondere Jeugdzorg Brugge (red.), Probleemgedrag op school, Garant Leuven, 2000, blz. 69

4.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek

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

Lange tijd werd ODD als 'milde' vorm en mogelijke voorloper van CD beschouwd. Recent onderzoek suggereert evenwel dat het gaat om twee te onderscheiden stoornissen⁴²⁷. De symptomen van CD zijn allemaal externaliserend van aard, terwijl de symptomen van ODD heterogener zijn.

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

- **Gedragsstoornissen en ADHD**

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

ODD en/of CD komen vaak⁴²⁸ samen voor met ADHD. Sommige wetenschappers⁴²⁹ wijzen op een mogelijk oorzakelijk verband tussen ADHD en de ontwikkeling van een gedragsstoornis. De kwetsbaarheid van kinderen met ADHD voor ODD en/of CD kan te maken hebben met hun impulsiviteit, beïnvloedbaarheid en/of een tekort aan emotieregulatie.

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

- **Gedragsstoornissen en depressie**

Volgens de DSM-5 is de diagnose ODD niet mogelijk bij een depressieve stoornis⁴³⁰.

⁴²⁷ Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 204

⁴²⁸ De comorbiditeit wordt geschat op 40 tot 60%. Lahey B.B. et al., Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In: Quay H.C. & Hogan A.E. (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders, Kluwer, New York, 1999, 23-48

⁴²⁹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

⁴³⁰ Het gaat daarbij zowel om 'Major Depressive Disorder' en 'Persistent Depressive Disorder' als de nieuw opgenomen classificatie 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder'.

Comorbiditeit van antisociale gedragsstoornis (CD) en depressie kan wel en zou vrij vaak voorkomen, zij het meer bij jongens dan bij meisjes. Kinderen en jongeren met deze comorbide stoornissen gedragen zich ongeveer op dezelfde wijze als kinderen met een gedragsstoornis waardoor de depressie door de gedragsstoornis gemaskeerd kan worden⁴³¹. Maar ook het omgekeerde kan voorkomen wanneer de omgeving vooral de depressieve kenmerken problematiseert en hulpverleners de emotionele moeilijkheden als oorzaak van de gedragsmoeilijkheden beschouwen. Patterson gaat hier in zijn vierfasenmodel⁴³² tegenin en stelt dat de negatieve spiraal waarin een kind met dwingend gedrag zowel thuis als op school terechtkomt, kan uitmonden in emotionele moeilijkheden en uiteindelijk een depressieve stoornis. Behandeling van de stemmingsproblemen zal dan weinig opleveren wanneer het antisociale gedrag niet rechtstreeks wordt aangepakt⁴³³.

- **Gedragsstoornissen en angststoornis**

Een angststoornis gaat vaak samen met een gedragsstoornis. Kinderen met een antisociale gedragsstoornis hebben in 20 tot 30 % van de gevallen een comorbide angststoornis. Bij kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis bedraagt de comorbiditeit 60 %⁴³⁴.

4.6 Etiologie

4.6.1 Biologische factoren⁴³⁵

Hoewel nog steeds wordt aangenomen dat gezinsfactoren een groter aandeel hebben dan erfelijkheid in de ontwikkeling van een gedragsstoornis⁴³⁶, is er de laatste jaren meer aandacht voor de genetische en biologische kenmerken die een kind meer of minder kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van antisociaal en agressief gedrag. Deze genetische invloed is sterker naarmate de omgeving inadequaet op deze kwetsbaarheid inspeelt. Zo hebben kinderen met een risico op een gedragsstoornis

⁴³¹ Kimonis & Frick, 2006; Wolff & Ollendick, 2007 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

⁴³² Zie ook Verschijningsvorm

⁴³³ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003, blz. 36

⁴³⁴ Greene, 2006 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

⁴³⁵ Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 193-207; Matthys W., Nieuwe inzichten in gedragsstoornissen bij kinderen, Afscheidsrede, Universiteit Utrecht, 13 december 2011 en Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, 529-538

⁴³⁶ Baard e.a., 2007 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 225

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

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

Neurobiologisch onderzoek bij kinderen en adolescenten met gedragsstoornissen laat zien dat verschillende gebieden van de hersenen niet optimaal functioneren⁴³⁷. Stoornissen in executieve functies als aandacht, responsinhibitie, flexibiliteit zorgen ervoor dat de probleemoplossing niet optimaal verloopt waardoor het leren gebruik maken van de cognitieve aan- en bijsturing van het gedrag wordt belemmerd. Daarnaast wordt de koppeling tussen gedrag en de positieve of negatieve gevolgen ervan minder goed gemaakt. Dit belemmert zowel het aanleren van adequaat sociaal gedrag als het afleren van inadequaat sociaal gedrag. Problemen in de werking van belonende signalen kan er ook voor zorgen dat jongeren alledaagse sociale interacties onvoldoende bevredigend ervaren en spanning gaan opzoeken door middel van regelovertredend gedrag en middelengebruik.

4.6.2 Psychologische factoren⁴³⁸

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

- **Executieve disfuncties⁴³⁹**

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

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

⁴³⁷ De meeste neurobiologische onderzoek worden uitgevoerd bij kinderen vanaf acht jaar. Aangezien het functioneren en zelfs de structuur van neurobiologische systemen beïnvloed wordt door ervaringen, moet ermee rekening gehouden worden dat de verschijnselen voor een deel het gevolg kunnen zijn van negatieve ervaringen van deze kinderen in hun omgeving.

⁴³⁸ Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence*, Fifth Edition, Mc Graw-Hill International Edition, 2006.

⁴³⁹ Zie Bijlage 12: Executieve functies

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

Beperkingen in één of meerdere van deze functies lijken mee te spelen in de ontwikkeling van een oppositioneel-opstandige en/of antisociale gedragsstoornis. Gezien de hoge comorbiditeit (en moeilijke differentiaaldiagnostiek) van gedragsstoornissen en ADHD is het niet steeds uit te maken of de beperkingen in executieve functies kunnen gelinkt worden aan ODD of CD dan wel aan ADHD.

Ook zonder een diagnose ADHD blijken kinderen met een gedragsstoornis evenwel beperkingen te hebben in hun responsinhibitie, met name wanneer er motivatie (beloning en straf) in het spel is. Zo houden ze aangeleerd gedrag langer vol wanneer dit niet langer beloond wordt, maar wel bestraft⁴⁴⁰.

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

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

- **Sociale informatieverwerking**⁴⁴¹

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

Bij kinderen en jongeren met een gedragsstoornis zijn er tekorten en vervormingen in de sociale informatieverwerking. Hun 'theory-of-mind'⁴⁴² is zwak waardoor

⁴⁴⁰ Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 193-207

⁴⁴¹ Wenar C. & Kerig P., Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 316

⁴⁴² Theory of mind, of ToM, is het menselijk vermogen om zich een beeld te vormen van het perspectief van een ander en indirect ook van zichzelf. Men maakt gebruik van ToM wanneer men beschrijft wat een ander ziet, voelt of denkt vanuit zijn perspectief. ToM wordt vaak aangehaald om problemen van mensen met ASS te duiden maar kan ook inzicht geven in beperkingen bij andere problematieken.

andermans gedrag enkel vanuit de eigen beleving wordt beschouwd en ze tot foutieve inzichten komen⁴⁴³. Kinderen en jongeren met een gedragsstoornis interpreteren een situatie vaker als bedreigend, kennen vaker vijandige bedoelingen toe aan anderen en zijn minder gevoelig voor signalen die deze interpretatie zouden kunnen ontkrachten. Op basis van hun foute veronderstellingen misinterpreteren zij wat ze meemaken en overreageren zij erop. Bovendien hebben zij positieve verwachtingen ontwikkeld over de gevolgen van het gebruik van agressie waardoor dit hun voorkeur krijgt als oplossingsstrategie van interpersoonlijke problemen.

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

- **Middelengebruik**

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

4.6.3 Transactionele factoren⁴⁴⁴

- **Ouderlijke vaardigheden**

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

Patterson onderscheidt vijf cruciale ouderlijke vaardigheden:

⁴⁴³ Baron-Cohen, 1995, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 135

⁴⁴⁴ Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

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

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

Ouders die het ongewenste gedrag van hun kinderen bestempelen als intentioneel en kwaadwillig of zichzelf zien als hulpeloos en incompetent om hiermee om te gaan, reageren harder op hun kinderen en zullen dus meer ongewenst gedrag uitlokken⁴⁴⁵. Het ongehoorzaam gedrag dus wordt mogelijk versterkt door de aandacht van de ouders die er aan gegeven wordt, ook al is het negatieve aandacht in de vorm van boosheid en bestraffing.

In gezinnen met een kind met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis blijken de ouders negatiever en kritischer te staan tegenover hun kinderen dan andere ouders. Ze maken meer gebruik van dreigementen en boosheid, vitten meer op hun kinderen en geven hun kinderen duidelijk meer opdrachten en instructies terwijl ze het kind niet genoeg tijd geven om te kunnen voldoen aan hun verzoeken⁴⁴⁶.

• **Andere contextfactoren**

Behalve ouderlijke vaardigheden zijn er nog heel wat factoren in de context die van invloed kunnen zijn op het antisociaal gedrag van jongeren. Zo onderzocht

⁴⁴⁵ Geller & Johnston, 1995, in: Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition*, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz.172

⁴⁴⁶ Webster-Stratton & Hancock, 1998, in: Wenar C. & Kerig P., *Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Fifth Edition*, Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz.171

Patterson⁴⁴⁷ stress, gezinsovergangsfasen, kwaliteit van de echtelijke relatie, lage sociaal-economische status, negatieve grootouderlijke invloed, invloed van criminogene buurten en kenmerken van ouders zelf zoals antisociaal gedrag, depressiviteit, middelengebruik en een algemeen vermijdend gedrag.

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

4.7 Beschermende factoren

De beschermende factoren in kind en omgeving worden zijn te vinden in een gemeenschappelijke bijlage⁴⁴⁸ met een overzicht van beschermende factoren bij gedrags-, stemmings- en angstproblemen/stoornissen.

4.8 Verloop en prognose

- **Oppositieel-opstandige gedragsstoornis**

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

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

Onderzoek geeft aan dat de ontwikkeling van CD samenhangt met de cluster gedragsymptomen, terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis gelinkt is aan het voorkomen van symptomen uit de emotionele cluster. De kans op het ontwikkelen van een andere stoornis zou kleiner worden als de symptomen van ODD dusdanig afnemen dat de diagnose niet meer kan worden gesteld. Dit onderstreept het belang van vroege diagnostiek en behandeling⁴⁴⁹.

⁴⁴⁷ Zie eerder, Verschijningsvorm, Pattersons Model van de ontwikkeling van een antisociale gedragsstoornis

⁴⁴⁸ Zie Bijlage 27: Beschermende factoren bij gedrags-, depressieve en angstproblemen/stoornissen

⁴⁴⁹ Matthys W., Gedragsstoornissen bij kinderen, Hogrefe, Amsterdam, 2011

Een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis is moeilijk te behandelen, omdat⁴⁵⁰:

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

Jongeren met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis waarbij de eventuele agressie meer van reactief-impulsieve aard is, zijn beter te behandelen dan jongeren waarbij de agressie instrumenteel berekenend is, omdat zij nog wel gevoelig zijn voor emoties bij zichzelf en anderen. Hierdoor zijn zij gemakkelijker te trainen om anders met sociale situaties om te gaan⁴⁵¹.

• Antisociale gedragsstoornis

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

- Vroege starters

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

- Late starters

'Late starters' zijn jongeren met een antisociale gedragsstoornis, die voor hun tiende levensjaar geen kenmerken van een gedragsstoornis vertoonden. Deze jongeren hebben meer vaardigheden op sociaal- en leergebied ontwikkeld, waardoor de kans bij hen groter is dat het probleemgedrag beperkt blijft tot de adolescentie, bijvoorbeeld omdat contact met antisociale leeftijdsgenoten afneemt⁴⁵². Anderzijds kunnen ook late starters hun gedrag voortzetten en een

⁴⁵⁰ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 227

⁴⁵¹ Verkes, 2008 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 228

⁴⁵² Berd e.a., 2007, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 222

antisociale persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen. Dit risico is groter wanneer een jongere individueel antisociaal gedrag vertoont.

Tijdens de adolescentiefase is het moeilijk te bepalen tot welke groep een jongere behoort⁴⁵³. In de DSM-5 werd dan ook een type met een 'niet gespecificeerd begin' toegevoegd.

⁴⁵³ Vermeiren, R., in: Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. & Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen, of, kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003, blz. 193

5. Stemmingsproblemen en depressieve stoornissen

5.1 Verschijningsvorm⁴⁵⁴

Een depressieve stemming is het onvermogen om plezier te beleven en gaat samen met een vermindering aan interesse en motivatie. Wanneer schommelingen in stemming of depressieve gevoelens abnormaal lang duren of ongewoon intens zijn, kan aan een depressieve problematiek⁴⁵⁵ worden gedacht. Hoewel kinderen en jongeren met een depressie soortgelijke kernsymptomen (verlies aan interesse, plezier en motivatie) hebben, kunnen er zich toch leeftijdsgebonden manifestaties ontwikkelen, afhankelijk van het ontwikkelingsniveau⁴⁵⁶ en de fase gebonden ontwikkelingstaken⁴⁵⁷ van het kind of de jongere⁴⁵⁸. Daarom geven we het beeld weer van hoe depressie zich toont per leeftijdsfase. De verschijningsvorm zal daarnaast afhankelijk zijn van de ernst van de stoornis en de context waarin het kind of de jongere zich bevindt.

Ongeacht de leeftijd laten bepaalde signalen vermoeden dat er een verandering is ten opzichte van eerder functioneren. Ingrijpende levenservaringen kunnen hierbij een rol spelen zoals blijvende scheiding van een hechtingsfiguur, ernstige ziekte van het kind zelf, Na een verlieservaring⁴⁵⁹ zijn plotse gedragsveranderingen vaak heel typerend signaalgedrag dat aangeeft dat het kind moeite ervaart bij de verwerking van het verlies. Mogelijke reacties en gevolgen zijn: overmatige angst, verdrietige uitstraling, norsheid, hulpeloos gedrag, overactiviteit, veel huilen, opnieuw bedplassen of duimzuigen, plots stotteren, agressief gedrag, vernielzuchtig gedrag, concentratiestoornissen, lagere schoolresultaten, eetproblemen, slaapproblemen, angstdromen, lichamelijke klachten, automutilatie en wegvluchten in fantasie- en droomwereld. Dit gedrag kan jaren na een ernstige verlieservaring optreden.

Om te kunnen spreken van depressie moeten meerdere kenmerken aanwezig zijn. Het gedrag wordt gekenmerkt door de typische symptomen⁴⁶⁰ die gedurende het grootste

⁴⁵⁴ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁴⁵⁵ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 133

⁴⁵⁶ Zie in dit hoofdstuk bij de bespreking van de leeftijdsperiodes

⁴⁵⁷ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁴⁵⁸ Wetenschappelijke feedback van Caroline Braet, Ellen Moens, Leentje Vervoort, Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheden- en Sociale Psychologie, UGent

⁴⁵⁹ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

⁴⁶⁰ Bijlage 29: Kenmerken van een depressie

deel van de dag en bijna elke dag voorkomen⁴⁶¹. Vaak treden bij een depressieve stemming ook gedrags- en angstproblemen op^{462 463}.

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

5.1.1 De babytijd

Al in de babytijd zijn temperamentverschillen op te merken zoals een rustige of meer actieve ingesteldheid. Daarnaast is een cruciale ontwikkelingstaak van de babytijd het tot stand brengen van veilige hechtingsrelaties. De kwaliteit van de hechting speelt een rol in de verdere ontwikkeling. Hechting, die gepaard gaat met een gevoel van veiligheid, levert een stevige basis voor een gezonde emotionele, persoonlijke en sociale ontwikkeling. Hechting die gepaard gaat met onveiligheid, maakt de baby tot een kwetsbare peuter en kleuter. Het vermindert zijn bekwaamheid om toekomstige ontwikkelingstaken, op het vlak van initiatief nemen en sociale relaties, de baas te worden⁴⁶⁴.

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

5.1.2 De peuter- en kleutertijd

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

⁴⁶¹ Verhulst FC., Verheij F & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007, blz. 349

⁴⁶² Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 379

⁴⁶³ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 133

⁴⁶⁴ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

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

De kleuter staat voor de uitdaging zijn gedrag en gevoelens effectiever te reguleren. Zijn emotionele competentie maakt sprongen en wordt ondersteund door zijn taal, zelfbeeld en voorstellingsvermogen. Vanuit een groter zelfbesef ontwikkelt hij nieuwe emoties zoals schaamte, schuld, verlegenheid en fierheid. Zijn begrip van emoties verbetert, waardoor hij ze beter kan verwoorden en gepaster kan reageren op emotionele signalen van anderen. Geleidelijk ontwikkelt zijn sociale perspectiefneming, de vaardigheid om zich de innerlijke wereld van anderen voor te stellen. Empathie ontluikt en dient als een motivator voor sociaal, altruïstisch gedrag⁴⁶⁵.

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

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

In de separatie-individuatiefase⁴⁶⁶ uiten de depressieve peuters hun symptomen vooral in de vorm van separatieangsten⁴⁶⁷.

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

5.1.3 De lagere schooltijd

In deze periode verwerft een normaal ontwikkelend kind vele (hand)vaardigheden waarmee het een gevoel van competentie kan opbouwen⁴⁶⁸. Hij geeft zijn activiteiten

⁴⁶⁵ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁴⁶⁶ De separatie-individuatie fase vindt plaats bij benadering tussen de 5^e en de 36^e maand waarbij het kind psychisch meer loskomt uit de symbiotische relatie met de moeder en meer een eigen identiteit ontwikkelt met het besef een eigen wezen te zijn, in: Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.165

⁴⁶⁷ Braet C. & Timbremont B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 379

⁴⁶⁸ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.212

en eigen bestaan zin door ze in een ruimer sociaal geheel (uitgebreid tot school, buurt) te plaatsen. Indien het kind in deze ontwikkeling niet slaagt, kunnen gevoelens van minderwaardigheid ontstaan⁴⁶⁹.

