

Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren

Richtlijn oppositioneel- opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren

Walter Matthys en Geurt van de Glind (redactie)

© 2013 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
E-mail: info@nvvp.net
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Financiering en opdrachtgever: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Teksten: NVvP-Werkgroep Monodisciplinaire richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*) en gedragsstoornis (*conduct disorder*) bij kinderen en jongeren: Walter Matthys (voorzitter); Nico Beuk, Margreet van Lookeren Campagne, Lidwien Kok, Marjan Hansman en Robert Vermeiren

Redactie: Walter Matthys en Geurt van de Glind

Organisatie: Trimbos-instituut

Projectleiding: Geurt van de Glind

Zoeken en beoordelen van literatuur: Angita Peterse en Annemiek van den Bosch (bij het hoofdstuk over farmacologie tevens Johan Remmerie)

Projectondersteuning: Nelleke van Zon

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenuen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via www.ggzrichtlijnen.nl en via de website van de NVvP: www.nvvp.net.

ISBN 978 90 5898 243 8
NUR 875

Inhoud

Samenvatting

- 1 Inleiding — 9
- 2 Prevalentie en comorbiditeit — 12
- 3 Beloop — 14
- 4 Diagnostiek — 16
- 5 Behandeling — 23
- Literatuur — 33

Hoofdstuk 1 Werkwijze en verantwoording

- 1 Doelstelling — 35
- 2 Afwijkende terminologie — 35
- 3 Richtlijngebruikers — 36
- 4 Uitgangsvragen — 36
- 5 Samenstelling werkgroep — 36
- 6 Werkwijze werkgroep — 37
- 7 Onderbouwing richtlijn en EBRO-bewijsniveau — 37
- 8 Implementatie — 40
- 9 Juridische betekenis van richtlijnen — 40
- 10 Financiële belangenverstrengeling en onafhankelijkheid werkgroepleden — 41
- 11 Herziening — 41

Hoofdstuk 2 Inhoudelijke inleiding

- 1 Inleiding — 43
- 2 Omschrijving van de stoornissen — 44
- 3 Factoren ontstaan en in stand houden van ODD en CD — 50
- Literatuur — 52

Hoofdstuk 3 Prevalentie en comorbiditeit

- 1 Inleiding — 59
- 2 Prevalentie — 60
- 3 Comorbiditeit met ADHD — 62
- 4 Comorbiditeit met middelenmisbruik en -afhankelijkheid — 63
- 5 Comorbiditeit met internaliserende stoornissen — 65
- 6 Comorbiditeit met (lichte) verstandelijke beperking — 67
- Literatuur — 69

Hoofdstuk 4 Beloop

- 1 Inleiding — 73
- 2 Natuurlijk beloop — 73
- 3 Factoren die het beloop bepalen — 80
- Literatuur — 89

Hoofdstuk 5 Diagnostiek

- 1 Inleiding — 93
- 2 Basisprincipes diagnostisch proces — 95
- 3 Elementen diagnostisch proces — 101
- 4 Uitgangspunten rubricerende diagnostiek (classificatie) — 116
- 5 Uitgangspunten beschrijvende diagnostiek — 119
- 6 Uitgangspunten adviesgesprek — 121
- Literatuur — 122

Hoofdstuk 6 Behandeling

Hoofdstuk 6.1 Algemene uitgangspunten behandeling

- 1 Inleiding — 127
- 2 Effectiviteit — 127
- 3 Werkzame elementen psychologische behandelingen — 128
- 4 Mediatoren en moderatoren in psychologische behandelingen — 131
- 5 Empirische en klinische aspecten van een adequate behandeling — 132
- Literatuur — 136

Hoofdstuk 6.2 Psychologische behandelingen

- 1 Hoofdlijnen — 139
- 2 Psycho-educatie — 143
- 3 Ouderbegeleiding — 146
- 4 Oudertraining — 148
- 5 Cognitieve gedragstherapie (CGT) — 153
- 6 Combinatie oudertraining-CGT-school — 157
- 7 Systemische behandelingen — 159
- Literatuur — 161

Hoofdstuk 6.3 Farmacologische behandeling

- 1 Inleiding — 165
 - 2 Effectiviteit van psychostimulantia bij ODD en CD — 168
 - 3 Effectiviteit van atomoxetine bij ODD — 172
 - 4 Effectiviteit van antipsychotica bij ODD en CD — 174
 - 5 Overige medicatie bij ODD en CD — 177
- Literatuur — 183

Hoofdstuk 6.4 Behandelmethoden op elkaar afstemmen

- 1 Inleiding — 189
- 2 Uitgangspunten — 189
- 3 Praktijkrelevante overwegingen — 190
- 4 Aanbevelingen behandelmethoden op elkaar afstemmen — 193

Samenvatting

1 Inleiding

Hier volgt een samenvatting van de richtlijn, met vermelding van alle uitgangsvragen en aanbevelingen uit de richtlijn. Deze samenvatting verschijnt ook als aparte uitgave.

1.1 Doel

Deze samenvatting heeft als doel om de richtlijn en de belangrijkste aanbevelingen toegankelijk te maken voor de praktijk. De volledige tekst van de richtlijn (hoofdstuk 1-6) bevat de wetenschappelijke onderbouwing, de praktijkrelevante overwegingen, en de aanbevelingen die betrekking hebben op de prevalentie en comorbiditeit van deze stoornissen (hoofdstuk 3), het beloop en de prognose (hoofdstuk 4), de diagnostiek (hoofdstuk 5) en de behandeling (hoofdstuk 6).