Op socio-emotioneel vlak is er de uitdaging om sociale relaties aan te gaan. Contact met leeftijdsgenoten wordt belangrijker. Delen, elkaar helpen en ander sociaal gedrag nemen toe, terwijl fysieke agressie afneemt. Verbale en relationele agressie blijven in de groep van leeftijdsgenoten aanwezig. Het verlangen om bij een groep te horen wordt sterker. Spontaan vormen zich groepen van gelijkgestemden met eigen waarden en normen en met leiders en volgers. In deze groepen verwerft het kind sociale vaardigheden zoals samenwerking, leiderschap, navolging, loyaliteit met gemeenschappelijke doelen, ... Lidmaatschap van een formele groep (jeugdbeweging, sportclub) kan tegemoet komen aan het verlangen om bij een groep te horen⁴⁷⁰.

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

Kinderen van de leeftijd van 7 – 10 jaar zijn meer persistent in depressiesymptomen dan jongere kinderen. Zij uiten de depressieve gevoelens meer. Er is meer suïcidale gedachtevorming en er zijn minder angsten. Suïcidale gedachten kunnen al voorkomen vanaf zes tot zeven jaar. Suïcideplannen kunnen voorkomen vanaf de leeftijd van negen jaar⁴⁷¹.

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

Een depressie gaat ten koste van de ontwikkeling van sociaal-cognitieve en intermenselijke vaardigheden. Door hun teruggetrokkenheid en concentratieproblemen hebben deze kinderen het moeilijk om relaties aan te gaan. Ook ervaren zij de kwaliteit van vriendschapsrelaties overwegend als problematisch en minder ondersteunend⁴⁷². Omdat depressieve kinderen en jongeren de anderen als kritisch en afkeurend ervaren, nemen zij vaak als reactie hierop een kritische en

⁴⁶⁹ Verhofstadt-Denève L., Vyt A. & Van Geert P., Handboek voor Ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003, blz. 314

⁴⁷⁰ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁴⁷¹ Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.P.G., Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004, blz. 522

⁴⁷² Rudolph Hammen & Burge, 1997 in: Verhulst F.C., Verheij F & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007, blz. 357

vijandige houding aan. Deze houding heeft tot gevolg dat anderen hen gaan mijden, waardoor zij minder in de gelegenheid zijn om leeftijdsadequaat gedrag te oefenen⁴⁷³.

De verschijningsvorm van depressie wordt beïnvloed door psychosociale factoren, sociaal-culturele verwachtingen en hormonale invloeden in de (pre)puberteit ⁴⁷⁴.

Een depressieve jongen zal zich niet snel sociaal afzonderen omdat het niet past bij het beeld dat onze maatschappij heeft van jongens. Veelal trachten ze hun gevoelens te onderdrukken, overschreeuwen ze zichzelf en reageren met agressief gedrag⁴⁷⁵. Hun geagiteerde gedrag kan zo op de voorgrond treden dat men niet onmiddellijk aan een depressie denkt, maar eerder aan een gedragsstoornis. Meisjes met een depressie neigen meestal naar teruggetrokken en angstig gedrag. Ze hebben vaak lichamelijke klachten. Omdat dit gedrag meer als 'meisjeseigen' wordt beschouwd, kan de depressie bij hen ook lang over het hoofd gezien worden. Anderzijds geven meisjes gemakkelijker uiting aan hun (sombere) gevoelens.

5.1.4 De adolescentie

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

Jongeren worden geconfronteerd met lichamelijke veranderingen, waardoor zij zich minder goed in hun vel gaan voelen⁴⁷⁶. Vooral indien deze veranderingen te vroeg of te laat komen met daarop onaangepaste reacties uit de omgeving⁴⁷⁷.

Tijdens deze levensfase is de leerling vaker dan daarvoor en daarna lichtgeraakt en labiel, handelt hij onnadenkend en stelt risicovol gedrag. Dit heeft te maken met de identiteitsverwarring waarmee ze worstelen in deze fase, de hormonale invloeden en de ontwikkeling van de hersenen⁴⁷⁸.

⁴⁷³ Verhulst F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002, blz. 117

⁴⁷⁴ De Wit, 2001 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.136

⁴⁷⁵ Isle of Wight-studies (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996) in: Braet, C. & Timbremont, B., Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz.379

⁴⁷⁶ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Drukkerij Cartim, Destelbergen, blz. 24

⁴⁷⁷ Zie Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁴⁷⁸ Zie Bijlage 11: Breinontwikkeling bij adolescenten en Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

Adolescenten met een depressieve stoornis vertonen meer overeenkomst met de symptomen van een depressie op volwassen leeftijd, zoals piekeren, suïcidaal gedrag, gevoelens van minderwaardigheid, bedrukte stemming, stemmings-schommelingen, zich buitenstaander voelen, hypochondrie, dwangsymptomen, angst en onzekerheid. De depressieve adolescent kan afwijzend reageren, geïrriteerd en/of niet aanhankelijk zijn. Hierdoor onthoudt hij zijn ouders voldoening in de relatie tot hun kind, waarbij de ouder-kindrelatie extra belast wordt⁴⁷⁹.

Sommige adolescenten hebben de neiging depressieve gevoelens te ontkennen en te camoufleren door het vertonen van stoer, agressief gedrag, spijbelen, schoolweigering, middelenmisbruik en seksueel promiscue gedrag. Ook faalangst, wanhoop en besluiteloosheid komen veel voor. Een depressie uit zich verder in lichamelijke klachten⁴⁸⁰, zoals vermoeidheid, gebrek aan energie, te veel of te weinig eetlust, hoofdpijn en vage buikklachten. Dit kan samengaan met een gewichtsafname of -toename.

5.2 Definities en begrippen⁴⁸¹

Stemming en emotie

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

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

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

Depressie

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

- Een depressieve stemming omvat het onvermogen om plezier te beleven en gaat gepaard met een vermindering van interesse en motivatie.
- Neerslachtige, bedroefde gevoelens, prikkelbaarheid of gevoelens van lusteloosheid en waardeloosheid zijn depressieve symptomen⁴⁸².

⁴⁷⁹ Coyne e.a. 1987 in: Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000, blz. 22

⁴⁸⁰ www.psychischegezondheid.nl/page/211/wat-is-depressie-bij-jongeren.html

⁴⁸¹ Zie DSM-IV-TR en DSM-5 voor een uitgebreide lijst van categoriale criteria voor depressieve en bipolaire stoornissen, American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁴⁸² Braet C. en Timbremont B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 377

- Een depressief syndroom is een geheel van symptomen waarbij depressieve stemming voorkomt in combinatie met andere kenmerken zoals emotionele vlakheid, schuldgevoelens, slapeloosheid
- Een depressieve stoornis verwijst naar de classificatie binnen DSM of ICD.

Depressieve stoornis

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

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

Depressieve episode

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

Bipolaire stoornissen

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

Bij de bipolaire stoornis bij kinderen en jongeren verschillen de manische symptomen per leeftijd. Kinderen onder de negen jaar vertonen bijvoorbeeld eerder agressie, emotionele labiliteit en geïrriteerdheid, terwijl oudere kinderen vaker euforie, grootheidsideeën, paranoïde ideeën en gedachtevlucht vertonen. Drukke spraak, overactiviteit en verhoogde afleidbaarheid worden bij zowel jongere als oudere kinderen waargenomen. Een aantal symptomen kan, vooral bij kinderen in de schoolleeftijd en jonge adolescenten, een andere 'kleur' hebben. De depressieve en manische episodes zouden bij hen korter zijn en elkaar sneller opvolgen. De bipolaire stoornis vertoont een niet-episodisch, chronisch verloop en een continu 'rapid cycling' patroon. In tegenstelling tot volwassenen vertonen jongeren met een bipolaire stoornis vaak gemengde episodes. In het verleden werd de bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten ondergediagnosticeerd⁴⁸³.

Bipolaire stoornis in de kindertijd is een moeilijke diagnose die dikwijls gemist wordt omdat er in vele gevallen comorbiditeit is en de symptomen van een bipolaire stoornis overlappen met andere kinderpsychiatrische stoornissen zoals ADHD, oppositionele

⁴⁸³ Van West D., Deboutte D. & Van Strien A. (2003), De bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten: miskend of overgediagnosticeerd? in Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie, jaargang 28 (3), blz.126-130, 132

en opstandige gedragsstoornis, gedragsstoornis, depressie en de schizofrenie/schizo-affectieve stoornis⁴⁸⁴. Er lijkt 50 % kans op terugval binnen de vijf jaar en een aanzienlijk verhoogde kans op zelfmoordpogingen, zelfs na behandeling⁴⁸⁵.

Twintig procent van de volwassenen met een bipolaire stoornis, had hun eerste meestal depressieve episode (= aanvang) in de periode tussen hun 15^e en 19^e levensjaar⁴⁸⁶. Een episode duurt tussen het 15^e en 25^e levensjaar gemiddeld drie tot zes maanden⁴⁸⁷.

De prevalentie tijdens de ganse levensloop van een bipolaire stoornis valt tussen 0% en 2,1% voor jongeren (onder de 18 jaar). De meeste bevolkingsstudies vinden een bijna gelijke verhouding tussen jongens en meisjes⁴⁸⁸. Een iets ouder onderzoek (2007) van de zelfde onderzoekersgroep geeft een levensloop-prevalentie van 2,2% aan⁴⁸⁹.

Manische episode

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

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

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

⁴⁸⁴ Faust D. Walker, D. & Sands M., Diagnosis and Management of Childhood Bipolar Disorder in the Primary Care Setting, *Clinical Pediatrics* (2006) 45: 801-808

⁴⁸⁵ Harrington, 2006; Verhulst, 2006 in: Van Lieshout T., *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, p 147

⁴⁸⁶ McClellan J., Werry J., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Bipolar Disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36:1, January 1997

⁴⁸⁷ Van Lieshout T., *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.134

⁴⁸⁸ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

⁴⁸⁹ Goodwin G.M. et al., ECNP consensus meeting. Bipolar depression. Nice, March 2007, *European Neuropsychopharmacology* (2008) 18, 535–549

Externaliserend probleemgedrag

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

Internaliserend probleemgedrag

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

Gehechtheid⁴⁹⁰

Gehechtheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een relatief duurzame affectieve relatie met één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig contact heeft. Op basis van vroege ervaringen met verzorger(s) ontwikkelt een kind een hechtingssysteem⁴⁹¹ als een intern werkmodel waarin alle eerste emotionele ervaringen worden opgeslagen en verwerkt. Dit werkmodel verschaft het kind een leidraad en een basis voor latere interacties met zijn omgeving. Dit betekent evenwel niet dat het gaat om een niet te beïnvloeden kenmerk van een individu. In de loop van het leven en in interactie met de omgeving wordt het hechtingssysteem regelmatig aangevuld en bijgesteld. Anderzijds fungeert het werkmodel ook als een filter waarbij nieuwe informatie die sterk afwijkt van het huidige model, kan worden vervormd of uitgesloten.

Rouw⁴⁹²

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

⁴⁹⁰ Bowlby en Ainsworth worden beschouwd als pioniers op het terrein van gehechtheid. Vanderploeg J.D., Behandeling van gedragsproblemen, initiatieven en inzichten, Lemniscaat, Rotterdam, 2005, 156-158 en Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 9

⁴⁹¹ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

⁴⁹² Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

Spijbelen⁴⁹³

Ongeoorloofd schoolverzuim kan onderverdeeld worden in:

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

5.3 Criteria⁴⁹⁴

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

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

⁴⁹³ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen/wat_is_spijbelen.htm

⁴⁹⁴ Zie DSM-IV-TR en DSM-5 voor een uitgebreide lijst van categoriale criteria voor depressieve en bipolaire stoornissen, American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001 en American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

<ul style="list-style-type: none"> • Stemmingsstoornis NAO 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) • Premenstrual Dysphoric Disorder • Substance/Medication/Induce Depressive Disorder • Depressive Disorder Due to Another Medical Condition • Other specified Depressive Disorder • Unspecified Depressive Disorder
---	--

De 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder' is in de DSM-5 een nieuwe depressieve stoornis. De diagnose moet voor de 1^{ste} keer gesteld worden tussen de leeftijd van 6 en 18 jaar bij kinderen die een blijvende geïrriteerde ingesteldheid en frequente periodes van extreem controleverlies over hun gedrag vertonen⁴⁹⁵.

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

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

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

en dit gedurende minstens 2 weken.

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

- bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust of duidelijk gewichtsverlies, gewichtstoename of het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename,
- slapeloosheid of hypersomnia (bijna elke dag);
- psychomotorische agitatie of remming;
- klachten over moeheid of verlies van energie;
- gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
- een verminderd denk- of concentratievermogen of besluiteloosheid;

⁴⁹⁵ American Psychiatric Association, Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

- terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder of met specifiek plan om suïcide te plegen en/of suïcidepoging.

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

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

De symptomen moeten in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of schoolse functioneren of het functioneren op andere terreinen tot gevolg hebben.⁴⁹⁶

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

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

De ernst/verloop wordt gespecificeerd als

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

⁴⁹⁶ Field e.a., 1987; Mol Lous e.a. 2002 in: Verhulst F.C., Verheij F. & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007, blz. 22

5.4 Prevalentie

In de totale bevolking heeft 10 % van de mannen en 20 % van de vrouwen minstens eenmaal in het leven een depressie⁴⁹⁷. Beneden de vijf jaar zou depressie⁴⁹⁸ voorkomen bij bijna 1 % van de kinderen. Bij lagere schoolkinderen stijgt de prevalentie van ongeveer 1 % tot 5,2 à 6,3 %. Bij deze kinderen is dit vaak in combinatie met angst. Tijdens de adolescentie stijgt de prevalentie nog verder tot 8,3 %.

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

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

Jongeren die op de één of andere manier anders zijn, hebben het moeilijker. Holebi's⁴⁹⁹ doen meer pogingen tot zelfdoding dan andere jongeren. Vijfentwintig procent van de lesbische of biseksuele meisjes en 12,4% van de homo- of biseksuele jongens geven aan minstens 1 poging tot zelfdoding achter de rug te hebben. Ook de gedachte aan zelfdoding komt vaker voor. Meisjes nemen vaker hun toevlucht tot zelfbeschadiging en zelfmoordpoging. Jongens slagen eerder in een poging omdat zij impulsiever zijn en gewelddadiger methoden gebruiken. Dit is ernstig omdat suïcidaal gedrag dikwijls een poging is om de buitenwereld aan te geven dat er iets schort (signaalfunctie). De jongeren moeten leren om in die situatie met iemand te spreken. Onrustwekkend is dat maar de helft van de jongeren die zichzelf beschadigt of een suïcidepoging achter de rug heeft er vooraf met leeftijdsgenoten over gesproken heeft. Slechts 5% had het verteld aan een ouder, leerkracht of hulpverlener⁵⁰⁰. Het is niet bekend hoe hoog het percentage poging tot zelfdoding is. Tachtig procent van de jongeren die een poging doen, heeft een psychiatrische diagnose, zoals depressie, angststoornissen, gedragsstoornissen en middelenmisbruik. Hoe groter de comorbiditeit, hoe meer risico.

⁴⁹⁷ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 133

⁴⁹⁸ Poznanski & Mokros in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 380

⁴⁹⁹ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Drukkerij Cartim, Destelbergen, blz. 25 verwijzing naar Bart DeMyttenaere, De last van het leven, blz. 71

⁵⁰⁰ De Wilde, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 146

5.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnose

Tussen 40 en 90 %⁵⁰¹ van de jongeren met een depressie vertoont minstens één andere psychiatrische stoornis⁵⁰². De meest voorkomende zijn een gedragsstoornis, een angststoornis en ADHD⁵⁰³.

- **Depressie en angststoornissen**

Tekenen van angst en depressieve stemming komen samen voor. Bepaalde symptomen zijn zowel bij angststoornissen als bij een depressie aanwezig zoals o.a. een geïrriteerde stemming, piekeren en concentratieproblemen. Kinderen en adolescenten met een angststoornis hebben acht keer zoveel kans op een depressie dan jongeren zonder een angststoornis⁵⁰⁴. Deze comorbiditeit komt meer voor bij meisjes.

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

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

- **Depressie en gedragsstoornissen**

Volgens de DSM-5 is de diagnose ODD niet mogelijk bij een depressieve stoornis⁵⁰⁵. Comorbiditeit van antisociale gedragsstoornis (CD) en depressie kan wel en zou vrij vaak voorkomen, zij het meer bij jongens dan bij meisjes. Kinderen en jongeren met deze comorbide stoornissen gedragen zich ongeveer op dezelfde

⁵⁰¹ 89 % van de prepuberale kinderen en 86 % van de adolescenten met een depressie krijgt een additionele diagnose.

⁵⁰² AACP, 1998 uit Preventieprogramma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren, Basisdocument, 2004 Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, Gerda Verkerk, Angelique Nijssen, Maarten Vos, Rob Gerrits

⁵⁰³ De Fever F., Kinderen met een depressie, Handboek voor opvoeding en onderwijs, Acco, Leuven, 2001, blz. 59

⁵⁰⁴ Muris, P., Angst en angststoornissen in: Prins, P. en Braet, C. (red.), Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 353

⁵⁰⁵ Het gaat daarbij zowel om 'Major Depressive Disorder' en 'Persistent Depressive Disorder' als de nieuw opgenomen classificatie 'Disruptive Mood Dysregulation Disorder'.

wijze als kinderen met een gedragsstoornis waardoor de depressie door de gedragsstoornis gemaskeerd kan worden⁵⁰⁶.

- **Depressie en ADHD**

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

- **Depressie en posttraumatische stress-stoornis**

Traumatische ervaringen kunnen bij kinderen leiden tot een posttraumatische stress-stoornis, maar ook tot andere of additionele stoornissen, zoals o.a. een depressie⁵⁰⁷. De reden voor comorbiditeit kan zijn dat een posttraumatische stress-stoornis het slachtoffer gevoelig maakt, zowel psychologisch als op neurobiologisch gebied.

5.6 Etiologie

Depressies worden veroorzaakt door een samenspel van biologische, psychologische, cognitieve en sociale factoren⁵⁰⁸. Een opeenstapeling van ingrijpende gebeurtenissen verhogen het risico op tal van stoornissen, waaronder een depressie.

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

5.6.1 Biologische factoren

Het grootste aandeel in het ontstaan van een depressie komt van psychosociale processen tussen kind en omgeving⁵⁰⁹. Dit betekent niet dat erfelijke factoren niet aan de basis liggen van het ontstaan van depressie, maar wel dat omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen bij het tot uiting komen van de genetische dispositie voor depressieve symptomen. In dit opzicht zijn studies naar stress uitlokkende omgevingsfactoren belangrijk⁵¹⁰.