De werkgroep realiseert zich dat er behoefte is aan een handzame, praktisch te gebruiken samenvatting. De aanbevelingen voor de praktijk hebben in deze samenvatting een belangrijke plaats gekregen. Het is onvermijdelijk dat in de samenvatting nuanceringen verloren zijn gegaan. Voor toelichting en achtergrondinformatie verwijzen wij dan ook naar de integrale tekst van de richtlijn.

1.2 Doelgroep

Dit is een monodisciplinaire richtlijn voor psychiaters. Wel heeft de werkgroep oog gehad voor het gebruik van de richtlijn door andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg zoals verpleegkundigen, psychologen, pedagogen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers.

1.3 Afbakening

Richtlijnen hebben tot doel de clinicus handvatten aan te reiken bij de diagnostiek en de behandeling van de betreffende stoornis of stoornissen. Bij het ontwikkelen van richtlijnen moeten prioriteiten worden gesteld in wat wel en wat niet aan de orde komt. Niet alle relevante invalshoeken van waaruit psychiatrische stoornissen worden beschreven, hoeven in een richtlijn te worden opgenomen. Zo gaat de huidige richtlijn niet in op de preventie van de oppositioneel-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*, odd) en de gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD). Ook de etiologie maakt geen deel uit van de richtlijn; hiervoor wordt verwezen naar

leerboeken (Moffitt & Scott, 2009; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2010). Wel geeft paragraaf 1.4 een schets van relevante risicofactoren: vanwege hun belang als aanknopingspunt voor de behandeling. Deze richtlijn richt zich expliciet op kinderen (6 tot 12 jaar) en jongeren (13 tot 18 jaar) met deze stoornissen; onder ‘jonge kinderen’ wordt de leeftijdsgroep tot 6 jaar verstaan.

Bij de bespreking van de diagnostiek en de behandeling werden doublures vermeden met de uitgebreide informatie over meetinstrumenten, specifieke psychologische behandelprogramma’s en psychofarmaca die het Landelijk Kenniscentrum voor Kinder- en jeugdpsychiatrie beschikbaar stelt. Voor de beschrijving en beoordeling van de specifieke psychologische behandelprogramma’s is ook de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut nuttig. De huidige richtlijn is bedoeld complementair te zijn aan de informatie van het Landelijk Kenniscentrum. Voor de jeugdzorg is een *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* ontwikkeld; die betreft kinderen en jongeren met gedragsproblemen die gelijkaardig zijn aan die van deze richtlijn, maar minder uitgesproken: kinderen en jongeren met gedragsproblemen vanaf de 84e percentiel van een gestandaardiseerde vragenlijst. De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* sluit jeugdigen met een ODD of CD niet uit, maar heeft een bredere groep op het oog: alle kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen, niet uitsluitend ODD en CD.

1.4 Aard en achtergrond oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD)

Aard

In de DSM-IV (APA, 1994) en DSM-IV-TR (APA, 2000) werd ODD en CD gezien als aan elkaar verwante stoornissen. Dit bleek zowel uit de overkoepelende naam ‘disruptieve gedragsstoornissen’ als uit de beslisregel dat ODD als diagnose vervalt wanneer ook CD kan worden gediagnosticeerd. In DSM-5 (APA, 2013) is echter de beslisregel vervallen en kunnen beide stoornissen tegelijk worden gediagnosticeerd. Er werd een hiërarchische relatie verondersteld tussen deze stoornissen, waarbij ODD een ondergeschikte positie kreeg toebedeeld.

Onderzoek uitgevoerd na het uitkomen van DSM-IV en DSM-IV-TR laat echter zien dat de symptomen van beide stoornissen minder gelijkaardig zijn dan destijds werd gedacht. De symptomen van CD zijn vrij homogeen en antisociaal van aard. Daarentegen zijn de symptomen van ODD heterogeen met enerzijds een groep symptomen die verwijzen naar dwars en uitdagend gedrag (opstandig zijn, ruzie maken met volwassenen, anderen met opzet ergeren, anderen de schuld geven) en anderzijds een groep symptomen die verwijzen naar een boze stemming en problemen met

de emotieregulatie (boos, prikkelbaar en driftig zijn). ODD kan dan ook beschouwd worden als een gemengde stoornis met naast een gedragscomponent ook een stemmingscomponent. De deels overeenkomstige en deels verschillende aard van ODD en CD blijkt uit de overeenkomsten en verschillen in hun beloop.

Achtergrond

Zoals geldt voor alle psychiatrische stoornissen, kan het ontstaan en in stand houden van ODD en CD beschreven worden vanuit een samenspel tussen kind- en omgevingsrisicofactoren, waarbij ook beschermende factoren dienen te worden betrokken. In de samenleving leeft echter nog steeds de onjuiste vooringenomenheid dat ODD en CD vooral het gevolg zijn van ongunstige omgevingsinvloeden. Kwetsbaarheden van het kind of de jongere zelf blijken echter een risicofactor te vormen voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD. Hiertoe behoren temperamentkenmerken, al dan niet samenhangend met een zich ontwikkelende aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), een geringe angstconditionering, een lage intelligentie en een vertraagde taalontwikkeling.

Mede uitgelokt door deze risicofactoren van het kind ontwikkelen zich in het contact met de ouders dwingende interactiepatronen. Symptomen ontstaan en worden vooral in stand gehouden door opvoedingskenmerken zoals onduidelijkheid in het geven van opdrachten, onvoldoende prijzen en belonen van gewenst gedrag, inconsequent omgaan met ongewenst gedrag van het kind of de jongere, hard straffen, onvoldoende direct toezicht op jonge kinderen, en onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van kinderen en jongeren. Relatieproblemen tussen de ouders, persoonlijke problemen van de ouders zoals depressiviteit, en stress als gevolg van materiële problemen hebben een negatieve invloed op de ouder-kindinteracties. Ook ongunstige buurtkenmerken die leiden tot chronisch stress, beïnvloeden de opvoeding. Tot de andere omgevingsfactoren behoren uitstoting door de groep leeftijdgenoten als gevolg waarvan sociale vaardigheden zich niet verder ontwikkelen en aansluiting bij de delinquente groep leeftijdgenoten met een verhoogd risico voor *deviancy training* (het leren van de verkeerde dingen).

In de loop van de ontwikkeling worden jarenlange conflictueuze interacties opgeslagen in cognitieve schema's. Deze beïnvloeden, samen met afwijkende executieve of cognitieve controlefuncties, de sociale probleemoplossing. Zo richten kinderen en jongeren hun aandacht op onvoldoende informatie alvorens probleemsituaties te interpreteren. Aan anderen kennen ze een vijandige intentie toe terwijl daar geen grond voor is. Bij het oplossen van problemen vormen het overheersen van anderen en wraak nemen kenmerkende doelen. Voor sociale problemen bedenken ze weinig oplossingen en achten ze zichzelf goed in staat om een agressieve oplossing uit

te voeren. Bij het maken van keuzen hebben ze voorkeur voor agressieve oplossingen en hebben ze onvoldoende oog voor langetermijngevolgen. Al deze factoren spelen vooral een rol bij ODD, en bij CD beginnend in de kinderleeftijd. Aangenomen wordt dat er bij CD beginnend in de adolescentie vooral sprake is van een combinatie van heftige autoriteitsconflicten als gevolg van de toenemende autonomiebehoefte van de jongere – de tegenstelling tussen de biologische rijpheid en de beperking in privileges en verantwoordelijkheden – , onvoldoende zicht van de ouders op het doen en laten van de jongere, en de aansluiting bij de groep leeftijdgenoten met lichte of ernstiger vormen van delinquentie.

2 Prevalentie en comorbiditeit

Uitgangsvragen

- Wat is de prevalentie van ODD en CD?
- Hoe vaak komen ODD of CD en ADHD samen voor?
- Hoe vaak komt misbruik en afhankelijkheid van middelen voor bij kinderen met ODD of CD?
- Hoe vaak komen internaliserende stoornissen voor bij ODD en CD?
- Hoe vaak komen ODD en CD voor bij kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking?

2.1 Prevalentie

Opstandige, antisociale en agressieve gedragsproblemen zijn vaak een reden voor verwijzing naar een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek of afdeling. Na onderzoek blijkt een deel van de kinderen en jongeren gediagnosticeerd te worden met ODD of CD. Deze stoornissen behoren tot de meest prevalentie psychiatrie stoornissen bij kinderen en jongeren, met voor ODD een prevalentie van 3 % en voor CD 2%.

De leeftijd van aanvang is vroeger voor ODD dan voor CD. De prevalentie van ODD in de adolescentie is niet verschillend van die op de kinderleeftijd, maar de prevalentie van CD stijgt in de adolescentie. Ook bij jonge kinderen blijkt de prevalentie van ODD en CD niet te verschillen van die van kinderen in de schoolleeftijd en de adolescentie.

De prevalentie van ODD is bij jongens wat hoger dan bij meisjes. CD komt duidelijk vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Mogelijk zijn de criteria van beide stoornissen te zeer toegespitst op jongens. Bij jeugdigen in detentie is de prevalentie van beide stoornissen hoog.

Aanbevelingen prevalentie

- Gezien de hoge prevalentie van ODD en CD is een goede samenwerking met de jeugdzorg van groot belang.
- Wees beschikbaar voor de jeugdzorg wanneer om consultatie wordt gevraagd op het gebied van diagnostiek vanwege mogelijke comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD), een mogelijk andere onderliggende psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis), of een vastlopende intensieve behandeling.
- Sta open voor samenwerking met de jeugdzorg op het gebied van behandeling, hetzij verwijzing naar de jeugdzorg voor behandeling, hetzij gezamenlijke uitvoering van de behandeling, hetzij overname van de behandeling.
- Ook meisjes en kinderen jonger dan 6 jaar worden bij aanmelding voor ernstige gedragsproblemen op ODD en CD onderzocht.

2.2 Comorbiditeit

Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering bij ODD en CD. De meest voorkomende comorbiditeit is die met ADHD. Er is ook een verhoogd risico voor de ontwikkeling van middelenmisbruik en -afhankelijkheid, des te meer bij comorbiditeit met ADHD, maar ook bij comorbiditeit met een stemmingsstoornis. Comorbiditeit met angst- en stemmingsstoornissen komt vaak voor. En ook bij kinderen en jongeren met zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke beperkingen is er een verhoogd risico voor de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen.