⁵⁰⁶ Kimonis & Frick, 2006; Wolff & Ollendick, 2007 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 237

⁵⁰⁷ Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stress-stoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, Tijdschrift voor Geneeskunde, 64 (18), 2008, blz. 914

⁵⁰⁸ Reichart, 2000; Harrington, 2006 in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz.137

⁵⁰⁹ De Wit, 2000 in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008

⁵¹⁰ Rutter, Moffitt & Caspi, 2006 en Rice, 2002 in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 396 en 382-383

Bovendien lijkt een depressieve episode bij te dragen tot veranderingen in het centrale zenuwstelsel⁵¹¹.

5.6.2 Psychologische factoren

Volgende psychologische factoren in het kind zelf blijken een risico te zijn voor depressie: temperamentkenmerken, stoornissen in de affectdifferentiatie en emotieregulatie^{512 513}, negatieve cognitieve stijl en eerdere episode van depressie. Bepaalde factoren zoals een hechtingsproblematiek en een tekort aan sociale vaardigheden kunnen gezien worden als het gevolg van een interactioneel proces maar zijn na verloop van tijd een kindkenmerk geworden. Temperamentkenmerken, zoals de mate van gedragsinhibitie⁵¹⁴, kunnen meespelen in de ontwikkeling van internaliserende stoornissen. Kinderen, die op jonge leeftijd verlegen en geremd reageren en die angst hebben voor nieuwe situaties, hebben een groter risico om later een depressie te ontwikkelen.

- **Aangeleerde hulpeloosheid**

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

- **Informatieverwerkingsmodel**

Cognitieve processen, zoals verstoorde aandachts-, geheugen- en interpretatieprocessen, spelen een rol bij het ontstaan en in stand houden van emotionele problemen zoals een depressie⁵¹⁵. Kinderen met een depressie zijn geneigd de binnenkomende informatie negatief te vervormen. Bij een depressie is er sprake van een 'cognitieve triade', de cognitieve schema's handelen over: eigen waardeloosheid en schuld, de onrechtvaardigheid en liefdeloosheid van de wereld

⁵¹¹ Braet, C. en Timbremont, B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins, P. en Braet, C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 382-383 en 396

⁵¹² Timbremont, B., Bosmans G. & Braet C. Cognitieve gedragstherapie bij depressie in: Braet, C. en Bögels, S. (red.) Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten, Boom, Amsterdam, 2008 blz.306

⁵¹³ Zie Bijlage 12: Executieve functies. Dawson P. & Guare R., Slim maar ..., Hogrefe Amsterdam, 2010 en Executieve functies bij kinderen en adolescenten, Dawson P. & Guare R., Hogrefe, Amsterdam, 2010

⁵¹⁴ Zie Bijlage 12: Executieve functies

⁵¹⁵ Beck in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 388

en hopeloosheid over de toekomst. Deze schema's kunnen ook geactiveerd worden door een negatieve stemming. Niet-depressieve kinderen beschikken over positieve zelschema's, die veel sterker zijn dan hun negatieve schema's. Ze zien de wereld spontaan 'rooskleuriger'.

Aan de hand van cognitieve schema's die zich ontwikkelen in de (vroeg) kindertijd, selecteert, onthoudt en interpreteert een kind (al dan niet bewust) zijn ervaringen. Informatie die overeenkomt met bestaande schema's krijgt voorrang op informatie die niet in die schema's past. Vanuit een vertekende verwerking van de realiteit, gaat het kind zijn ervaringen negatief kleuren, waardoor hij negatief gaat reageren. De disfunctionele schema's die na een depressie latent kunnen zijn, vormen reactieve vrij stabiele structuren. Eenmaal terug geactiveerd kunnen ze terug het begin betekenen van een patroon van negatieve zelf beschrijvende informatieverwerking en zo een nieuwe depressieve episode uitlokken. Dit verklaart waarom terugval in een depressieve episode zo vaak voorkomt.

5.6.3 Transactionele factoren

- **Gehechtheid**

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

- **Verlieservaringen**

Indien een kind een ernstig verlies⁵¹⁶ of trauma meemaakt en de omgeving slaagt er niet in om adequaat te reageren, bestaat het risico op het ontstaan van een depressie⁵¹⁷.

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

Een depressie is een zichzelf in stand houdend gedragspatroon. Door hun teruggetrokkenheid en concentratieproblemen hebben deze kinderen en jongeren het moeilijk om relaties aan te gaan. Ze ervaren de anderen als kritisch en afkeurend en nemen vaak als reactie hierop een kritische en vijandige houding aan. Deze houding heeft tot gevolg dat anderen hen gaan mijden waardoor het kind of de jongere met een depressie minder in de gelegenheid zijn om leeftijdsadequaat gedrag te oefenen⁵¹⁸. De sociale isolatie zorgt ervoor dat

⁵¹⁶ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Cartim, Destelbergen, blz. 7

⁵¹⁷ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

⁵¹⁸ Verhulst F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002, blz. 117

negatieve gevoelens toenemen en positief gedrag niet meer bekrachtigd wordt. In deze context wordt depressie dan ook gezien als een mogelijk gevolg van een tekort aan sociale vaardigheden.

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

- **Invloed van depressie op de omgeving**

De aanwezigheid van een depressief kind in het gezin kan de partnerrelatie onder druk zetten, maar ook de broers en zussen lijden onder deze situatie. Eveneens komt de ouder-kindrelatie onder druk te staan omdat de depressieve adolescent die geïrriteerd is, niet reageert en niet afhankelijk is, niet zorgt voor positieve bekrachtiging van zijn ouders en hen de voldoening onthoudt waar ze toch naar streven⁵¹⁹.

- **Transactioneel model**

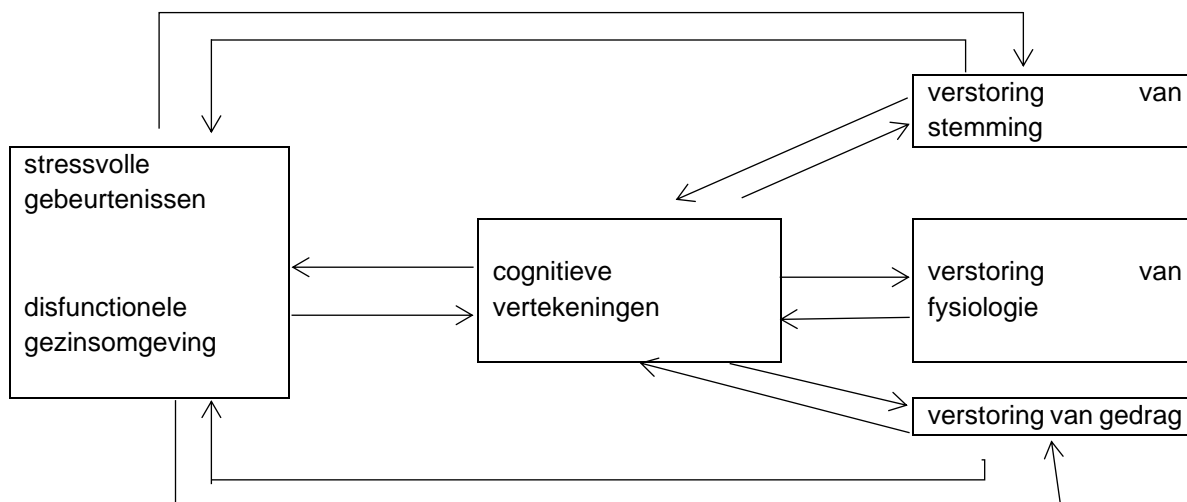
De meest onderzochte psychologische verklaringsmodellen tonen aan dat depressie het resultaat is van een interactie tussen een cognitieve kwetsbaarheid en ervaren stress⁵²⁰. Deze transactionele modellen gaan ervan uit dat stressoren één of meerdere vormen kunnen aannemen en van chronische of acute aard zijn (bijvoorbeeld functioneren van het gezin, verlieservaring, prestatiedruk). Kwetsbaarheidsfactoren (zoals genetische aanleg of cognitieve factoren) kunnen getriggerd worden door stressvolle levensgebeurtenissen. Men gaat uit van een wederzijdse invloed van de omgeving en het kind en dit op een dynamische manier. Depressie is niet alleen het gevolg van een aantal factoren die in interactie treden met elkaar en bijdragen tot het ontstaan van een depressieve toestand, maar ook van nadien optredende processen die een eenmaal ontwikkelende depressie in stand houden of verergeren⁵²¹.

⁵¹⁹ Coyne e.a. 1987, in: Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), *Adolescentenpsychiatrie*, Van Gorcum, Assen, 2000, blz. 22

⁵²⁰ Timbremont B., Bosmans G. & Braet C. *Cognitieve gedragstherapie bij depressie* in: Braet, C. en Bögels, S. (red.) *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*, Boom, Amsterdam, 2008, blz.305

⁵²¹ Braet C. en Timbremont B. *Stemmingsproblemen en depressie* in: Prins, P. en Braet, C. (red.) *Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 390

Transactioneel model van depressie (Stark & Smith, 1995)⁵²²



5.7 Beschermende factoren

Ouderlijke opvoedingsvaardigheden zoals sensitiviteit en responsiviteit blijken in belangrijke mate van invloed te zijn voor een goede emotieregulatie van het kind en voor het voorkomen van een depressie (op latere leeftijd)⁵²³.

In wetenschappelijk onderzoek⁵²⁴ werden volgende beschermende factoren aangeduid: een hechte gezinsband, goed contact met vader en een familielid dat suïcide had gepleegd. Men vermoedt dat een zelfmoord in de familie tot gevolg heeft dat er meer aandacht komt voor stemmingsproblemen en dat er voor depressieve jongeren in een dergelijke situatie sneller hulp wordt gezocht. Andere factoren zoals het zelfbeeld, de school, vrienden, psychotherapie, sociaaleconomische achtergrond, bleken in deze studie niet voorspellend te zijn voor depressieve symptoomreductie.

Andere beschermende in kind en omgeving worden zijn te vinden in een gemeenschappelijke bijlage voor gedrags-, depressieve en angstproblemen/stoornissen⁵²⁵.

⁵²² Stark K.D. & Smith A. (1995) Cognitive and Behavioral treatment of childhood depression in van Bilsen H.P.J.G., Kendall P. & Slavenburg J.H. (Eds.), Behavioral approaches for children en adolescents (pp. 113-143), Plenum Press, New York

⁵²³ Propper en Moore (2006) in Braet C. en Timbremont B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins P. en Braet C. (red.) Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 383

⁵²⁴ Nationaal depressieonderzoek van Ruston e.a. (2002) in Braet, C. en Timbremont, B. Stemmingsproblemen en depressie in: Prins P. en Braet C. (red.), Handboek klinische en ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2008, blz. 384

⁵²⁵ Zie Bijlage 27: Beschermende en risicofactoren bij gedrags-, depressieve en angstproblemen/stoornissen

Het is belangrijk om preventief⁵²⁶ op te treden indien kinderen een ernstig verlies of trauma meemaken of wanneer ouders in een vechtscheiding verwickeld zijn. Dit kan door te luisteren, een gesprek met hen aan te gaan, maar ook door op een leeftijdsadequate manier antwoorden te geven op hun vragen. De dagelijkse routine snel herstellen, werkt geruststellend en geeft kans om het rouwproces te starten. Het is bijzonder belangrijk dat de omgeving aangeeft dat er uiting en uitdrukking kan gegeven worden aan de pijnlijke emoties. Het verlies wordt best als een normaal onderdeel van het leven gezien⁵²⁷.

5.8 Verloop en prognose

De prognose hangt samen met een aantal factoren:

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

Gemiddeld duurt een depressieve stoornis, eenmalige episode negen maanden, terwijl een dysthyme stoornis⁵²⁸ ongeveer tweeënehalf tot vier jaar kan duren⁵²⁹. Vanaf twee depressieve episodes spreekt men van een 'recidiverende depressieve stoornis' en is de kans op terugval 70%.

Een depressie persisteert vooral bij meisjes⁵³⁰, terwijl jongens gemakkelijker spontaan herstellen. De kans op terugval is 40% na twee jaar en 70% na vijf jaar. De kans dat jongeren, die een depressie hadden, binnen de vijf jaar een bipolaire stoornis ontwikkelen, ligt tussen de 20 en 40%. Bij een dysthyme stoornis bedraagt dit 13%.

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

⁵²⁶ Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen, omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens, Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Cartim, Destelbergen, blz. 28

⁵²⁷ Zie Bijlage 28: Verlies en rouw bij kinderen

⁵²⁸ In de DSM-5 wordt de dysthyme stoornis benoemd als 'persistent depressieve stoornis'.

⁵²⁹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009, blz. 146

⁵³⁰ Nationaal depressie-onderzoek, Rushton e.a., 2002, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 384

als het ware blijven 'smeulen' waardoor een volgende depressie sneller optreedt⁵³¹. Een depressie op jonge leeftijd is een betrouwbare predictor voor depressies tijdens de adolescentie en volwassenheid, problematisch drankgebruik en suïcidaal gedrag. Jongeren met een depressie hervallen later gemakkelijker in nieuwe depressieve episodes⁵³².

⁵³¹ Verhulst, 2006, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziende druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, blz. 146

⁵³² Birmaher, B. et al., Practice Parameters for the Assessment en Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(10 Supplement): 63S-83S.

6. Angstproblemen en angststoornissen

6.1 Verschijningsvorm⁵³³

Angst⁵³⁴ wordt meestal gezien als een normale reactie op een gevoel van bedreiging in de omgeving en is nuttig, beschermt en helpt anticiperen op mogelijk gevaar. Angsten die soms zelfs vrij intens kunnen zijn, zijn gewoon tijdens de kindertijd. In de peuterfase komen veel angsten voor (71 %), angsten pieken in de leeftijd van 7 tot 9 jaar (87 %) en dalen dan vanaf 10 à 12 jaar (68 %)⁵³⁵. In het proces van normale ontwikkeling zijn kinderen en jongeren in toenemende mate in staat om hun angsten te overwinnen door het gebruik van aangepaste defensiemechanismen en verfijnde copingstrategieën.

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

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

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

203

Angststoornissen zijn te onderscheiden van normale angsten op basis van

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

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

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

- de angst leidt tot vermijding waardoor belangrijke normale activiteiten onmogelijk worden, zoals naar school gaan of contact met leeftijdsgenoten. Hierdoor worden ontwikkelingstaken verstoord;

⁵³³ Zie ook Bijlage 24: De sociaal-emotionele ontwikkeling

⁵³⁴ Zie Definities en begrippen

⁵³⁵ Muris, Merckelbach, Gadet & Moulart, 2000, in: Wenar C. en Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 216

- het kind lijdt er zelf zichtbaar onder.

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

In de vroege kindertijd komen specifieke fobieën en separatieangststoornis meer voor terwijl de gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie en paniekstoornis zich pas later manifesteren⁵³⁶. Het soort angststoornis dat een kind ontwikkelt, bepaalt ook de impact op de ontwikkeling en de levenskwaliteit van het kind. Zo piekeren kinderen en jongeren met een gegeneraliseerde angst over vrijwel alles, terwijl kinderen met een dierfobie situaties kunnen vermijden. Zij ondervinden enkel leed indien zij geconfronteerd worden met de angstprikkel.

Angststoornissen kunnen over verschillende thema's⁵³⁷ gaan. Net zoals de normale angsten leeftijdsgebonden zijn, geldt voor de angststoornis dat het type angststoornis dat een kind ontwikkelt deels afhankelijk is van zijn ontwikkelingsniveau. Zo zal een sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis maar kunnen ontstaan indien het kind een zeker niveau van sociale en denkontwikkeling heeft doorgemaakt. Hieronder worden per leeftijdsfase normale kinderangsten beschreven.

6.1.1 De babytijd

204

Angst is een gevoel dat iemand heeft die zich bewust is van zijn eigen bestaan. Maar voorafgaand aan dit bewustzijn hebben baby's reeds instinctieve angstreacties zonder dat ze beseffen wat er aan de hand is. Deze angstreacties staan meestal in relatie met een bedreiging van hun lichamelijke toestand. Al van bij de geboorte (door licht, kou en lawaai) en nadien bij plotselinge harde geluiden, onverwachte bewegingen, lichtflitsen, verlies van steun, bij vallen en pijn, vertonen baby's lichamelijke angstreacties. Op ongeveer dertig weken, verschijnt de angst voor vreemden: op dat ogenblik is hij in staat om onderscheid te maken tussen voor hem vertrouwde en onbekende personen⁵³⁸. Angststoornissen worden niet voor de leeftijd van vier jaar gediagnosticeerd⁵³⁹.

⁵³⁶ Muris, P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 356-357

⁵³⁷ Zie verder in Definities en begrippen

⁵³⁸ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz. 274-275

⁵³⁹ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, in: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

6.1.2 De peuter- en kleutertijd

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

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

Op vier jaar heeft het kind meestal het besef van een duidelijk eigen 'Ik', los van andere personen waardoor het ook bewust wordt van de eigen kwetsbaarheid. De kleuter kan bang zijn om dood te gaan, hoewel hij nog niet de onherroepelijkheid ervan beseft⁵⁴⁰. Kinderen kunnen vanaf de kleutertijd bang worden van hun eigen fantasieën en bijgevolg van enge mensen, geesten en monsters. Tegen het einde van de kleutertijd en vanuit het groeiende realiteitsbesef worden deze ingebeelde angsten geleidelijk aan vervangen door meer realistische angsten zoals de angst voor lichamelijk letsel en fysiek gevaar.

6.1.3 De lagere schooltijd

Tijdens de lagere schoolleeftijd, kunnen kinderen zich steeds beter reële gevaren voorstellen zoals brand, de mogelijke dood van oudere mensen (bijvoorbeeld grootouders). Daarnaast dagen sociaal-evaluatieve angsten op: de angst om negatief beoordeeld te worden en om buiten de groep te vallen. Aansluitend daarmee, kan vanaf deze periode waarbij het verwerven van allerlei vaardigheden centraal staat, faalangst ontwikkelen. Rond elf jaar verschijnen nieuwe angsten ('beginnersangst') die te maken hebben met het zich begeven in nieuwe situaties en te moeten beantwoorden aan nieuwe eisen⁵⁴¹.