Aanbevelingen comorbiditeit

- Heb bij de diagnostiek en behandeling van ODD en CD steeds oog voor mogelijke comorbiditeit met ADHD.
- Heb bij de diagnostiek en behandeling van ADHD steeds oog voor mogelijke comorbiditeit met ODD en CD.
- Wees bij jongeren met ODD en CD altijd alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid.
- Wees vooral alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid bij de combinatie ODD/CD-ADHD en bij de combinatie ODD/CD-stemmingsstoornis; in geval van ODD/CD-stemmingsstoornis geldt dit nog sterker bij meisjes.
- Wees bij de combinatie van ODD of CD met stemmingsstoornissen extra alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid.
- Ga bij jongeren met middelenmisbruik en -afhankelijkheid na of ODD of CD en/of ADHD ook aanwezig zijn.
- Ga in de diagnostiek van ODD en CD steeds na of er sprake is van comorbiditeit met een stemmingsstoornis of een angststoornis zoals een post-traumatische stressstoornis.

- Wees vooral bij meisjes altijd alert op het vóórkomen van traumatisering en een posttraumatische stressstoornis.
- Wees alert op een zich ontwikkelende angst- of stemmingsstoornis in de loop van de behandeling van kinderen en jongeren met ODD of CD.
- Houd steeds rekening met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aanmelding van kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen. Bij deze kwetsbare groep moeten hulpverleners alert zijn op hun kwetsbaarheid voor criminaliteit, verslaving, seksueel misbruik en andere trauma's.
- Vanwege de complexiteit van het onderscheid tussen 'moeilijk verstaanbaar gedrag' (gedrag dat voortkomt uit onvoldoende afstemming tussen hulpverlener en kind of jongere en overvraging door de omgeving) enerzijds en symptomen van ODD of CD anderzijds bij kinderen en jongeren met zwakbegaafdheid of een (lichte) verstandelijke beperking is extra scholing van professionals die zich bezighouden met (de diagnostiek bij) deze groep kinderen en jongeren van groot belang. (Voor de term 'moeilijk verstaanbaar gedrag' wordt gekozen omdat het actie van de hulpverlener vraagt: die is eraan gehouden om zich in te zetten het gedrag goed te interpreteren, te leren verstaan.)

3 Beloop

Zonder interventie blijven bij sommige kinderen en jongeren met ODD en CD de symptomen voorkomen en wordt de diagnose later opnieuw gesteld, bij anderen nemen de symptomen af en kan de diagnose niet meer worden gesteld. Hoewel ODD een risico vormt voor de ontwikkeling van CD, is dit risico kleiner dan eerder werd vermoed. Deze ontwikkeling hangt vooral samen met het voorkomen van het cluster symptomen met dwars en uitdagend gedrag. De ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis bij ODD hangt daarentegen samen met het cluster symptomen met een boze en prikkelbare stemming. De ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis komt vooral voor bij CD, terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis specifiek voorkomt bij ODD.

ODD en CD vormen niet alleen een risico voor de ontwikkeling van nagevoeg alle psychiatrische stoornissen in de volwassenheid, waaronder verslaving, maar ook voor een verminderd sociaal maatschappelijk functioneren waaronder vroegtijdige schoolverlating, werkeloosheid, alleenstaand (tiener)ouderschap, scheidingen, financiële problemen, criminaliteit en woonproblemen (dakloos, achterstandsbuurten). Ook gezondheidsproblemen en ongelukken komen vaak voor.

Vroege diagnostiek en adequate behandeling van ODD en CD zijn dan ook van groot belang voor het voorkómen van een ongunstige ontwikkeling. Dit is vooral nodig wanneer de stoornissen een vroege aanvang hebben, wanneer de symptomen talrijk zijn, een grote verscheidenheid vertonen, in meerdere situaties voorkomen en agressief van aard zijn. Het risico voor een ongunstige ontwikkeling wordt ook verhoogd door comorbiditeit met ADHD, een lage intelligentie en het vóórkomen van kenmerken van ongevoeligheid en emotieloosheid (*callous-unemotional traits*: CU-kenmerken, in DSM-5 'beperkte prosociale emoties' genoemd), namelijk een tekort aan schuldgevoel en spijt, een tekort aan empathie, weinig bezorgd zijn om eigen prestaties en oppervlakkige of beperkte gevoelens.

Uitgangsvragen

- Wat is het natuurlijke beloop van ODD en CD?
- Welke factoren bepalen het beloop van ODD en CD?

Aanbevelingen

- Bespreek in de psycho-educatie niet alleen de stabiliteit van symptomen en stoornissen, maar ook expliciet de veranderbaarheid hiervan. Dit is belangrijk voor de motivatie tot deelname aan de behandeling.
- Breng in de psycho-educatie onder de aandacht dat ODD- en CD-symptomen in de loop van de tijd kunnen afnemen en diagnoses niet meer kunnen worden gesteld; in de maatschappij leeft immers de foute vooringenomenheid dat een ongunstige ontwikkeling bij ODD en CD vastligt: eenmaal ODD of CD, altijd ODD of CD.
- Bespreek in de psycho-educatie dat ODD en CD een risico vormen voor de ontwikkeling van nagenoeg alle psychiatrische stoornissen in de volwassenheid, waaronder depressie en verslaving, voor andere gezondheidsproblemen en voor ongelukken. Leg goed uit dat met een verhoogd risico bedoeld wordt een verhoogde kans in vergelijking met kinderen en jongeren die zich zonder duidelijke problemen ontwikkelen.
- Bespreek in de psycho-educatie dat ODD en CD een risico vormen voor een verminderd sociaal-maatschappelijk functioneren, waaronder werkloosheid, financiële problemen en criminaliteit.
- Beschouw ODD en CD, mede op grond van het beloop, als aparte stoornissen.
- Onderscheid in de diagnostiek van ODD het cluster symptomen met dwars en uitdagend gedrag van het cluster symptomen met prikkelbaarheid en een boze stemming.
- Informeer patiënten en ouders bij ODD en CD over het verhoogde risico op gezondheidsschade, sociaal-maatschappelijke uitval en justitiële problemen, zowel op korte als op lange termijn.

- Draag, op grond van deze genoemde risico's, zorg voor optimale samenwerking met partners als de jeugdzorg, het onderwijs en de algemene gezondheidszorg.
- Diagnoseer en behandel comorbide stoornissen, gelet op het ongunstige effect van die stoornissen op het beloop van ODD en CD. Dit lijkt vooral te gelden voor ADHD en depressie, maar mogelijk ook voor middelenmisbruik, angst- en leerstoornissen.
- Besef dat behandeling urgenter is bij ernstige vormen van ODD en CD, bij comorbiditeit met ADHD en wanneer de intelligentie laag is.
- Onderken bij gediagnosticeerde kinderen met ODD of CD, gezien enerzijds de risico's op een ernstiger beloop en anderzijds vanwege het bepalen van de intensiteit van de zorg, de volgende factoren:
 - een vroege aanvang;
 - veel symptomen;
 - een grote verscheidenheid van symptomen;
 - agressie.
- Wees voorzichtig bij het doen van uitspraken op individueel niveau over *callous-unemotional traits* (CU-kenmerken, beperkte prosociale emoties), ondanks dat onderzoek op groepsniveau de rol van CU-kenmerken op de ernst en de persistentie van CD aantoont. Dit vanwege twijfels over de betrouwbaarheid van de beoordeling van CU-kenmerken.
- Kinderen en jongeren met gedragsproblemen in combinatie met leerproblemen, lage verbale capaciteiten en/of een lage algemene intelligentie verdienen meer en specifieke aandacht in de behandeling c.q. begeleiding dan momenteel gebeurt. Het is een moeilijke groep die een ongunstiger beloop kent dan de jongeren zonder schoolproblemen en met een hogere algemene intelligentie.

4 Diagnostiek

Het psychiatrisch onderzoek bestaat uit een reeks activiteiten resulterend in besluitvorming aangaande rubricerende en beschrijvende diagnostiek; deze monden uit in een behandeladvies. Dit alles wordt doorgesproken in het adviesgesprek. Voorafgaand aan de bespreking hiervan worden aanbevelingen gegeven over algemene uitgangspunten.

Uitgangsvragen

- Wat zijn de basisprincipes bij het proces van diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?
- Uit welke elementen bestaat het proces van diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?

- Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij rubricerende diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?
- Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij beschrijvende diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?
- Welke uitgangspunten zijn van belang bij het adviesgesprek?

4.1 Uitgangspunten

Aanbevelingen algemene uitgangspunten diagnostiek

- Begin het onderzoek met een gezamenlijk gesprek met het kind of de jongere en de ouders. Dit heeft als voordeel dat er bij aanvang overeenstemming kan worden bereikt over de reden en het doel van het onderzoek.
- Spreek na het gezamenlijke gesprek eerst de jongere, en pas hierna zijn of haar ouders apart; dit is belangrijk voor het gevoel van autonomie van de jongere.
- Besef dat er zowel onderrapportage als overrapportage van probleemgedrag kan plaatsvinden als gevolg van belangenconflicten (behoefte aan ontkenning leidend tot onderrapportage) of persoonlijke en gezinskenmerken (overbelasting leidend tot overrapportage).
- Draag zorg voor het tot stand brengen en in stand houden van een goede werkrelatie tussen enerzijds kind en ouders en anderzijds behandelaars. Dit is essentieel tijdens het diagnostische proces en de daarop volgende behandeling van ODD en CD.
- Bevorder de werkrelatie met het kind of de jongere door empathie op te brengen voor de woede en frustratie van het kind of de jongere en door zich niet veroordelend op te stellen tegenover oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag.
- Bevorder de werkrelatie met het kind of de jongere door te benadrukken dat het verhaal van het kind of de jongere net zo zwaar weegt als dat van de ouders en de leraar.
- Bevorder de werkrelatie met de ouders door begrip te tonen voor de opvoedingsbelasting en aandacht te hebben voor eventuele schuldgevoelens.
- Verhelder zo nodig tegenover de ouders dat het gedrag van het kind of de jongere het probleem is, en niet het kind of de jongere zelf.
- Vraag zowel bij de ouders als het kind of de jongere naar hun sterke kanten. Dit bevordert de werkrelatie en helpt om de problematiek op een constructieve wijze aan te pakken.
- Verstrek helderheid over de precieze vraagstelling en verwachtingen; wees helder of er sprake is van zorgdiagnostiek dan wel beslisdiagnostiek in het kader van een juridisch proces.