Lagere schoolkinderen blijven ook irrationele angsten vertonen, zoals angst voor slangen of muizen, alsook nachtmerries. Dit zijn normale angsten, die ouders goed kunnen aanpakken met bepaalde opvoedingsvaardigheden, zoals praten met het kind, rustig reageren op het angstige gedrag en het kind helpen om te gaan met de angst. Deze normale angsten kunnen vanzelf overgaan. Lagere schoolkinderen hebben vaak nog niet de verbale capaciteiten om de meer genuanceerde gevoelens van angst en zich zorgen maken te uiten, daarom kunnen zij soms hun angsten uiten via vage lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, zich ziek voelen, ...

⁵⁴⁰ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I , Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.275-278

⁵⁴¹ Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I , Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz.278-279

6.1.4 De adolescentie

Tijdens de adolescentie fase maken jongeren een identiteitscrisis door. Hun onzekerheid over de volwassen rollen die hun te wachten staan, hun ernstig verlies aan continuïteitsbesef (zich niet meer herkennen door hun lichamelijke en psychische veranderingen) en de tegenstellingen tussen hun verschillende zelfbeelden, kunnen heel wat angsten met zich meebrengen en leiden tot identiteitsverwarring. Via de integratie van zelfbeelden, moet deze identiteitscrisis opgelost worden door de vorming van een psycho-sociale identiteit⁵⁴².

Daarnaast heeft de adolescent sociale angsten door een verhoogd sociaal bewustzijn met het groeiende sociaal zelf en het toenemende belang van leeftijdsgenoten (o.m. als klankbord voor de identiteitsvorming) met de daarbij horende de schrik om buiten de groep te vallen. Verder zijn er de zorgen over geld en werk, angst voor oorlog of vernietiging van het milieu. De kans op faalangst neemt toe ook mede het gevolg van hun verhoogd sociaal bewustzijn en de vorming van het zelfbeeld. Irrationele angsten zijn minder frequent maar verdwijnen niet helemaal. Tieners kunnen bang zijn van donker, stormen, spinnen, begraafplaatsen, ... Meestal horen dit soort problemen bij de puberteit, bij de overgang van kindertijd naar volwassenheid. Zij gaan vaak na deze periode ook vanzelf weer over⁵⁴³.

6.2 Definities en begrippen⁵⁴⁴

Angst

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

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

⁵⁴² Verhofstadt-Denève L., Vyt A. & Van Geert P., Handboek voor Ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003

⁵⁴³ van Rooijen K. & Ince D., Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen, Nederlands Jeugd Instituut, mei 2011, blz. 2:

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

⁵⁴⁴ O.a. Braet C. & Timbremont B., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 355 en Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 9-11

Angststoornis

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

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

Obsessief-compulsieve stoornis of dwangstoornis

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

Anders dan in de DSM-IV-TR⁵⁴⁵ waar de obsessief-compulsieve stoornis wordt ondergebracht bij de hoofdcategorie 'angststoornissen', krijgt de dwangstoornis in de DSM-5⁵⁴⁶ een eigen (aparte) hoofdcategorie.

207

Posttraumatische en acute stress-stoornis

Bij een stress-stoornis treedt na blootstelling aan een traumatische gebeurtenis die intense angst, hulpeloosheid en afschuw heeft opgeroepen, een karakteristiek symptomenpatroon van herbeleving op van de traumatische gebeurtenis, aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma horen en verhoogde prikkelbaarheid. In de DSM-5⁵⁴⁷ werd de posttraumatische stress-stoornis en acute stress-stoornis uit de categorie angststoornissen genomen en vormen ze een nieuwe categorie. De posttraumatische stress-stoornis wordt in een bijlage⁵⁴⁸ verder toegelicht.

Externaliserend probleemgedrag

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

⁵⁴⁵ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001

⁵⁴⁶ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁵⁴⁷ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5:

<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

⁵⁴⁸ Zie Bijlage 30: Posttraumatische stress-stoornis

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

Internaliserend probleemgedrag

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

Faalangst⁵⁴⁹

Faalangst is een vorm van angst die optreedt binnen beoordelingssituaties in verband met studies, examens, toetsen, prestaties, ...⁵⁵⁰. Een belangrijk criterium is dat de negatieve stress in verband met presteren, het functioneren van de leerling in prestatiesituaties dermate hypothekeert, dat zijn capaciteiten niet tot uiting kunnen komen, naast het psychisch lijden. Faalangst is volgens de DSM-IV-TR en DSM-5 geen afzonderlijke stoornis maar kan een uitingsvorm van sociale angst of van een generaliseerde angst zijn.

Sommigen spreken van ‘positieve faalangst’ of een gezonde spanning of stress, plankenkoorts of gerichte spanning waarbij men zichzelf oplaadt voor een bijzondere prestatie. Er mag sprake zijn van een zekere spanning, doch niet van stress lang voor de uitvoering van de taak. Dit komt niet overeen met onze definitie van faalangst. Faalangst is altijd negatief omdat het de levenskwaliteit dermate beïnvloed, ook al is het resultaat van een taak positief. De spanning leidt tot een irrationele angst voor mislukking en eerder blokkeert dan motiveert. De blokkering kan zich uiten in chaotisch en gehaast worden, hyperventileren en/of verminderde concentratie.

Er zijn 3 soorten faalangst:

- Cognitieve faalangst: faalangst voor schoolse taken;
- Sociale faalangst: faalangst voor sociale taken, zoals iets vertellen in gezelschap. Hier is een parallel met sociale angst;
- Motorische faalangst: faalangst voor motorisch competitieve taken.

Faalangst heeft te maken met het idee negatieve reacties op een persoonlijke prestatie te krijgen. Omwille van een negatief zelfbeeld registreren faalangstige leerlingen negatieve opmerkingen beter dan positieve. Leerlingen met faalangst hebben vaak

⁵⁴⁹ Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziene druk, Houten 2009, Bohn Stafleu van Loghum, blz. 95

⁵⁵⁰ Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. & Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003, blz. 201

faalangstige, strenge ouders en/of ouders die (te) hoge eisen stellen. Ouders kunnen impliciet en onbewust boodschappen geven die de faalangst versterken.

Bijvoorbeeld: “doe me een plezier”. Hierbij is de impliciete boodschap dat het kind zijn ouders teleurstelt indien hij niet voldoet aan wat van hem verwacht wordt.

Kenmerken van faalangst:

- Cognitief: er is een negatieve zelfbeoordeling en gebrek aan zelfacceptatie. Bij succes wordt de oorzaak buiten zichzelf gelegd, bij een mislukking ligt de oorzaak in zichzelf (externe versus interne attributie). Men heeft het moeilijk om een compliment te aanvaarden. Na een test of toets kan men weer helder denken. De angst voor een taak kan het denken volledig beheersen. Deze leerlingen stellen zichzelf irreële, te hoge of te lage eisen. Zo kunnen ze zich onttrekken aan de verantwoordelijkheid voor het behaalde resultaat.
- Lichamelijk: zweten, rode gelaatskleur, hartkloppingen, maag- en/of darmklachten, hoofdpijn, black-out, ...
- Gedragmatig: chaotisch te werk gaan, detaillistisch studeren, teveel tijd aan een opdracht besteden, werk onderbreken en afdwalen.

Faalangst is niet altijd gemakkelijk te herkennen, omdat jongeren vaak het tegenovergestelde gedrag laten zien: stoer, clownesk gedrag. Ouders en leerkrachten dienen zich zorgen te maken bij chronisch onderpresteren en/of geblokkeerd raken, sterk vermijdingsgedrag en een grote lijdensdruk bij de leerling. Bijvoorbeeld elke dag met hoofd- en/of buikpijn naar school gaan en slecht slapen.

Wanneer de leerling leert om zijn eigen, innerlijke maatstaf te ontwikkelen, kan faalangst voorkomen worden. Hiervoor moeten ze dan wel voldoende erkenning krijgen voor wat ze doen⁵⁵¹.

Faalangst komt in het basisonderwijs voor bij één op de twaalf leerlingen. In het secundair onderwijs heeft 10%-20% van de leerlingen te kampen met faalangst. Het aantal faalangstigen is gelijk bij jongens en meisjes doch uit zich anders. Meisjes blijken meer belang te hechten aan hun studie en spannen zich ook meer in⁵⁵². Meisjes roepen ook gemakkelijker hulp in.

Risicofactoren voor het ontwikkelen en bestendigen van faalangst:

- gebrek aan positieve verwachtingen in de omgeving;
- meer nadruk op wat de leerling fout doet;
- negatieve schoolervaringen;
- sfeer van competitie;

⁵⁵¹ Werd & Kouwenhoven, 1997; Hay, 2004, in: Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziene druk, Houten 2009, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, blz. 98

⁵⁵² Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.G., Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004, blz. 202

- te geringe stimulans en te veel bescherming;
- te hoge eisen van de omgeving;
- vergelijking met 'slimmere' leerlingen;
- verkeerde voorbeelden van volwassenen of andere belangrijke anderen;
- vervelende reacties van leeftijdgenoten op falen;
- waardering vrijwel uitsluitend gekoppeld aan goede prestaties;
- weinig experimenteer ruimte voor falen;
- zich niet geaccepteerd voelen bij mislukken.

Gehechtheid⁵⁵³

Gehechtheid bij kinderen wordt gedefinieerd als een relatief duurzame affectieve relatie met één of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig contact heeft. Op basis van vroege ervaringen met verzorger(s) ontwikkelt een kind een hechtingssysteem⁵⁵⁴ als een intern werkmodel waarin alle eerste emotionele ervaringen worden opgeslagen en verwerkt. Dit werkmodel verschaft het kind een leidraad en een basis voor latere interacties met zijn omgeving. Dit betekent evenwel niet dat het gaat om een niet te beïnvloeden kenmerk van een individu. In de loop van het leven en in interactie met de omgeving wordt het hechtingssysteem regelmatig aangevuld en bijgesteld. Anderzijds fungeert het werkmodel ook als een filter waarbij nieuwe informatie die sterk afwijkt van het huidige model, kan worden vervormd of uitgesloten.

210

Regressie

Bij regressie keert het kind (onder stress) terug naar een gedrag dat het vroeger in zijn ontwikkeling vertoonde (bijvoorbeeld bedplassen, sneller huilen, terug taalgebruik van toen het jonger was, terug duimzuigen).

Schoolfobie

Schoolfobie verwijst naar een niet bij de ontwikkelingsfase passende en overdreven angst om naar school te gaan en daar te zijn, met problemen om weg te gaan van de ouders en met vaak bijkomende leer- en sociale problemen. Schoolfobie komt niet voor in de DSM-IV-TR en DSM-5 maar kan een uitingvorm zijn van een separatie-angststoornis.

Een kind met schoolfobie vertoont⁵⁵⁵:

- ernstige problemen met het naar school gaan, waardoor het vaak van school thuis blijft;

⁵⁵³ Bowlby en Ainsworth worden beschouwd als pioniers op het terrein van gehechtheid. Vanderploeg J.D., *Behandeling van gedragsproblemen, initiatieven en inzichten*, Lemniscaat, Rotterdam, 2005, 156-158 en Prins P. & Braet C., *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, blz. 9

⁵⁵⁴ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

⁵⁵⁵ Berg e.a., 1969, in: Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.G., *Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004, blz. 514

- emotionele ontreding, bijvoorbeeld extreme angst, woede-uitbarstingen, lichamelijke klachten als er sprake is van naar school gaan;
- schoolverzuim met medeweten van de ouders;
- geen antisociaal gedrag, zoals stelen, liegen, zwerven, vernielzucht, ...;

Indien het kind ook voor andere dan schoolverwante situaties angstig is en deze vermijdt, is dit geen schoolfobie. Een acute of posttraumatische stress-stoornis bijvoorbeeld na een crisissituatie op school zoals brand, een dodelijke ongeval, valt niet onder het begrip schoolfobie.

Wanneer de ouders het kind thuis houden en het daar aantrekkelijk maken, versterken ze het kind in zijn angsten. Omdat net de houding van de ouders, de school en de eventuele hulpverlener hierin belangrijk zijn, is schoolweigeren geen absolute voorwaarde voor de diagnose schoolfobie.

Soms gaat een separatieangst gepaard met een heftige weigering om naar school⁵⁵⁶-⁵⁵⁷ te gaan. Men spreekt van schoolfobie wanneer schoolweigering gepaard gaat met een irrationele angst voor de school of bepaalde aspecten ervan, vermijdingsgedrag en symptomen zoals spanning en lichamelijke klachten vóór het naar school gaan. Een leerling met een schoolfobie voelt zich overal niet erg angstig, behalve op school. Net zoals faalangst bespreken we schoolfobie in dit protocol als een onderkende diagnose die vaak voorkomt binnen een schoolse context. Deze angst wordt niet afzonderlijk beschreven in een classificatiesysteem als de DSM-5⁵⁵⁸. Indien er een reële angst is voor school, dient gezocht wat hiervan de aanleiding is. Mogelijke aanleidingen zijn o.a. gepest worden, een niet-onderkende leerstoornis, problemen in de relatie met een leerkracht, ...

Voor een kind dat ziek is of bij wie een nog niet gemanifesteerd ziektebeeld aanwezig is, kan het niet naar school gaan het meest op de voorgrond tredend symptoom zijn. Bij spijbelen⁵⁵⁹ gaat het om ongeoorloofd schoolverzuim. Spijbelen beginnend voor het 13^{de} levensjaar is een mogelijk symptoom van een meer uitgebreide antisociale gedragsstoornis indien het gepaard gaat met een andere gedragsproblemen. In tegenstelling tot het kind met een schoolfobie zal de spijbelaar dit doen zonder medeweten en toestemming van de ouders en zal hij zijn best doen dit voor de omgeving verborgen te houden.

⁵⁵⁶ Bij schoolweigering is het belangrijk om na te gaan wat ervan aan de basis ligt. Het kan onder meer gaan om een symptoom van een separatieangststoornis, een fobische reactie op de school, een manier om sociale situaties te vermijden of gelinkt zijn aan een onderliggende leerproblematiek. Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onderzoek en diagnostiek, Van Gorcum, 2000, blz. 448

⁵⁵⁷ Zie Bijlage 23: Checklist schoolweigering

⁵⁵⁸ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁵⁵⁹ http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/algemeen/wat_is_spijbelen.htm

6.3 Criteria

In dit protocol wordt gekozen voor de bespreking van angststoornissen volgens de indeling van de DSM-5⁵⁶⁰. Op de meest relevante angststoornissen binnen de context van CLB en onderwijs wordt uitgebreider ingegaan.

- angststoornissen in het algemeen;
- specifiek:
 - separatieangststoornis
 - selectief mutisme
 - specifieke fobie
 - sociale angststoornis
 - paniekstoornis
 - agorafobie
 - gegeneraliseerde angststoornis

In de DSM-5⁵⁶¹ werd de posttraumatische stress-stoornis en acute stress-stoornis uit de categorie angststoornissen genomen en komen ze onder een nieuwe categorie: de 'Trauma en Stress Gebonden Stoornissen'. De obsessief-compulsieve stoornis is een afzonderlijke en verruimde categorie geworden. De paniekstoornis en agorafobie zijn ontkoppeld. Anderzijds werden in de DSM-5 de separatie-angststoornis en het selectief mutisme toegevoegd aan de categorie van de 'Angststoornissen'.

212

6.3.1 Categoriele criteria in het algemeen⁵⁶²

Indien angsten lang blijven duren en zo intens zijn dat ze het kind hinderen bij het dagelijks functioneren, het kind belemmeren in zijn omgang met andere kinderen en volwassenen en als gevolg hebben dat het kind niet goed presteert op school en op andere levensdomeinen dan kan men spreken van abnormale angst of een angststoornis⁵⁶³. Angst⁵⁶⁴ wordt pas een symptoom van een stoornis indien het kind door de angst niet in staat is te voldoen aan leeftijdseigen ontwikkelingstaken. Een indicator hierbij is of het kind in staat is (binnen een redelijke tijdsspanne) te herstellen van angst.

⁵⁶⁰ American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁵⁶¹ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5:

<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

⁵⁶² Zie Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁵⁶³ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 9

⁵⁶⁴ Koot et al., 2002, in: Verkerk G., Nijssen A., Vos M. & Gerrits R., Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren, Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, 2004, blz. 17

Bij stressvolle gebeurtenissen is het normaal dat het kind regresseert⁵⁶⁵. Indien gevoelens en gedrag, behorend tot een voorgaande ontwikkelingsfase, hardnekkig blijven aanhouden is dit een signaal van stagnatie in de ontwikkeling.

Volgende kenmerken zijn volgens de DSM-5 aanwezig bij de gegeneraliseerde angststoornis, de specifieke fobie en de sociale fobie:

- aanhoudende, onredelijke angst in één of meer situaties;
- blootstelling aan deze situatie(s) lokt de angst steeds uit;
- angst is niet naar verhouding tot het aanwezige gevaar of tot de bedreiging in de situatie, rekening houdend met culturele contextfactoren⁵⁶⁶;
- vermijding van gevreesde situaties;
- de angst(ige verwachting) veroorzaakt significant lijden en belemmeringen in het dagelijks sociaal, schools of beroepsmatig functioneren;
- ten minste 6 maanden aanwezig;
- geen somatische aandoening of niet het gevolg van de fysiologische effecten van een middel en niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

6.3.2 Separatieangststoornis⁵⁶⁷

Separatieangststoornis is een niet bij de ontwikkelingsfase passende en overdreven angst om gescheiden te worden van huis of van diegenen aan wie het kind gehecht is. Door de separatieangst treden er vaak secundaire problemen op in specifieke situaties, zoals bij het slapengaan, logeerpartijen, uitjes zonder de ouders, aanhoudende tegenzin of weigering om naar school of ergens anders heen te gaan of een overdreven angst om alleen te zijn, ...

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor separatieangststoornis zijn:
de angst

- past niet bij het ontwikkelingsniveau en is overdreven;
- wordt uitgelokt door het gescheiden worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is;
- is aanhoudend en duurt minimum vier weken bij kinderen en adolescenten en minimum 6 maanden bij volwassenen;
- veroorzaakt significant lijden of beperkingen in sociaal, schools of beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen;
- is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals bij ASS, het weigeren zijn thuis te verlaten als gevolg van een overdreven weerstand tegen verandering, of bij agorafobie het niet buiten durven gaan zonder een vertrouwd

⁵⁶⁵ Zie Definities en begrippen

⁵⁶⁶ APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5:

<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

⁵⁶⁷ Wenar C. & Kerig P. Developmental Psychopathology. From Infancy through Adolescence. Fifth Edition. Mc Graw-Hill International Edition, 2006, blz. 222 en Hellinckx W., Grietens H. & Geeraert L. Hulp bij opvoedingsvragen, 2002, Acco, Leuven, blz. 130 -131

persoon, of bij psychotische stoornis, wanen of hallucinaties over gescheiden worden.