- Wees helder over welke informatie vertrouwelijk blijft (bijvoorbeeld als een kind of jongere wil dat informatie voor ouders geheim blijft) en welke informatie met derden gedeeld moet worden (bijvoorbeeld als er (dreigend) gevaar bestaat of in geval van Pro Justitia-rapportage).
- Wees helder over hoe verslaglegging plaatsvindt en of het recht op inzage en correctie en blokkeringsrecht van toepassing zijn.
- Neem maatregelen bij ontbrekende veiligheid in het gezin, aangezien voldoende veiligheid en rust in de leefsituatie een voorwaarde is voor adequate diagnostiek.
- Betrek altijd de school als informant bij de diagnostiek, aangezien de gedragsproblemen zich vaak ook op school manifesteren.
- Voer indien nodig herevaluatie van de diagnose uit. Deze kan bijvoorbeeld plaatsvinden bij stagneren van de behandeling of het afsluiten daarvan, of bij evaluatie en/of bijstelling van het behandelplan.
- Sta open voor consultatie door de jeugdzorg bij:
 - een vermoeden van comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD of een stemmingsstoornis);
 - een vermoeden van een andere vorm van psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis) die ten grondslag ligt aan de ernstige gedragsproblemen;
 - bij onvoldoende effect van een intensieve of langdurig behandeling.
- Ontwikkel effectieve en efficiënte methodieken om samenwerking met de jeugdzorg vorm te geven.

4.2 Activiteiten

Het psychiatrisch onderzoek bestaat uit de volgende activiteiten:

- gezamenlijk intakegesprek waarin het probleem wordt besproken;
- interview met de ouders (inventarisatie van klachten en ontwikkelings-, familie- en gezinsanamnese);
- gesprek met en observatie van het kind of de jongere;
- verzamelen van informatie van andere bronnen waaronder de grootouders, de school, de kinderarts, de politie;
- gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten of instrumenten;
- indiceren en uitvoeren van aanvullend onderzoek waaronder psychologisch onderzoek;
- weging van informatie en besluitvorming over rubricerende en beschrijvende diagnose;
- gezamenlijk adviesgesprek.

Aanbevelingen activiteiten diagnostiek

- Voer een breed opgezet onderzoek uit met het oog op de differentiële diagnose met andere psychiatrische stoornissen, zoals een autismespectrumstoornis en comorbiditeit met bijvoorbeeld ADHD of een stemmingsstoornis.
- Informeer in het interview met de ouders over het kind of de jongere behalve naar de gedragsproblemen ook naar:
 - uitstoting uit de groep leeftijdgenoten of aansluiting bij (pre) delinquente leeftijdgenoten;
 - tekorten in sociale vaardigheden;
 - contacten met politie en justitie;
 - zich snel benadeeld voelen;
 - moeite hebben om zich in een ander verplaatsen;
 - moeite hebben met empathie;
 - de neiging hebben om problemen op agressieve wijze op te lossen;
 - weinig oog hebben voor nadelige langetermijngevolgen van gedrag.
- Informeer in het interview met de ouders over het gezin en de familie in het bijzonder naar:
 - individuele problemen van de ouders (ADHD, delinquentie, verslaving, depressie);
 - echtpaarrelatie (wederzijdse ondersteuning in de opvoeding);
 - sociaal netwerk (ondersteuning).
- Informeer in het interview met de ouders in het bijzonder naar kenmerken van de opvoeding:
 - mate van ondersteuning (belangstelling en affectie tonen, gezamenlijke activiteiten ondernemen, helpen en prijzen);
 - mate van mate van regulering (consequent hanteren van regels en afspraken, opdrachten in positieve zin formuleren, milde vormen van ongewenst gedrag negeren, adequaat hanteren van time-out, stellen van gedoseerde negatieve consequenties na ernstige vormen van ongewenst gedrag).
- Verzamel informatie van school zowel over de gedragsproblemen als over de inschatting van het cognitieve niveau.
- Besteed in het interview en de observatie van het kind of de jongere aandacht aan:
 - eigen mening over problemen;
 - mate van probleembesef;
 - mate van lijden onder problemen;
 - motivatie voor verandering;
 - voorkomen van traumatisering;

- vóórkomen van specifieke verschijnselen (dwarsheid en opstandigheid; boosheid; prikkelbaarheid; regelovertreding; verbale agressie; weinig emoties; zich snel benadeeld voelen; moeite hebben om zich in een ander te verplaatsen; weinig empathie hebben; onvoldoende besef van normen en waarden; afwijkende normen en waarden).
- Doe bij meisjes specifiek navraag naar internaliserend gedrag, heimelijke of bedekte vormen van antisociaal gedrag, en relationele agressie.
- Indiceer een intelligentieonderzoek als er aanwijzingen zijn voor een achterstand in de cognitieve ontwikkeling op grond van de schoolinformatie, de informatie van de ouders en de eigen inschatting in het psychiatrische onderzoek. Licht de wenselijkheid van een intelligentieonderzoek toe tegenover de ouders en het kind of de jongere.
- Laat bij jonge kinderen standaard intelligentieonderzoek verrichten omdat bij hen ontwikkelingsachterstanden vaak nog niet zijn onderkend en een lagere dan gemiddelde intelligentie consequenties heeft voor het onderwijs.
- Indiceer persoonlijkheidsonderzoek bij jongeren wanneer er aanwijzingen zijn voor een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling. Licht de wenselijkheid van een persoonlijkheidsonderzoek toe aan de ouders en de jongere.
- Voer getrapte diagnostiek uit, waarbij de (meer)waarde van elk onderzoek wordt afgewogen. Niet alles hoeft bij elk kind of jongere te worden ingezet.
- Maak, waar mogelijk, bij het in kaart brengen van problemen zoals die worden waargenomen door de ouders of leraren en door de jongere zelf, gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten. Behalve op een aantal symptomen van ODD en CD geven deze vragenlijsten zicht op symptomen van andere stoornissen; dit is van belang voor overwegingen van de differentiële diagnose en de comorbiditeit.
- Streef niet naar verkorte diagnostiek van ODD en CD, bijvoorbeeld door het gebruik van slechts één vragenlijst of informatie van één informant. Dit wordt afgeraden vanwege de complexiteit van de diagnostiek ODD en CD en de mogelijke consequenties van deze stoornissen.
- Combineer in de uiteindelijke diagnostische conclusie de classificatie van ODD of CD met een meer specifiek voor het betreffende kind of de jongere (en systeem) geldend profiel van sterke en zwakke kanten en belangrijke voorvallen uit diens levensgeschiedenis.