Een separatieangststoornis kan gepaard gaan met lichamelijke verschijnselen, zoals hoofdpijn, buikpijn,... . Bij het stellen van de diagnose is het essentieel rekening te houden met het ontwikkelingsniveau en de leeftijd van het kind. Van een driejarige kleuter zijn bij het even weggaan van de ouders nog angstreactions met huilen en aanklampen te verwachten, bij een achtjarige niet meer. Een kind of jongere met separatieangst heeft vaak gedachten dat zijn ouders iets ernstigs kan of zal overkomen. Hij wil niet naar school om bij een hechtingspersoon te kunnen blijven.

6.3.3 Selectief mutisme⁵⁶⁸

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor selectief mutisme zijn:

- consequent niet in staat zijn om te spreken in specifieke sociale situaties waarin het kind verwacht wordt te spreken, bijvoorbeeld op school, ondanks het kunnen spreken in andere situaties;
- de stoornis staat het bereiken van resultaten in opleiding of beroep in de weg of belemmert de sociale communicatie;
- de duur van de stoornis is ten minste één maand (niet beperkt tot de eerste maand op school);
- het er niet in slagen om te spreken is niet het gevolg van een gebrek aan kennis van, of zich vertrouwd voelen met, de gesproken taal die in de sociale situatie vereist wordt;
- de stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een communicatiestoornis en komt niet uitsluitend voor bij een autismespectrumstoornis, schizofrenie, of een andere psychotische stoornis.

6.3.4 Specifieke fobie⁵⁶⁹

De specifieke fobie is een duidelijke, aanhoudende angst, uitgelokt door aanwezigheid van of anticipatie op een specifieke prikkel, voorwerp of situatie. Deze prikkel, dit object of die situatie wordt vermeden of doorstaan met intense angst of vrees. De diagnose 'specifieke fobie' wordt enkel gesteld wanneer de vrees, angst of vermijding gedurende 6 maanden of meer aanhoudend aanwezig is en een duidelijk lijden of belemmering veroorzaakt in het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen. Er zijn vijf typen: dier, natuur, bloed-injectie-verwonding, situationeel en overige. Veel voorkomende fobieën zijn: fobieën voor onweer, grote hoogten, afgesloten ruimten, spinnen, muizen en katten. Bij kinderen kan de angst of de vrees tot uiting komen door huilen, woedebuien, verstijven of aanklampend gedrag.

⁵⁶⁸ In de ICD-10 wordt de term *electief* mutisme gehanteerd.

⁵⁶⁹ Zie ook Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

6.3.5 Sociale angststoornis of sociale fobie

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor een sociale angststoornis zijn:

- een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De voorbeelden houden sociale interacties in (bijvoorbeeld een gesprek hebben, onbekende mensen ontmoeten), geobserveerd worden (bijvoorbeeld tijdens het eten of drinken), en optreden voor een publiek (bijvoorbeeld een voordracht geven). Bij kinderen moet de angst voorkomen in gezelschap van leeftijdgenoten en niet alleen maar in interactie met volwassenen.
- de betrokkene is bang dat hij/zij zich op een bepaalde manier zal gedragen of angstverschijnselen zal tonen die negatief beoordeeld zullen worden (bijvoorbeeld die vernederend of beschamend zijn; of die tot verwerping of kritiek door anderen zullen leiden).
- blootstelling aan de gevreesde sociale situatie lukt bijna altijd angst uit. Bij kinderen kan de angst tot uiting komen in de vorm van huilen, woede-uitbarstingen, verstijven, vastklampen aan ander persoon, ineenkrimpen of niet kunnen spreken in sociale situaties.
- de gevreesde sociale situaties worden vermeden dan wel doorstaan met intense angst of lijden.
- de angst is overdreven of onredelijk in verhouding tot de aanwezige bedreiging van de sociale situatie en tot de socioculturele context.
- de vrees, de angst of de vermijding is aanhoudend en de duur is meestal zes maanden of meer.
- de vrees, angst of vermijding veroorzaakt in klinisch significante mate lijden en belemmering in het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen van functioneren.
- de vrees, angst of vermijding zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld druggebruik, geneesmiddel) of een somatische aandoening
- de vrees, angst of vermijding zijn niet eerder toe te aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een paniekstoornis, separatieangststoornis, stoornis in de lichaamsbeleving of een autismespectrumstoornis).
- indien er sprake is van een andere somatische aandoening (bijvoorbeeld bij ziekte van Parkinson, obesitas, misvorming door brandwonden of letsels) dan houdt de vrees, angst of vermijding daar geen verband mee of is niet naar verhouding.

Specificeer 'alleen bij prestaties': indien de vrees alleen beperkt is tot spreken of optreden in het openbaar.

Vaak gaat een sociale angststoornis gepaard met overmatige emotionele reactiviteit, eenzaamheid en prikkelbaarheid. Kinderen met een sociale fobie hebben niet alleen angst en moeite in de omgang met volwassenen, maar ook met leeftijdgenoten. Deze kinderen zijn wel in staat om te gaan met vertrouwde personen. De angst kan zich uiten in woedebuien, huilen, weglopen, niets meer zeggen, ...

6.3.6 Paniekstoornis⁵⁷⁰

Een paniekstoornis verwijst naar terugkerende onverwachte paniekaanvallen: begrensde perioden van intense angst die plotseling ontstaan en gepaard gaan met duidelijke lichamelijke en cognitieve symptomen. Omdat men vreest voor een paniekaanval, gaat men situaties vermijden. Men vermijdt vooral sociale situaties of verlaten plaatsen. We beperken ons tot deze beschrijving omdat deze stoornis weinig voorkomt voor de late adolescentie⁵⁷¹ en minder belangrijk is in de context van school en CLB.

6.3.7 Agorafobie⁵⁷²

Agorafobie is de angst om op een plaats of in een situatie te zijn van waaruit ontsnappen moeilijk kan zijn of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval van een paniekaanval of paniekachtige verschijnselen. We beperken ons tot deze beschrijving omdat deze stoornis minder belangrijk is in de context van school en CLB.

6.3.8 Gegeneraliseerde angststoornis

De belangrijkste criteria in de DSM-5 voor gegeneraliseerde angststoornis zijn:

- een buitensporige angst en bezorgdheid (een ongerustheid - bange voorgevoelens) die de meeste dagen aanwezig zijn gedurende minstens 6 maanden, over gebeurtenissen of activiteiten (zoals school- en werkprestaties).
- de betrokkene vindt het moeilijk om de bezorgdheid in de hand te houden.
- de angst en bezorgdheid gaan samen met drie (voor kinderen één) of meer van volgende zes symptomen (waarvan op zijn minst sommige symptomen de laatste 6 maanden vaker wel dan niet aanwezig zijn geweest):
 - (1) rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn,
 - (2) snel vermoeid zijn,
 - (3) zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren

⁵⁷⁰ Zie ook Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

⁵⁷¹ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/>

⁵⁷² Zie ook Angststoornissen in DSM-5: American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013

- (4) prikkelbaarheid
- (5) spierspanning en
- (6) in- of doorslaapstoornis of rusteloze, niet verkwikkende slaap.
- de vrees, angst of vermijding veroorzaakt in klinisch significante mate lijden en belemmering in het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke terreinen van functioneren.
- de stoornis is niet toe te schrijven aan de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld druggebruik, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyroïdie).
- de stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis maken zich zorgen over vrijwel alles, zijn perfectionistisch en piekeren over de kwaliteit van hun prestaties. Ze reageren nerveus en gespannen, hebben lichamelijke klachten en neigen naar conformisme uit angst niet geaccepteerd te worden.

6.4 Prevalentie

Angststoornissen zijn de meest voorkomende vorm van pathologie bij jongeren beneden 18 jaar met een cumulatieve prevalentie⁵⁷³ van 9,9% bij 16 jarigen in de V.S.⁵⁷⁴, 2,2 - 9,5 %⁵⁷⁵ voor respectievelijk een 3 tot 12 maanden prevalentie bij 5 tot 17 jarigen in Groot-Brittannië en V.S.. Het optreden van het type angststoornis is gerelateerd aan het niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Zo komt de separatieangststoornis relatief vaak voor in de kindertijd. De gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie komen vaker voor tijdens de adolescentieperiode. Meisjes hebben tweemaal zoveel kans om een angststoornis te ontwikkelen dan jongens.

Separatieangststoornis, specifieke fobieën, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis komen het vaakst voor bij kinderen en adolescenten, namelijk 2,2 – 3,6 %.⁵⁷⁶

Separatieangststoornis komt bij zes- tot elfjarigen vaker voor dan in andere leeftijdscategorieën. De gemiddelde leeftijd waarop de separatieangststoornis voor het

⁵⁷³ Cumulatieve prevalentie(cijfer) is het percentage van personen (hier jongeren) op een bepaalde leeftijd die op enig moment in hun jeugd een angststoornis hebben gehad.

⁵⁷⁴ Epidemiologisch onderzoek van Costello e.a. (2003) in Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 12

⁵⁷⁵ Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/> Zie ook en voor meer gedetailleerde gegevens: Bernstein, G.A. & Shaw, K., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Anxiety Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:10, October 1997, 70S

⁵⁷⁶ Epidemiologisch onderzoek van Costello e.a. (2004) in Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 12

eerst voorkomt is 7,5 jaar⁵⁷⁷. Bij jongeren van 15 à 16 jaar is de prevalentie van een separatieangststoornis 1,7 %⁵⁷⁸.

1 à 2 % van de jongeren heeft last van agorafobie of een posttraumatische stressstoornis⁵⁷⁹.

Het minst vaak komen de paniekstoornis en de obsessief-compulsieve stoornis voor, met name < 1 %⁵⁸⁰ bij kinderen en jongeren.

6.5 Comorbiditeit en differentiaaldiagnose

- **Angststoornissen onderling**

De aanwezigheid van een bepaalde angststoornis is een risicofactor voor het ontwikkelen van andere angststoornissen. Bij kinderen is er hoge comorbiditeit tussen de angststoornissen: één op de vijf kinderen met een angststoornis heeft ook nog een tweede angststoornis⁵⁸¹

Differentiaal diagnostisch is bij de gegeneraliseerde angststoornis ten opzichte van de separatieangststoornis, sprake van angst in meerdere situaties en is de angst vrijwel voortdurend aanwezig. Kinderen met een separatieangststoornis daarentegen zijn niet altijd angstig en gespannen, enkel wanneer ze van hun ouders (dreigen) gescheiden (te) worden.

Bij separatieangststoornis ligt het accent op het gescheiden worden van vertrouwde personen. Bij sociale fobie ligt het probleem eerder in het in contact komen met onbekende personen.

De angst van de paniekstoornis is angst om een paniekaanval te krijgen, het is geen verlatingsangst.

- **Angststoornissen en depressie**

Een angststoornis bij kinderen⁵⁸² gaat in 30 tot 75 % van de gevallen gepaard met een depressie. Deze comorbiditeit komt meer voor bij meisjes. Kinderen en adolescenten met een angststoornis hebben acht keer zoveel kans op een depressie dan jongeren zonder een angststoornis⁵⁸³.

Angststoornissen gaan een depressieve stoornis vaak vooraf. Angstige kinderen neigen ertoe minder te spelen met andere kinderen en doen vaak niet mee aan georganiseerde activiteiten. De angst resulteert in sociale inhibitie met als gevolg

⁵⁷⁷ Bernstein, G.A. & Shaw, K., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Anxiety Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36:10, October 1997, 70S

⁵⁷⁸ Verkerk G., Nijssen A., Vos M. & Gerrits R., Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren. Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, 2004, blz. 16

⁵⁷⁹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 12

⁵⁸⁰ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 16

⁵⁸¹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 15

⁵⁸² De Fever F., Kinderen met een depressie, Handboek voor opvoeding en onderwijs, Acco, Leuven, 2001, blz. 59

⁵⁸³ Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 353

dat deze kinderen niet de essentiële sociale vaardigheden ontwikkelen. Angstige kinderen zijn hierdoor vaak ongelukkig en verdrietig, voelen zich alleen en verlegen en laten hierdoor vaak tekenen van een depressie zien. Indien zij depressief zijn, verstoort dit de sociale en interpersoonlijke relaties en heeft dit gevolgen voor het schools functioneren.

Kinderen met een depressie kunnen de vitaliteit missen om naar school te gaan. Bij hen staat de depressie op de voorgrond en niet de angst.

- **Angststoornissen en ADHD**

Kinderen met een angststoornis hebben 3,0 keer meer kans op ADHD, als bijkomende stoornis⁵⁸⁴.

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

- **Angststoornissen en autismspectrumstoornis**

Bij ASS komt separatieangst voor. In de DSM-IV-TR⁵⁸⁵ kan de diagnose separatieangststoornis niet gesteld bij kinderen of jongeren met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Volgens de DSM-5 kan dit wel indien die separatieangst geen uiting is van weerstand tegen verandering ten gevolge van de ASS-problematiek.

- **Angststoornissen en gedragsstoornissen**

Een angststoornis gaat vaak samen met een gedragsstoornis. Kinderen met een angststoornis hebben 3,1 keer meer kans op een oppositioneel-opstandige/antisociale gedragsstoornis⁵⁸⁶.

- **Separatieangststoornis en depressie**

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

⁵⁸⁴ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 16

⁵⁸⁵ American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001

⁵⁸⁶ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 16

6.6 Etiologie van angststoornissen⁵⁸⁷

6.6.1 Biologische factoren

29% van de variatie in angstscores wordt verklaard door erfelijkheid⁵⁸⁸. Niet een specifieke angststoornis is erfelijk, maar wel de aanleg voor het ontwikkelen van een stoornis in het angstspectrum. Toch ontstaat een angststoornis pas bij uitlokkende omgevingsfactoren. Genetische kwetsbaarheid uit zich pas vanaf een bepaald ontwikkelingsniveau in interactie met andere biologische, psychologische en omgevingsfactoren⁵⁸⁹.

Wat het neurobiologisch systeem betreft, wordt er tijdens angstige momenten het stresshormoon (cortisol) vrijgegeven wat leidt tot het verhogen van de prikkelbaarheid van hersencircuits die geassocieerd worden met angst. Indien kinderen gedurende geruime tijd blootgesteld worden aan angstige situaties of aan extreme vormen van angst heeft dit effect op de breinstructuur, waardoor zij verhoogd vatbaar worden voor angst.

6.6.2 Psychologische factoren

6.6.2.1 Ontstaansfactoren

- **Gedragsinhibitie**⁵⁹⁰

Een van de belangrijke factoren in de ontwikkeling van een angststoornis is de mate van gedragsinhibitie⁵⁹¹. Gedragsinhibitie is een biologisch bepaalde temperamentfactor die gekenmerkt wordt door de neiging om ongewoon verlegen en angstig te reageren en zich terug te trekken in sociale en niet-sociale situaties die nieuw en onbekend zijn. Meerdere onderzoeken tonen aan dat kinderen en adolescenten met een hoge gedragsinhibitie een verhoogd risico hebben om verscheidene angstsymptomen en angststoornissen te ontwikkelen⁵⁹².

⁵⁸⁷ Risicofactoren bij angst- en stemmingsstoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, blz 2-3

<http://www.nji.nl/Angst-en-stemmingsproblemen-Probleemschets-Risicofactoren>

⁵⁸⁸ Onderzoek van Stevenson, Batten en Cherner (1992) in: Muris, P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 18

⁵⁸⁹ Boer et al., 2002, in: Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren, Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, Gerda Verkerk, Angelique Nijssen, Maarten Vos, Rob Gerrits, 2004, blz.18

⁵⁹⁰ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz.1
http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

⁵⁹¹ Dit valt niet te verwarren met de responsinhibitie bij de executieve functies.

⁵⁹² Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 358-359

- **Angstsensitiviteit**⁵⁹³

Angstsensitiviteit is genetisch bepaalde neiging om bang te worden van de met angst geassocieerde lichamelijke symptomen omdat men denkt dat deze schadelijke lichamelijke, psychische en sociale gevolgen zullen hebben⁵⁹⁴. Hoge angstsensitiviteit is een meer specifieke kwetsbaarheidsfactor omdat ze vooral invloed heeft op het ontstaan van panieklachten.

- **Walgingsgevoeligheid**⁵⁹⁵

Een andere specifieke kwetsbaarheidsfactor is de walgingsgevoeligheid: dit is een erfelijk bepaalde persoonlijkheidstrekk die alleen van belang is bij het ontstaan van dierfobieën⁵⁹⁶.

- **Negatieve leerervaringen**⁵⁹⁷

Bij het ontstaan van angststoornissen bij kinderen en adolescenten, hebben naast de vermelde kwetsbaarheidsfactoren ook negatieve leerervaringen een belangrijke invloed. Er zijn verschillende (leer)mechanismen waarbij angst(stoornissen) verworven kunnen worden:

- het eenvoudigste is de traumatische conditionering (klassieke conditionering), zoals wanneer een kind betrokken is bij een auto-ongeval en hij zeer angstig wordt om mee te rijden in de auto. Of het nu gaat om directe ervaring, observatie van de gebeurtenis of informatie via geruchten, dit mechanisme veroorzaakt in het kind de verwachting dat een eerder neutrale stimulus zal resulteren in een negatief gevolg. Hoewel er een traumatische ervaring heeft plaatsgevonden, zal niet elk kind fobisch worden. Anderzijds heeft ook niet elk kind met een fobie een trauma ervaren. Wanneer stressvolle gebeurtenissen samengaan met andere risicofactoren, zoals temperament en een eerdere leergeschiedenis zal het kind gemakkelijker traumatische reacties ontwikkelen. Ook kan de eerdere leergeschiedenis als beschermende factor inwerken op een geconditioneerde angstreactie, dit wordt 'latente inhibitie' genoemd;
- studies laten zien dat het geven van negatieve informatie invloed heeft op het angstniveau van kinderen ten aanzien van het onderwerp/object waarover die negatieve informatie werd gegeven;
- via operante conditionering leert het kind dat het in contact komen met de beangstigende stimulus gevolgd wordt door een negatieve prikkel (voorbeeld:

⁵⁹³ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 1

http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

⁵⁹⁴ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 359

⁵⁹⁵ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 1

http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

⁵⁹⁶ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 360

⁵⁹⁷ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 24-28

- paard strelen maar even later een beet krijgen), met als gevolg dat de angst van het kind intenser wordt en het vermijdingsgedrag toeneemt;
- onderzoeken toonden de invloed aan van het uitdrukken van angst- of negatieve gevoelens door de moeder ten aanzien van hun kind, op het angstniveau (en vermijdingsgedrag) van hun kind. Hierbij werd het leereffect van observationeel of modelleren aangeduid⁵⁹⁸;
 - sommige angststoornissen kunnen ontstaan als reactie op stressvolle gebeurtenissen die niet gerelateerd zijn aan de angststoornis. Zo kan separatieangst ontstaan als reactie op een ernstige stressvolle gebeurtenis die niets met separatie te maken heeft, zoals een langdurige ernstige ziekte. Kinderen kunnen regresseren⁵⁹⁹ als reactie op een stressvolle gebeurtenis en verliezen hun copingvaardigheden die eerder hielp om hun angsten te overwinnen.

6.6.2.2 In stand houdende factoren⁶⁰⁰

De in stand houdende factoren kunnen ook als ontstaansfactoren fungeren maar worden hier afzonderlijk weergegeven omdat ze vooral een rol spelen bij het blijven verder duren of verergeren van angst(stoornissen). Omgekeerd kunnen ook elke van deze factoren leiden tot een kantelmoment in de ontwikkeling: het kind met vermijdingsgedrag leert de probleemsituatie te benaderen, slechte regulatievaardigheden worden vervangen door goede regulatievaardigheden, cognitieve biases worden geherstructureerd, succeservaringen komen in de plaats van negatieve ervaringen.

- **Het vermijdingsgedrag van het kind**

Angst kan overwonnen worden door het gevreesde onderwerp/situatie onder ogen te zien en er op een constructieve wijze mee te leren omgaan. Door vermijdingsgedrag lukt deze beheersing niet en wordt de angst bestendig. Vermijdingsgedrag is een verleidelijke val omdat de angst tijdelijk verminderd wordt.

Bijvoorbeeld een erg verlegen kind is opgelucht dat het niet hoeft deel te nemen aan spelletjes in een groepje kinderen tijdens de speeltijd. Doch tegelijkertijd blijft het verstoken van de mogelijkheid om sociale vaardigheden te leren, die nodig zijn om aan activiteiten in een groep deel te nemen, maar het mist ook de mogelijkheid om zijn eigen onrealistische ideeën (die angst opwekken bij het kind) met betrekking tot groepsactiviteiten bij te stellen op basis van zijn ervaring.

Voortdurend vermijdingsgedrag kan resulteren in tekorten in vaardigheden die een nadelig effect hebben zowel op schoolse verworvenheden als op sociale relaties. Sociale angst en teruggetrokkenheid kunnen leiden tot verwerping door

⁵⁹⁸ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 26

⁵⁹⁹ zie Definities en begrippen

⁶⁰⁰ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 30-33

leeftijdsgenoten en eenzaamheid en depressie tijdens de adolescentie. Vermijding houdt het kind tegen om de emotieregulatievaardigheden te leren die hem zouden toelaten zijn angsten te beheersen en te overwinnen.

- **Beloning**

Elk gedrag, ook angstig gedrag zal toenemen als er een positief gevolg wordt aan gekoppeld.

Wanneer bijvoorbeeld een kind met een specifieke fobie dat onder meer uitzinnig huilt uit schrik voor honden, wegloopt van de hond en getroost wordt door zijn ouder (beloning), zal bij een volgende keer dat het een hond tegenkomt nog meer kans hebben om terug erg angstig te worden.

- **Cognitieve biases**⁶⁰¹

Kinderen met een angststoornis vertonen een aantal afwijkingen (biases) in hun informatieverwerking. Er is sprake van aandachtsbias voor angstrelevante stimuli, waardoor zij gevoelig zijn voor potentieel bedreigende informatie. Zij interpreteren ambigue informatie snel als bedreigend en evalueren angstrelevante stimuli negatiever dan kinderen zonder angststoornissen⁶⁰². Ze vertonen ook onrealistische cognitieve overtuigingen, bijvoorbeeld dat de wereld een gevaarlijke plaats is. Eveneens zien zij zichzelf als incompetent om met die bedreigingen om te gaan. Hierdoor voelen ze zich vaak machteloos en geven sneller op wanneer ze voor een obstakel staan.

Niet alleen geloven angstige kinderen dat zij bedreigende situaties niet kunnen controleren, ook geloven ze dat ze hun eigen angstige reactie niet kunnen beheersen.

6.6.3 Transactionele factoren

Onderzoek heeft een aanzienlijk aantal (afzonderlijke) kwetsbaarheid-, risico- en beschermende factoren kunnen aanduiden. De ontwikkeling en voortduren van angststoornissen bij kinderen en adolescenten worden het best verklaard door de combinatie van factoren die met elkaar in interactie staan tijdens het opgroeien van het kind⁶⁰³.

⁶⁰¹ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 1-2

http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

⁶⁰² Vervoort, Wolters, Hogendoorn, Prins, de Haan, Nauta & Boer, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39, 2010, 481-491)

⁶⁰³ Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 365

- **Opvoedingsstijlen**⁶⁰⁴

Bepaalde opvoedingsstijlen kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van angststoornissen bij kinderen en jongeren, samenhangend met de aard van de hechtingsrelatie⁶⁰⁵ dat het kind ontwikkelt⁶⁰⁶. Onveilige gehechtheid als baby verhoogt de kans op de ontwikkeling van een angststoornis. Onveilige gehechte kinderen hebben ouders die minder sensitief en/of minder responsief reageren op het kind en zijn noden. Dit geeft het kind meer het gevoel dat de wereld onbetrouwbaar en onvoorspelbaar is. Eveneens kan het hierdoor een zelfbeeld krijgen waarbij het idee heeft hulpeloos te zijn en de opkomende angst niet kan controleren. Deze kinderen zijn meer angstig in vrije spelsituaties en om de omgeving te exploreren. Ook zijn zij meer verlegen en teruggetrokken bij leeftijdsgenoten.

In de interpersoonlijke context kan overbescherming door ouders of leerkracht(en) bijdragen tot het in stand houden van de angst. Door de blootstelling van het kind aan angst uitlokkende situaties te verminderen, weerhoudt de ouder het kind om ermee te leren omgaan. Vaak zullen deze ouders ook het vermijdingsgedrag bij hun kind versterken. Ouders van angstige kinderen kunnen ook meer controlerend en directief zijn. Door hun welgemeende bedoeling om problemen op te lossen voor het kind, interfereren ze in zijn ontwikkeling van verworven competenties en zijn geloof in zijn mogelijkheden om zelfstandig problemen op te lossen.

Hoewel veel ouders van angstige kinderen eerder oversensitief en emotioneel reactief zijn, kunnen in een ander extreem geval ouders aan de angst van het kind bijdragen door weinig sensitief en weinig responsief te reageren. Bijvoorbeeld de ouder die over zijn verlegen kind zegt dat het “belachelijke onzin” is of die boos het kind forceert in angstaanjagende situaties, faalt in het voorzien van adequate emotionele ondersteuning en belast het kind met extra stress en angst. Met andere woorden kinderen hardhandig dwingen uitdagingen aan te gaan of overdreven beschermend optreden, blijken allebei de angstige reactie te verhogen.

Verder speelt mee dat ouders van angstige kinderen vaak zelf angstig zijn. Er zijn drie potentiële processen waarbij ouderlijke angst invloed zou kunnen hebben op het kind. Ten eerste kunnen de kinderen leren angstig te zijn door het imiteren van het rolmodel dat hun angstige ouders verschaffen (observationeel leren). Ten tweede kunnen angstige ouders reageren op de angst van het kind op een manier dat dit gedrag in stand gehouden wordt, meer bepaald door een wederzijdse voorkeur om vermijdingsgedrag te stellen als copingstrategie. Ten derde kunnen angstige ouders een tekort hebben aan goede emotieregulatie-vaardigheden waardoor ze deze ook niet kunnen aanleren aan hun kind. Omdat ze het bijkomend ook moeilijk kunnen hebben om zelf rustig te worden wanneer het kind zich zorgen

⁶⁰⁴ Oorzaken bij angststoornissen, website Nederlands Jeugdinstituut, juni 2012, blz 2-3

http://www.nji.nl/nl/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf

⁶⁰⁵ Zie ook Definities en begrippen en Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

⁶⁰⁶ Zie Bijlage 26: Soorten gehechtheidsrelaties

maakt, kunnen zij het ouderschap van hun kind als stressvol ervaren. De angstige ouder kan geïrriteerd geraken door het geïnhibeerde kind met het mogelijke gevolg dat de angst van het kind verergert of toeneemt.

- **Invloed van een angststoornis op de omgeving**

Het angstige kind beïnvloedt ook het ouderlijke gedrag. Alle ouders willen hun kind beschermen tegen de ervaring van intense angst. Indien het kind niet meer angstig en zorgeloos is, is dit een sterke beloning voor de ouder. Door het proces van aversieve conditionering traint het angstige kind de ouder om zich aan te passen aan de angstigheid van het kind, om het kind te helpen en aan te zetten tot vermijdingsgedrag. Deze vorm van coërcieve controle is het eerst geobserveerd bij kinderen met gedragsstoornis en hun ouders, maar het geeft ook een belangrijke inzicht in de familiedynamiek bij internaliserende stoornissen.

- **Negatieve levensgebeurtenissen⁶⁰⁷**

Onderzoeken laten zien dat negatieve levensgebeurtenissen zoals echtscheiding van de ouders, de dood van een gezinslid of gepest worden op school, bijdragen tot het ontstaan van hoge angstniveaus bij kinderen en jongeren.

- **De culturele context**

Men moet ermee rekening houden dat er cross-culturele verschillen mogelijk zijn in oorsprong, expressie, herkenning en het ontwikkelingsverloop van angst. Symptomen van angst bij een kind zijn hoger in maatschappijen die de nadruk leggen op inhibitie, meegaandheid en sociale controle zoals in veel Aziatische culturen. Of dit gedrag van het kind gekeken wordt als problematisch en of het leidt tot een pathologisch gevolg hangt voor een groot deel af van de culturele interpretatie.

⁶⁰⁷ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 27-28

6.7 Beschermende factoren

De beschermende factoren in kind en omgeving worden zijn te vinden in een gemeenschappelijke bijlage voor gedragsstoornissen, depressie en angststoornissen⁶⁰⁸. Specifiek voor angststoornissen lichten we er hieronder enkele toe.

- **Doelbewuste controle**

Beschermende temperamentsfactoren worden weergegeven in een construct dat 'doelbewuste controle' (effort control) heet. Deze bestaat uit twee bestanddelen:

- aandachtscontrole: het vermogen om aandacht te verplaatsen en te richten als dat nodig is en
- gedragscontrole: het vermogen om gedrag af te remmen als dat noodzakelijk is⁶⁰⁹.

Doelbewuste controle heeft sterke overeenkomsten met executieve functies. Kinderen die (in aanleg kwetsbaar zijn om angstproblemen te ontwikkelen en) over hoge niveaus van doelbewuste controle beschikken, zouden beter in staat zijn om hun gedrag en emoties te sturen en maken daardoor minder kans voor het ontwikkelen van psychopathologie. Onderzoeken ondersteunen deze bevindingen. De onderliggende werkingsmechanismen lijken te zijn dat ze met hun hoge niveaus van doelbewuste controle het maken van cognitieve fouten (vervormingen) tegengaan en dat ze daarnaast met hun doelbewuste controle ook hun gedrag en gedachten beter kunnen reguleren op het moment dat ze angstig zijn.

- **Waargenomen controle**

Waargenomen controle is de mate waarin een kind een gevoel van controle ervaart bij bepaalde gebeurtenissen. Vroege ervaringen in kindertijd met adequate controle leggen de bouwstenen voor een cognitieve stijl die een goed gevoel van zekerheid geeft dat nieuwe situaties goed te controleren zijn⁶¹⁰.

⁶⁰⁸ Zie Bijlage 27: Overzicht van beschermende factoren bij gedrags-, stemming- en angstproblemen/stoornissen

⁶⁰⁹ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 28-29

⁶¹⁰ Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 2010, blz. 30

6.8 Verloop en prognose

Angststoornissen zijn niet stabiel. Bij een deel van de jongeren met angststoornissen (41,9%) verdwijnen deze spontaan. Slechts 22,6 % van de jongeren met een angststoornis heeft na een jaar nog steeds last van dezelfde angstklachten. Bij anderen verandert de angststoornis in een nieuwe angststoornis of verandert ze in een ander psychisch probleem, zoals depressie⁶¹¹, somatoforme stoornis, ... De jongeren die bij aanvang van het onderzoek een specifieke angststoornis hadden vertonen vaak nog subklinisch symptomen van deze stoornis, die op een later moment weer 'actief' kunnen worden, al dan niet in de vorm van een andere problematiek.

Angststoornissen kunnen een chronisch verloop hebben. De angststoornissen van volwassenen blijken gemiddeld te zijn ontstaan rond de leeftijd van elf jaar⁶¹². Kinderen met een angststoornis hebben een- tot viermaal meer kans om op volwassen leeftijd aan een angststoornis te lijden.

Een separatieangststoornis kent verschillende ontwikkelingen, zoals een chronisch verloop of een transformatie in een andere angststoornis.

Kinderen met een separatieangststoornis lopen meer risico om later als volwassene een angststoornis of depressie te ontwikkelen. Indien het kind behandeld wordt, is de prognose over het algemeen gunstig. Toch kan een separatieangststoornis soms een voorteken zijn van een ander psychiatrisch probleem, bijvoorbeeld een somatoforme stoornis.

⁶¹¹ Zie Bijlage 29: Kenmerken van een depressie

⁶¹² Muris P., in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, blz. 357

6 Literatuurlijst

Algemeen

- Adriaenssens P., Laat ze niet schieten!, Lannoo, Tielt, 2010
- Adriaenssens P., Van hieraf mag je gaan, Lannoo, Tielt, 2000
- American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, Nederlandse vereniging voor psychiatrie, Swets & Zeitlinger Publishers, Lisse, 2001
- American Psychiatric Association, Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, 2013
- Bosch J.D. & Ringrose H.J., Mediatetherapie met ouders, individueel en in groepen, in: Praktijkgids Gedragstherapie, deel 6, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 1997
- Braet C. & Bögels S., Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten, Boom, Amsterdam, 2008
- Brocatus N., Het biopsychosociale model: implementatie in de klinische praktijk van een CAR d.m.v. ICF, in: Signaal, 2012 (78).
- Callens N., Zelfverwonding bij jongeren. Gids voor leerkrachten, leerlingenbegeleiders, ouders en vrienden, Garant, Antwerpen, 2007
- Casaer K., Buitengewoon – Gespecialiseerd, Onderwijs aan leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften, VVKBuO en Garant, Antwerpen, 2008
- Crone E., Het puberende brein. Bert Bakker, Amsterdam, 2008
- Crone E., Het sociale brein van de puber, Bert Bakker, Amsterdam, 2012
- D'Aes M., Macht en gezag in onderwijs, in: Handboek Leerlingbegeleiding 2, Wolters-Plantyn, Mechelen, december 2003
- Dawson P. & Guare R., Slim maar... Help kinderen hun talenten benutten door hun executieve functies te versterken, Hogrefe, Amsterdam, 2010
- Dawson P. & Guare R., Executieve functies bij kinderen en adolescenten. Een praktische gids voor diagnostiek en interventie, Hogrefe, Amsterdam, 2010
- de Bil P., Observeren, registreren, rapporteren en interpreteren, Nelissen, Soest, 2005
- De Bruyn, e.a., De diagnostische cyclus. Een praktijkleer, Acco, Leuven, 2003
- Deklerck J. (red.), Preventie en aanpak van probleemgedrag in het onderwijs, een veelkleurig verhaal. Acco, Leuven, 2012
- De Haan E., Dolman C. & Hansen A., Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2001
- Dehandschutter J., Sterk Samen. Survivalkit voor de nieuwe leerkracht, Acco, 2013

- Dekker J. (red.), Hoogland M., Eliëns M. & van der Giessen J., Video-interactiebegeleiding. Inclusief DVD Werken met contactprincipes, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004
- Delfos M.F., Luister je wel naar mij? Gespreksvoering met kinderen tussen vier en twaalf jaar, SWP, Amsterdam, 2000
- Delfos M.F. Ik heb ook wat te vertellen! Communiceren met pubers en adolescenten, SWP, Amsterdam, 2005.
- Delfos M., Ontwikkeling in vogelvlucht. Ontwikkeling van kinderen en adolescenten, Pearson, Amsterdam, 2009
- Delfos M., Ontwikkelingspsychopathologie. Stoornissen en belemmeringen, Pearson, Amsterdam, 2009
- De Visscher C. & Timbremont B., Protocollair werken rond welbevinden bij leerlingen, (onder publicatie)
- De Wit J., van der Veer G. & Slot N.W., Psychologie van de adolescentie, HB uitgevers, 2005
- Gantois P. & Van Gils M., Begrensd – Onbegrensd. Ontwikkelingsgericht werken in een school voor leerlingen met gedrags- en emotionele stoornissen, VVKBuO Garant, Antwerpen, 2007
- Geerts E. & Heyninck K., Prevalentie-onderzoek naar diagnoseverklaringen in het Nederlandstalig basisonderwijs in Vlaanderen en Brussel, Masterproef VUB Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, 2012
<http://www.vub.ac.be/pers/persberichten/2012/09/03/groot-aantal-stoornissen-bij-basisschoolkinderen>
- Goossens F., Gedrag onder de loep. Methodisch observeren in theorie en praktijk, Coutinho, Bussum, 2008
- Grietens H., Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel?, in: Prins, P.& Braet, C. (red.), Handboek klinische ontwikkelingspsychologie 2, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008
- Grietens H., Toename leerlingen met gedragsproblemen in primair en voortgezet onderwijs. Een Nederlands-Vlaamse vergelijking. Een onderzoek in opdracht van de Programmacommissie Beleidsgericht Onderzoek Primair Onderwijs, Eindrapport juni 2006
- Grietens H., Vanderfaeillie J., Hellinckx W. & Ruijsenaars W. (Red), Handboek orthopedagogische hulpverlening 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen, Acco, Leuven, 2005
- Griffioen I. & Kroesbergen E.H., De invloed van Taakspel op het gedrag van leerlingen en leerkrachten in het SBO, in: Tijdschrift voor orthopedagogiek, 2009, 48 (2)
- Hamers P., Van Leeuwen K., Braet C. & Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003
- Hellinckx W., Grietens, H. & Geeraert, L., Hulp bij opvoedingsvragen, Acco, Leuven, 2002