4.3 Rubricerende diagnostiek

Het stellen van een rubricerende diagnose of classificatie heeft een procesmatig karakter. Na het gezamenlijke gesprek en het afzonderlijke gesprek met de ouders en het kind of de jongere wordt een differentiële diagnose opgesteld. In de loop van het diagnostische proces komen mogelijke diagnoses te vervallen, andere blijven overeind, en weer andere komen naar voren.

Aanbevelingen rubricerende diagnostiek

- Loop voor de rubricerende diagnostiek de symptomen van ODD en CD na, besluit tot het voorkomen van het symptoom na weging van de informatiebronnen, en vermeld in het dossier op grond van welke bron het symptoom werd vastgesteld.
- Besef dat etiologische overwegingen zoals de rol van ongunstige omgevingsfactoren geen belemmering mogen vormen voor het stellen van de rubricerende diagnose ODD of CD: als aan de nodige criteria wordt voldaan, wordt de diagnose gesteld.
- Besef dat de rubricerende diagnose ODD kan worden gesteld wanneer de symptomen zich slechts in één setting manifesteren: hetzij thuis, hetzij op school. Indien het gedrag echter alleen voorkomt in het contact met één persoon binnen het gezin, wordt niet de diagnose ODD gesteld maar een V-code (bijvoorbeeld ouder-kindrelatieprobleem).

4.4 Beschrijvende diagnostiek

Bij beschrijvende diagnostiek worden de symptomen en de duur ervan in kaart gebracht, de rubriekdiagnosen en hun onderlinge samenhang worden beschreven, evenals de ernst van de stoornissen en hun invloed op het psychosociale functioneren. Etiologische overwegingen worden geformuleerd over factoren die de stoornissen hebben uitgelokt en in stand houden, in het bijzonder die welke voor verandering vatbaar zijn. Ook protectieve factoren en sterke eigenschappen worden vermeld.

Aanbevelingen beschrijvende diagnostiek

- Breng bij beschrijvende diagnostiek symptomatologie en duur van de symptomen in kaart, naast etiologische overwegingen: vermoedens over mogelijke etiologische factoren en pathogenese. Beschrijf daarnaast de eventuele samenhang tussen rubricerende diagnoses, naast de mate van ernst van de stoornissen, risicofactoren, sterke kanten, relationele en interactieve processen, en copingstijlen.
- Waak ervoor, ongefundeerd krachtige uitspraken te doen over mogelijke etiologische factoren.

- Geef voorrang aan de factoren die stoornis(sen) thans in stand houden boven die welke de stoornis(sen) destijds mogelijk hebben doen ontstaan. Immers, factoren die stoornis(sen) thans in stand houden, kunnen beter beoordeeld worden dan die welke jaren geleden mogelijk een rol hebben gespeeld in het ontstaan van de stoornis(sen).
- Zorg ervoor dat de beschrijvende diagnose aanknopingspunten biedt voor de behandeling. Belangrijk hierbij zijn de ernst van de stoornis, de nadelige gevolgen van de symptomen voor het actuele psychosociale functioneren en de factoren die de stoornis(sen) thans in stand houden. Welk type behandeling kan plaatsvinden en op welke wijze dit gebeurt, hoeft niet in de diagnose zelf te staan, maar moet hieruit wel kunnen worden afgeleid.

4.5 Adviesgesprek

In het adviesgesprek wordt op inzichtelijke wijze de uitkomst van het onderzoek doorgesproken met de ouders en het kind of de jongere. Tevens wordt een behandeladvies gegeven dat logisch voortkomt uit de onderzoeksbevindingen.

Aanbevelingen adviesgesprek

- Sluit het diagnostische proces af met een adviesgesprek met de ouders, en het kind of de jongere.
- Bespreek in het adviesgesprek openlijk welke probleemgedragingen in het eigen onderzoek zijn waargenomen. Ouders zijn vaak opgelucht dat onderzoekers een deel van het gedrag zelf hebben geobserveerd.
- Bespreek de ernst van de stoornis met het oog op de noodzaak (of niet) van het starten van een behandeling.
- Ga na of ouders het eens zijn met de aard en ernst van de diagnose en hoe zij de diagnose ervaren.
- Besef dat ouders de onjuiste vooringenomenheid kunnen hebben dat ODD en CD louter het gevolg zijn van ongunstige omgevingsinvloeden. Bespreek de kwetsbaarheden van het kind of de jongere zelf als risicofactoren voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD.
- Bespreek met de ouders of zij zich kunnen vinden in het behandeladvies en wat hun verwachtingen zijn van de behandeling. Het adviesgesprek is er immers op gericht overeenstemming te krijgen over de doelen van behandeling en de middelen die daarbij ingezet zullen worden.
- Besteed ook aandacht aan sterke eigenschappen van het kind of de jongere, en de ouders, met het oog op het gebruikmaken van het behandel aanbod.