- Jason D.J., Observeren in de basisschool. Speciaal onderwijs en zorgverbreding, Baarn, 2000
- Jeninga J. & de Boer H., Van handelingsverlegen tot handelingsbekwaam, Stappenplan voor de begeleiding van sociaal-emotionele ontwikkeling, CPS, Amersfoort, 1998
- Kievit Th., Tak J.A. & Bosch J.D., Handboek Psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen, De Tijdstroom, Utrecht, 2002
- Kind en Adolescent review. Een selectie uit de internationale onderzoeksliteratuur, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, 15 (2)
- Kohnstamm R., Kleine Ontwikkelingspsychologie I , Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002
- Knorth E.J. & Smit M. (red.), Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening, Garant, Antwerpen, 1999
- Koot S., CO-teaching, krachtig gereedschap bij de begeleiding van leraren, PICA, Huizen, 2011
- Kutscher M.L. (red.), Kinderen in de syndroommix, de complete gids voor ouders, docenten en andere professionals, Nieuwezijds, Amsterdam, 2007
- Laeremans J. & Schokkaert J., Moeilijke klassen anders bekeken, Verslag van het congres van 8 februari 2006, Ref.nr. M-VVKSO-2006-115, Dienst leerlingen en schoolorganisatie, VVKSO, Brussel, 2006
- Laevers F. e.a, Omgaan met kansarmoede in de basisschool, CEGO, Leuven, 2003
- Lambert R., Wouters M. & Hombroux M., Groeiboek. Een zorg- en volgsysteem voor de kleuterschool, Garant, Antwerpen, 2007-2008
- Lenaers S., Als school niet voelt als thuis. Welbevinden van allochtone leerlingen. Onderwijs en integratie, Expertisecentrum Gelijke Onderwijskansen, Instituut voor Gedragwetenschappen, Diepenbeek, 2008
- Linthout L. (red.), Zorgbeleid in het basisonderwijs, Lannoo campus, Tielt, 2006
- Long N., Wood M.M en Fescer F., Praten met kinderen en jongeren in crisissituaties, Lannoo, Tielt, 2008
- Maes B., Hombroux M., Janssens K., Lambert R. & Wouters M., Leidraad voor de taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters, VCLB-Vormingscentrum en Centrum voor Orthopedagogiek, KULeuven, 2005
- Marzano R., Wat werkt op school – Research in actie, Bazalt, Vlissingen, 2008
- Meijer W., Consultatieve leerlingbegeleiding. Van theorie naar praktijk, CPS, Amersfoort, 2000, www.cps.nl
- Merikangas K.R. et al., Epidemiology of mental disorders in children and adolescents, In: Dialogues in Clinical Neuroscience, 2009 (1) <http://www.dialogues-cns.com/publication/epidemiology-of-mental-disorders-in-children-and-adolescents/Mintjens>
- Nelis H. & van Sark, Y., Puber brein binnenstebuiten, Kosmos, Utrecht, 2009

- Pameijer N., Handelingsgerichte diagnostiek bij sociaal-emotionele en gedragsproblemen: onderzoeksvragen, onderzoeksmiddelen en aanbevelingen voor de aanpak (interne notitie, 2008 b)
- Pameijer N. & Beukering T., Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen, Acco, Leuven, 2007
- Pameijer N., Beukering T., Schulpen Y. & Van de Veire H., Handelingsgericht werken op school. Samen met leerkracht, ouders en kind aan de slag, Acco, Leuven, 2007
- Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008
- Roorda D. L., Koomen, H. M. Y., Spilt, J. L. & Oort, F. J., The influence of affective teacher-student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analytic approach. in: Review on Educational Research, 81, 2011, blz. 493-529
- Rutter M., Helping troubled children, Penguin Education, Harmondsworth, 1975
- Scheiris J. & Desoete A., De prevalentie van enkele specifieke ontwikkelings- en gedragsstoornissen en hun comorbiditeit. Signaal, 2008 (62)
- !Schrap, CMGJ vzw, Genk, september 2008
- Slot N.W., Beschermend of bevorderend? in: De ontwikkeling van kinderen met problemen: gewoon anders, Garant, Antwerpen, 2008
- Smidts D. & Huizinga M., Brief. Executieve functies gedragsvragenlijst. Handleiding, Hogrefe, 2009
- Struyven K., Sierens E., Dochy F. & Janssens S., Groot worden, De ontwikkeling van baby tot adolescent, Lannoo, 2003
- Swinnen L., Enuresis nocturna (bedplassen) bij kinderen met gedrags- en emotionele problemen, TOKK, 2001 (1)
- Taakspel, Toegepaste leertheorie, Naar de bewerking door K. Naudts-Geschiere, 1995, van de tekst met dezelfde titel van drs. H.P.J.G. van Bilsen, 1993. Vlaamse aanpassing 2006 door Lieve Willems, licentietrainer Taakspel Vlaanderen. CED-GROEP - VCLB-service
- The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders, World Health Organisation (WHO), 1993
- Timbremont B. & De Visscher C., School en CLB werken samen aan welbevinden van leerlingen op school, Caleidoscoop, 2011 (3)
- Vaessen G., Gedragsproblemen bij jongeren met psychiatrische stoornissen. Best practice handelingsplannen voor de praktijk van alledag, Garant, Antwerpen, 2008
- Vandebriel P., Als stoornis een stoorzender wordt, Acco, Leuven, (publicatie voorzien in 2013)
- Vandebriel P., Praten met kinderen op school, Acco, Leuven, 2011
- van den Bergh L., Achmed kan het toch niet, in: Didaktief, opinie en onderzoek voor de schoolpraktijk, 2009 (1-2)

- Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.G., Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2004
- Vandereycken W. & Claes L., Zelfverwonding: hoe ga je er mee om? Lannoo, Tielt, 2007
- van der Molen H., Perreijn S. & van den Hout M., Klinische psychologie, Theorieën en psychopathologie, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1997
- Van der Wolf K. & Van Beukering T., Gedragsproblemen in scholen, het denken en handelen van leraren, Acco, Leuven, 2009
- Van de Veire H., Beuselinck K., Wullaert T., Werthen S., Denys A., Meulenbroeck W., Monten M., De Ruyck D. & Van Trimpont I., De Leidraad, Methodiek in leerlingenbegeleiding, 2002
- Van Keer H., Een boek voor twee, Garant, Antwerpen, 2002.
- Vane S., Werken met de roos van Leary, Boom, Amsterdam, 2008
- Van Hoeck K., Standaard groei en pubertaire ontwikkeling, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, www.vwvj.be/groei/standaard
- Van Keer H., Een boek voor twee, Garant, Antwerpen, 2002
- Van Lieshout T., Pedagogische adviezen voor speciale kinderen, een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten, Geheel herziene druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009
- Van Manen T., Zelfcontrole, een sociaal-cognitief interventieprogramma voor kinderen met agressief en oppositioneel gedrag, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010
- Van Mulligen W., Gieles P. & Nieuwenbroek A., Tussen thuis en school, over contextuele leerlingbegeleiding, Acco, Leuven, 2002
- Van Rompu W. e.a. , Leerzorg in het onderwijs, Garant, Antwerpen, 2007
- van Rooijen K. & Ince D., Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen, Nederlands Jeugd Instituut, mei 2011
- Werkingsverslag 2010, Samenwerking tussen CLB's en zorgboeren. Een mogelijk alternatief voor kwetsbare jongeren, VCLB-Limburg vzw, Genk
- Verhofstadt-Denève L., Vyt A. & Van Geert P., Handboek voor Ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2003
- Verhulst F.C., Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002
- Verhulst F.C., Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2008
- Verhulst F.C. & Verheij F. (red.), Adolescentenpsychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2000
- Verhulst F.C., Verheij F. & Ferdinand R.F. (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2007

- Verkerk, G., Nijssen, A., Vos, M. & Gerrits R., Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren. Basisdocument, Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, Werkgroep Kinderen en Jongeren, 2004
- Verschueren K. & Koomen H. (red.), Handboek: diagnostiek in de leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen, 2007
- Visser J. C., Diagnostische Classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants, Van Gorcum, Assen, 2005
- VlaReg., Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, 2009
- VlaReg., Decreet Rechtspositie Minderjarigen, 2004
- VLOR & Koning Boudewijnstichting, Leer-kracht Veer-kracht, Die Keure, Brugge, 2006
- Vos D., Agogisch omgaan met probleemgedrag, Garant, Leuven, 1999
- Wenar C. & Kerig P., Developmental Psychopathology, From Infancy through Adolescence, Mc Graw-Hill international edition, 2006
- Zelazo P. D., & Müller U., Executive function in typical and atypical development, in: Goswami U. (Ed.), Blackwell handbook of childhood cognitive development (pp. 445–469), Blackwell, Oxford, 2002
- class.who-fic.nl
- go4talent.be
- leefsleutels.be/cms/
- nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Contextuele_therapie&oldid=25829144
- onderwijsmediation.artisteer.net/visie-en-methode/conflicten-op-school-kans-op-beterschap/
- sticordibank.wikispaces.com/
- vonkenvisie.wordpress.com/2011/11/05/coaching-in-het-onderwijs/
- wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/wegwijzer/PROJECTEN/PR15_time_out_projects.htm
- www.acco.be/uitgeverij/nl/
- www.baallimburg.be/index_hergo.html
- www.balansdigitaal.nl
- www.belgium.be/nl/justitie/Organisatie/rechtbanken/rechtbank_van_eerste_aanleg/jeugdrechtbank
- www.carrieretijger.nl/functioneren/professionele-vaardigheden/observeren
- www.clb-ami1.be/156_clbattestingbuogonnetoverstijgendevisietekst_20111120.pdf
- www.decoolekikker.nl
- www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf, APA, Highlights of Changes from DSM-IV-TR tot DSM-5
- www.egel-weerbaarheid.nl

- [www.expo.be/sites/default/files/kennisdocument/praten over gevoelens met kinderen en jongeren.pdf](http://www.expo.be/sites/default/files/kennisdocument/praten_over_gevoelens_met_kinderen_en_jongeren.pdf)
- www.fitinjehoofd.be
- www.gemotiveerd.be
- www.ggzrichtlijnen.nl
- www.houvast.be
- www.kidsskills.org/Dutch/index.htm
- www.kieskleurtegenpesten.be
- www.kinderrechtswinkel.be
- www.klasse.be/archief/zonder-reflectie-ben-je-een-ongeleid-projectiel/
- www.klasse.be/leraren/eerstelij/
- <http://leefsleutels.be/cms/>
- www.let.op
- www.nji.nl
- www.ond.vlaanderen.be/curriculum/basisonderwijs/lager-onderwijs/leergebiedoverschrijdend/sociale-vaardigheden/uitgangspunten.htm
- www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/actoren/scholen/positief_schoolklimaat.htm
- www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/actoren/time-out
- www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/kijkwijzer
- www.psychischegezondheid.nl/psychowijzer
- www.schoolzonderpesten.be/
- www.sig-net.be
- www.sociaalemotioneel.slo.nl
- www.steunpuntgok.be/downloads/evaluatiefiche_observeren.pdf
- www.tourette.be
- www.tourette.nl
- www.treasurehunt.uzh.ch
- www.upckuleuven.be/patientenzorg.php
- www.vad.be
- www.vista-europe.org/unit_b1.php
- www.vlor.be
- www.vriendenprogramma.nl
- www.zorgvoorsuicidepogers.be
- www.zorgzaamomgaan.be
- www.zoalsik.be

Specifiek voor ADHD

- Antrop I. & Roeyers H., Valkuilen in de diagnostiek bij kinderen met ADHD. in: Hamers P., Van Leeuwen C., Braet C. & Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben?, Garant, Antwerpen, 2003
- Barkley R., Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Handboek for Diagnosis and Treatment, Second Edition, The Guilford Press, New York, 1998
- Barkley R., Diagnose ADHD, Een gids voor ouders en hulpverleners, Swets & Zeitlinger, Lisse, 2001
- Barkley R. & Murphy K., Attention-deficit Hyperactivity Disorder, A Clinical Workbook, Third Edition, The Guilford Press, New York, 2006
- Bollaert R., Preventieve en positieve aanpak van ADHD, van woorden naar daden, in: Ghesquière P. en Grietens H. (red.), Jongeren met leer- of gedragsproblemen, Acco, Leuven, 2006
- Bollaert R., Zit stil! op school, een gids voor ouders, leerkrachten en hulpverleners, Lannoo, Tielt, 2002
- Bradley M.J., Ja, je tiener is crazy! Een overlevingsstrategie voor ouders, Lannoo, Tielt, 2002
- Chronis A.M., Jones H.A., & Raggi V.T. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical Psychology Review, 2006
- Cuadros Perez R. en Bouckaert M, D.R.U.K. of A.D.H.D., een educatief pakket rond ADHD voor allochtone ouders, Acco, Leuven, 2009
- Danckaerts M., Leerlingen met ADHD in het secundair onderwijs. in: Ghesquière P. & Grietens H. (red.), Jongeren met leer- of gedragsproblemen, Acco, Leuven, 2006
- Danckaerts M. & Dewitte I., ADHD-Toolkit, Spelenderwijs gedrag veranderen, UPC-KULeuven, i.s.m. de Koning Boudewijnstichting, Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, ISC, CLB Leuven, Centrum ZitStil & Die-'s-Lekti-kus, 2009
- De Backer H., Laat je niets wijsmaken, Centrum Zit Stil en EPO, Antwerpen, 2003
- Einaq, 2003, artikel SIG 62, European Interdisciplinary Network for ADHD Quality Assurance Course, Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, Target groups and evidence-based treatment in rehabilitation centres NOK/PSY, Studie PPF07- GCP-03, 2007
- Gershon J., A meta analytic review of gender differences in ADHD, Journal of Attention Disorders, 2002 (3).
- Gunning W.B., Aandachts- en hyperactiviteitsstoornis, in: Verhulst F.C., Kinder-en jeugdpsychiatrie: psychopathologie, Van Gorcum, Assen, 2009
- Hallowell E. & Ratey J., Hulp-gids ADHD, Nieuwezijds, Amsterdam, 2005
- Lahey B. et al., Validity of DSM-IV ADHD in younger children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998 (7)
- Lahey B. et al., Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. Arch. Gen Psychiatry, 2005 (8)

- Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L., Biederman J. & Rohde L.A., The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis, in: The American journal of psychiatry, American Psychiatric Association, Arlington, 2007 (6)
- Raymaekers P., ADHD: een pleidooi voor gedeelde zorg, Koning Boudewijnstichting, 2005
- Rodrigues Pereira R., Hoogbegaafd en ADHD: dubbel uitzonderlijk of dubbel gehandicapt?, in: van Gerven E., Handboek Hoogbegaafdheid, Koninklijke Van Gorcum, Assen, 2009
- Roeyers H. & Baeyens D., Aandachtsprocessen in: Verschueren K. & Koomen H., Handboek: diagnostiek in de leerlingenbegeleiding, Garant, Antwerpen, 2007
- Roeyers H., ADHD: niet altijd even druk, impulsief en onaandachtig, in: Caleidoscoop, september-oktober 2013
- Roeyers H., Alle dagen heel druk of onaandachtig, maar niet elk uur in dezelfde mate: onze kijk op ADHD is in beweging, 23.05.2013
http://www.spectrumbrabant.nl/site/wp-content/uploads/2013/05/HR_veldhoven_23mei2013_ho.pdf
- Samenwerkingsverband PVOC Vlaams –Brabant, Bundel ADHD, 2009
- Schoemaker C, de Ruiter C, van den Berg M., Cuijpers P., de Graaf R., ten Have M et al. Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarboek 2003. ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen, Trimbos-instituut, Utrecht, 2003
- Taylor E., Döpfner M., Sergeant J., Asherson P., Banaschewski T., Buitelaar J., Coghill D., Danckaerts M., Rothenberger A., Sonuga-barke E., Steinhausen H. & Zuddas A., European Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorder – First upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004 (13)
- Timmerman K., Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen, Acco, Leuven, 2002
- Tremmery B., ADHD en kleuters: zijn vroegdiagnostiek en behandeling op jonge leeftijd mogelijk?, Signaal, okt-nov-dec. 2009
- Trimbos-instituut, Multidisciplinaire richtlijn ADHD, Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling ADHD bij kinderen en jeugdigen, Utrecht, 2005
- Trimbos-instituut, Diagnostiek ADHD, Utrecht, 2008
- Van der Oord S. & ten Brink E., Protocol voor behandeling van kinderen met ADHD, 2008
- Van der Ploeg J. & Scholte E., ADHD-kinderen in ontwikkeling, diagnostiek en effectieve pedagogische aanpak in de jeugdzorg, De Graaff, Utrecht, 2001
- Van Dyck L. & Walgraeve T. ADHD-Monitor, i.s.m. Koning Boudewijnstichting, ZitStil, VCLB Koepel, Roeyers H., 2008
- Verheye T., Nut van observatie(schema's) in de diagnostiek van kinderen met ADHD, scriptie faculteit psychologische en pedagogische wetenschappen Gent, 2004

- Willcutt E.G., The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review, in: Neurotherapeutics, Springer US, 2012 (3)
- Young M. & Warrington M., Raising boy's achievement, DfES, Research Report London: DfES (Department for Education and Skills), 2005
- www.bcfi.be/pdf/TFT/TN_ADHD_Lng.pdf
- www.jmouders.nl/Themas/School/ADHD-het-voortgezet-onderwijs.htm
- www.impulsdigitaal.nl
- www.mijnbijzonderbrein.be
- www.zitstil.be

Specifiek voor ASS

- Akshoomoff N., The neuropsychology of autistic spectrum disorder. Developmental neuropsychology, 2005 (3)
- Attwood T., Hulp gids Aspergersyndroom: de complete gids, Nieuwezijds, Amsterdam, 2007
- Attwood T., Het syndroom van Asperger: een gids voor ouders en hulpverleners, Lisse, 2001.
- Bogdashina O., Communicatiekwetsies bij Autisme en Syndroom van Asperger, Garant, Antwerpen, 2006
- Breeuwsma G., De constructie van de levensloop, Boom, Meppel, 1994
- De Caluwe P. e.a., AliASS, Algemene Leidraad in Autismespectrumstoornissen, Politeia, Brussel, 2012
- Degriek S., Werk maken van vrije tijd. Vrije tijd en autisme, EPO, Antwerpen, 2003
- Dereu, M., Early signs of autism spectrum disorders in infants and toddlers, Ghent University Faculty of Psychology and Educational Sciences, Gent, 2011
- Dereu M., Warreyn P., Raymaekers R., Meirsschaut M., Pattyn G., Schietecatte I. en Roeyers H., Screening for autism spectrum disorders in Flemish day-care centres with the Checklist for Early Signs of Developmental Disorders in Journal of Autism and Developmental Disorders October, oktober 2010
- De Wilde L. & Hamelink B., Ontwikkelversie leerling- en competentieprofiel. Notitiebladen en ander materiaal voor informeel onderzoek, 2003, www.landelijknetwerkautisme.nl/diagnostiek/handlingsgericht
- Elsabbagh M. et al., Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders, in: Autism research, John Wiley & Sons, New Jersey, 2012 (3), blz. 160-79
- Frith U., Autisme, Sleutel tot het raadsel, Hadewijch, Antwerpen, 1996
- Frith U., Autisme, Verklaringen van het raadsel, EPO, Antwerpen, 2005
- Geurts H., Childrens Communication Checklist, Pearson, Amsterdam, 2007
- Gillberg C. & Peeters T., Autisme. Medisch en educatief. Opleidingscentrum Autisme Antwerpen & University of Göteborg, 1995
- Grant R. & Nozyce M., Proposed changes to the American Psychiatric Association diagnostic criteria for autism spectrum disorder: implications for young children and their families, Matern Child Health, Springer, New York, 2013
- Hellemans H., Peeters W. & Roeyers H., Classificerend diagnostisch protocol autismespectrumstoornissen bij minderjarigen, VAPH, 2009
- Jennes A. & Coördinatie-Stuurgroep Autisme, Autisme-wijzer & Autisme-KIJK-wijzer. Begeleiding van leerlingen met autisme, VVKBuO en Garant, Antwerpen, 2006
- Kraijer D., AVZ-R: Autisme Vragenlijst Zwakzinnigen, Harcourt, Lisse, 1999
- Kraijer D., Handboek autisme spectrumstoornissen en verstandelijke beperking, Harcourt, Lisse, 2004

- Kraijer D. & Plas J., Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid, Harcourt, Lisse, 2006
- Luykx M. & Cupers C., Normaalbegaafde leerlingen met ontwikkelingsstoornissen, CLB-GO, Hasselt, 2002
- Mulders M. (red.), Autisme: aanpassen en veranderen. Handboek voor de ambulante praktijk, Van Gorcum, Assen, 1996
- Noens I. & van Berckelaer-Onnes I., Communicatie bij mensen met autisme en een verstandelijke beperking. Van inzicht naar interventie. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten, 4, 2002
- Noens I., Pruimen als eieren zo groot. Communicatieproblemen bij mensen met autisme, in: Noens I. & van Ijzendoorn R. (red.), Autisme in orthopedagogisch perspectief, Boom Onderwijs, Amsterdam, 2007
- Ozonoff S. & Griffith E., Neuropsychological function and the external validity of Asperger syndrome, in: Klin A., Volkmar R. & Sparrow S., Asperger syndrome Guilford Press, New York, 2000
- Peeters J., KLADboek. Probleemverkenning bij jongeren met gedragsmoeilijkheden aan de hand van de screeningslijst 'Klachtenlijst Adolescenten', Garant, Antwerpen, 2002
- Peeters T., Autisme, Van begrijpen tot begeleiden, Hadewijch, Antwerpen, 1994
- Peeters T. & Quak G., Het Aspergersyndroom: autisme in het regulier en speciaal onderwijs. Een praktische gids voor leerkrachten en begeleiders, Garant, Antwerpen, 2002
- Renty J. & Roeyers H., Instrument voor Autisme Specifieke Kwaliteitsevaluatie, VVA & UGent, 2004 www.autismevlaanderen.be/instrumenten
- Roeyers H., Carette S. e.a., Training van de perspectiefnemingsvaardigheden bij kinderen met een autismespectrumstoornis, SIG, 2000
- Roeyers H., Alles op een rijtje, Acco, Leuven, 2008
- Roeyers H. & Warreyn P., Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, in: Prins P. & Braet C., Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008
- Scheers T. & Ketelaars C., Aanpak van het autistische kind. Indicaties voor medicatie, Accare, Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Groningen, 2001
- Schiltmans C., Vermeulen P. e.a., Beter Samen, Samenwerking tussen ouders en dienstverleners creëert kwaliteit, Vlaamse Dienst Autisme, 1998
- Steerneman P., Theory-of-mind Screening schaal, Garant, Antwerpen, 2001
- Van Doorn E.C. & Stavenga A.M., Speciale onderwijsbehoeften van een normaal begaafd kind met een autismespectrumstoornis. Tijdschrift voor orthopedagogiek, 2001
- Vermeulen P., Dit is de titel: over autistisch denken, EPO, Antwerpen, 1996
- Vermeulen P., Brein bedriegt. Als autisme niet op autisme lijkt, EPO, Antwerpen, 1998

- Vermeulen P., Ik ben speciaal, Vlaamse Dienst Autisme & EPO, Antwerpen, 1999
- Vermeulen P., Een gesloten Boek: autisme en emoties, EPO, Antwerpen, 2000
- Vermeulen P., Over autisme & communicatie, EPO, Antwerpen, 2001
- Vermeulen P., Beter vroeg dan laat en beter laat dan nooit. De onderkenning van autisme bij normaal tot hoogbegaafde personen, Vlaamse Dienst Autisme & EPO, Antwerpen, 2002
- Vermeulen P., Voor alle duidelijkheid. Leerlingen met autisme in het gewoon onderwijs, EPO, Antwerpen, 2002
- Verpoorten R., De Griek S. & Valkenborgh J., B² Omgaan met autisme: instrument voor zelfreflectie, Vlaamse Dienst Autisme, 2001
- VVA, Autisme, een handicap met vele gezichten, Brochure van de Vlaamse Vereniging Autisme vzw, www.pass-partout.be/velegezichten
- Warreyn P., Raymaekers R. & Roeyers H., Social Communication Questionnaire, SIG, 2005
- Willems L. & Peeters G., Autisme. Stappenplan voor onderzoek en begeleiding, VCLB-Service, 2003
- Wing L., The autistic spectrum, The Lancet, 350, 1997
- Wing L., The Relationship Between Asperger's Syndrome and Kanner's Autism, in Frith, U. (ed.), Autism and Asperger Syndrome, University Press, Cambridge, 1991
- www.autismecentraal.com
- www.autismevlaanderen.be
- www.outsider.net
- www.centrumautisme.nl
- www.landelijknetwerkautisme.nl
- www.ouergangpovo.nl/Algemeen/Supplementen/Autisme
- www.pass-partout.be

Specifiek voor gedragsproblemen/stoornissen

- Beliën B. & Schokkaert J., De meerwaarde van herstelgericht omgaan met conflicten, Ref.nr. M-VVKSO-2008-054, Dienst leerlingen en schoolorganisatie, VVKSO, Brussel, 2008
- Chandler J., Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) in: Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment, <http://jamesdauntchandler.tripod.com/>
- Coby Hartog-Polkerman, Opstandig, dwars en driftig. Handboek gedragsstoornissen ODD en CD, SWP, Amsterdam, 2009
- Comité Bijzondere Jeugdzorg Brugge (red.), Probleemgedrag op school, Garant, Leuven, 2000
- D'Aes M., Leefregels opstellen en rechtvaardig sanctioneren – een mogelijk kader, Handboek leerlingenbegeleiding 2, Wolters-Plantyn, Mechelen, november 2002
- De Bock W., Beter voorkomen dan genezen. Dossier: agressie van leerlingen tegenover onderwijspersoneelsleden, in: Brandpunt, 2007 – 2008
- Deboutte G., Verbondenheid: een ander en preventief antwoord op respectloos gedrag. Hoe toewerken naar een positief klas- en schoolklimaat? in: Handboek leerlingenbegeleiding 2, Wolters-Plantyn, Mechelen, juni 2004
- Deklerck J., De Preventie Piramide, preventie van probleemgedrag in het onderwijs, Acco, Leuven, 2010
- De Maeyer S., Vanderfaeillie J., Van Puyenbroeck H. & Willems D., De prevalentie van gedragsproblemen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking, in: Tijdschrift voor orthopedagogiek, 2009 (1)
- De Mey W., De rol van leerkrachten t.a.v. leerlingen met gedragsproblemen, praktijkgids voor basisonderwijs, 149, december 2007
- De Mey W., Messiaen V., Van Hulle N., Merlevede E. en Winters S., Samen sterker Terug Op Pad, een vroege interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen, SWP, Amsterdam, 2005
- Depuydt A., Deklerck J. & Deboutte D., 'Verbondenheid' als antwoord op 'de-link-wentie'? , Acco, Leuven, 2001
- Ghesquière, P. & Grietens H. (red.), Leerlingen met agressief en antisociaal gedrag in het secundair onderwijs, in: Jongeren met leer- of gedragsproblemen, naar een school met zorg, Acco, Leuven, 2006
- Hoge gezondheidsraad, Kinderen en jongeren: gedragstoornissen in context, maart 2011
- Kagan S., Kyle P. & Scott S., WinWin, van ordeverstoring naar ontwikkelingskansen, Bazalt, Vlissingen, 2005
- Knorth E.J., Noom M.J., Tausendfreund T. & van de Berg M.A.M., Kapselzorg voor jeugdigen? Een onderzoek naar kenmerken en aanpak van jeugdigen met sterk antisociaal en oppositioneel gedrag, in: Tijdschrift voor orthopedagogiek 44, september 2005

- Kok J.F.W., Asociale jeugd, Resultaat van een cultuur, Garant, Antwerpen, 2003
- Kuppens S., Michiels D. & Grietens H., Relationele agressie bij kinderen en jongeren: wetenschappelijke inzichten en praktische implicaties, in: Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 2007/2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2007
- Laeremans J. & Schokkaert J., Pesten, cyberpesten en steaming van leerlingen door leerlingen: preventie en aanpak, Ref.nr. M-VVKSO-2007-038, Dienst leerlingen en schoolorganisatie, VVKSO, Brussel, 2008
- Lahey B.B. et al., Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In: Quay H.C. & Hogan A.E. (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders, Kluwer, New York, 1999
- Lodewijks H.P.B., Gewelddadige jongeren: perspectief vanuit verschillende paradigma's, in: A. Boon en Z. Haijer (red.) Een vasthoudende behandeling. Orthopsychiatrie: ontwikkeling, methodieken, dilemma's, SWP, Amsterdam, 2006
- Matthys W., Gedragsstoornissen bij kinderen, Hogrefe, Amsterdam, 2011
- Matthys W., Nieuwe inzichten in gedragsstoornissen bij kinderen, Afscheidsrede, Universiteit Utrecht, 13 december 2011.
- Matthys W., Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1999, blz. 529-538
- Matthys W., Vanderschuren L. & Schutter D., The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains, in: Development and Psychopathology, Cambridge University Press, 2013, blz. 193-207
- Menten H., Gedragsproblemen op school: gruwel, groei pijnen of guitenstreken van jongeren? Grasduin mee in systeendenken, Handboek Leerlingbegeleiding 2, afl. 12, , 67, Wolters-Plantyn, Mechelen, april 2006
- Misdaad veroorzaakt slechte prestaties, in: Didaktief, opinie en onderzoek voor de schoolpraktijk, 2009 (1-2)
- Moormann M., Diagnostiek van sociale informatieverwerking bij agressief probleemgedrag, Thesis in het kader van de masteropleiding Kinder- en Jeugdpsychologie, Afdeling Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, 2008
- Orobio de Castro B., Agressieve en regelovertreedende gedragsproblemen, in: Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008
- Patfoort P., Geweldloos omgaan met elkaar. Conflicthantering op school: de MmE-methode, www.patpatfoort.be.
- Patterson G., 'Sleutelen aan de leerkrachtstijl' sleutelfactor bij de aanpak van probleemgedrag en vijf pedagogische vaardigheden op www.ond.vlaanderen.be/antisociaalgedrag/pgs.
- Peeters J., Antisociale jongeren, Garant, Antwerpen, 2003

- Peeters J., Moeilijke adolescenten, Garant, Antwerpen, 2004
- Ros B., Discussie over jeugddelinquentie: Niet de buurt, maar de school doet ertoe, in: Didaktief, Opinie en onderzoek voor de schoolpraktijk, 2009 (3)
- Schuur G., Omgaan met agressie, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2005
- Van Acker J., Probleemgedrag in de klas en agressie op school, Een praktische handleiding, De Boeck, Antwerpen, 2005
- Van Acker J., Zorgenkinderen, omgaan met opvoedingsproblemen, Ambo Amsterdam, 2001
- van der Ploeg J.D., Gedragsproblemen, ontwikkelingen en risico's, Ortho, Lemniscaat, Rotterdam, 1997
- van der Ploeg J.D., Behandeling van gedragsproblemen, Initiatieven en inzichten, Ortho, Lemniscaat, Rotterdam, 2005
- www.in-de-wolken.nl
- www.ond.vlaanderen.be/antisociaalgedrag/pgs
- www.ond.vlaanderen.be/welzijn/welzijnswetgeving/ICOBA%20Agressie%20Educatief%20materiaal.pdf

Specifiek voor stemmingsproblemen

- Birmaher, B. et al., Practice Parameters for the Assessment en Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37(10 Supplement): 63S-83S
- Boer F., Stress in het begin van de levensloop, een ontwikkelingsperspectief, Tijdschrift voor psychiatrie, 2009 (8)
- Braet C., Pak aan: depressie bij kinderen en jongeren, in: Caleidoscoop, 2011 (3)
- Celie L. & Wiewauters C., Krokodillentranen. Omgaan met kinderen is omgaan met gevoelens. Brochure Kinder- en Jongeren telefoon, Cartim, Destelbergen
- De Fever F., Kinderen met een depressie. Handboek voor opvoeding en onderwijs, Acco, Leuven, 2001
- De Fever F. & Coppens M., Kinderen met een depressie. Een orthopedagogische aanpak, Acco, Leuven, 1997
- De Mönnink H., Verlieskunde, Elsevier, Utrecht, 2000
- Depressie bij kinderen in de lagere school. Praktijkids voor de basisschool, Wolters Plantyn, Mechelen, september 1999
- Faust D., Walker D. & Sands M., Diagnosis and Management of Childhood Bipolar Disorder in the Primary Care Setting, Clinical Pediatrics, 2006 (45)
- Fiddelaers-Jaspers R., Jong verlies, rouwende kinderen serieus nemen, Ten Have, 2005
- Keirse M., Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener, Lannoo, Tielt, 2003
- Maes J., Leven met gemis, handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie, Zorg-Saam, 2007, www.zorgsaam.be
- McClellan J. & Werry J., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Bipolar Disorder, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997 (1)
- Noyen R., Kinderen en depressie (h)erkennen en begrijpen, folder CM, 2004
- Pedri-Carroll J., Continu geruzie vergiftigt kinderen, in: Psychologiemagazine, december 2011
- Snaterse T. (red.), Behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten, Swets & Zeitlinger, Lisse, 2000
- Stark K.D. & Smith A., Cognitive and Behavioral treatment of childhood depression in: van Bilsen H.P., Kendall P. & Slavenburg J.H. (Eds.), Behavioral approaches for children en adolescents, Plenum Press, New York, 1995
- Van West D., Deboutte D. & Van Strien A., De bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten: miskend of overgediagnosticeerd? in: Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie, 2003 (3)
- Verliefde E. & Fiddelaers-Jaspers R., Ruimte voor verdriet, omgaan met kinderen in verliessituaties, Acco, Leuven, 2005

- Verstraeten K., Depressie bij kinderen, Caleidoscoop, 2011 (3)
- www.depri.be

Specifiek voor angstproblemen

- Andries J.P., Crisishulp bij faalangst, in: Caleidoscoop, 1997 (3)
- Bernstein G.A. & Shaw K., Practice Parameters for the Assessment and Treatment of children and Adolescents with Anxiety Disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997 (10)
- Boer F., Angst bij kinderen, Lannoo Campus, Tielt, 2011
- Bögels, S., Behandeling van angststoornissen bij kinderen en adolescenten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008
- Depotter I., Faalangst: hoe haal je het in je hoofd?, in: Zorgbreed, 2006 (11)
- Mintjens K., Bal S., Morrens M. & Deboutte D., Posttraumatische stressstoornis bij kinderen en jongeren: een overzicht, in: Tijdschrift voor Geneeskunde, 2008 (18)
- Muris P., Angststoornissen bij kinderen, Hogrefe, Amsterdam, 2010
- Mutsaers K., Oorzaken van angststoornissen, Nederlands Jeugd Instituut, 2008, www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Risicofactoren_Angststoornissen.pdf
- Nieuwenbroek A., Faalangst en ouders, KPC Onderwijs Adviseurs, Kok Lyra Kampen, 1999
- Prinsen H., Help! Mijn kind heeft faalangst, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010
- Scholing A. en Braet C., Angststoornissen bij kinderen, Bohn Stafleu van Loghum, 2002
- van Heeswijk E., Angststoornis, Over gezond of ongezond bang zijn. Als angst het leven van een kind gaat beheersen, Balans Belang, januari 2005 www.balansdigitaal.nl/assetmanager.asp?aid=640
- van Kordelaar N. en Zwaan M., Ik en faalangst, SWP, Amsterdam, 2009.
- Van der Zalm M., Je bibbers de baas. Faalangstraining voor kinderen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009
- Vervoort, Wolters, Hogendoorn, Prins, de Haan, Nauta, & Boer, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2010
- www.angstcentrum.be
- www.faalangst.nl