5 Behandeling

Om een behandeling kans van slagen te geven, dient eerst aandacht te worden besteed aan de motivatie van en de werkrelatie met de ouders, en het kind of de jongere. Verschillende psychologische behandelmethoden zijn voorhanden, zoals de oudertraining, evenals farmacotherapie met bijvoorbeeld psychostimulantia, waarvan het effect op symptomen van ODD en CD overtuigend is aangetoond. Ouderbegeleiding is niet op effectiviteit onderzocht, maar op grond van klinische ervaring heeft deze methode wel een plaats in de behandeling van ODD en CD verworven. Ten slotte is het nodig af te wegen hoe de verschillende beschikbare behandelmethoden op elkaar worden afgestemd.

5.1 Eerste stappen in de behandeling

Aanbevelingen eerste stappen in behandeling

- Zorg voor goed opgeleide behandelaars die de integriteit van het behandelprotocol handhaven en regelmatig het eigen handelen evalueren binnen een supervisiemodel.
- Zorg voor voldoende behandel- en overheadtijd van therapeuten en stuur binnen de organisatie op doelgroepspecialisatie.
- Ga na of de fysieke en emotionele veiligheid van het kind of de jongere binnen het gezin voldoende is gegarandeerd.
- Ga na of een ernstige vorm van (auto)agressief gedrag prioriteit behoeft in de behandeling.
- Start geen behandeling bij agressie tegen het behandelstelsel.
- Ga na of behandelaars en patiëntstelsel een gedeelde probleemdefinitie hebben en of er overeenstemming is over de behandeldoelen.
- Ga na of er voldoende motivatie tot verandering aanwezig is dan wel of extrinsieke motivatie of dwang nodig is.
- Beoordeel of de draagkracht om de behandeling aan te gaan en vol te houden bij de ouders of verzorgers voldoende is, gegeven maatschappelijke, psychologische en psychiatrische problemen.
- Ga na of er praktische belemmeringen zijn die het volgen van een behandeling in de weg staan (reisproblemen, verlof).
- Zorg binnen de behandeling voor een goede werkrelatie met wederzijds vertrouwen. Wantrouwen wordt weggenomen als behandeldoelen positief en zo concreet mogelijk worden geformuleerd in de taal van het patiëntstelsel zelf. Formuleer conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zowel de behandeldoelen op korte termijn en langere termijn, als de verschillende behandelmethoden om die doelen te bereiken.

- Zet tijdig ambulante interventies in om institutionalisering met aggregatie van jongeren met gedragsproblematiek zo veel mogelijk te voorkomen.

5.2 Psychologische behandelingen

Aanbevelingen hoofdlijnen

- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit. Die programma's behoren tot de volgende behandelmethoden:
 - *behavioral parent training* (oudertraining);
 - *cognitive behavioral therapy* (cognitieve gedragstherapie);
 - *systems of family therapy* (systemische behandeling).
- Begin bij elke psychologische behandeling met interventies voor vergroten van de therapietrouw.
- Ga na in welke mate er sprake is van reactieve en van proactieve agressie. Besteed bij reactieve agressie in de behandeling aandacht aan impulsiviteit, vijandige intentietoekenning en boosheidshantering.
- Onderzoek bij meisjes of sprake is van relationele agressie en maak relationele agressie expliciet focus van behandeling.
- Besteed in de behandeling van ODD ook aandacht aan de affectieve en stemmingscomponent: boos en gepikeerd zijn, prikkelbaar zijn en zich gemakkelijk aan anderen ergeren, driftig zijn.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is het proces voor het verstrekken van relevante informatie over het ziektebeeld en de mogelijke behandelwijze van ODD of CD. Psycho-educatie wordt gegeven zowel aan ouders en of overige opvoeders als aan het betrokken kind of de jongere zelf.

Aanbevelingen psycho-educatie

- Besteed bij de start van de behandeling specifiek aandacht aan de motivatie voor de behandeling en aan de werkrelatie.
- Zet hiervoor psycho-educatie in.
- Neem in de psycho-educatie voor de ouders informatie op over de symptomen, de comorbiditeit, de risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, hoe deze factoren aanknopingspunten vormen voor de verschillende behandelmethoden, en het beloop. Leg goed uit dat onder risicofactoren verstaan wordt factoren die de kans vergroten voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, maar dat risicofactoren dat niet doen in deterministische zin.

- Geef bij de start of in de loop van de behandeling ook psycho-educatie aan het kind of de jongere afgestemd op zijn of haar cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Gebruik hierbij aantrekkelijk materiaal waarbij aangesloten wordt op de huidige digitale leefwereld van kinderen en jongeren.
- Tijdens psycho-educatie moeten ten minste de navolgende onderwerpen besproken worden.
 - De risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en in stand houden van ODD of CD.
 - Prevalentie van ODD of CD.
 - Het beloop van ODD en CD symptomen over de tijd.
 - Beschermende en risicofactoren van ODD of CD.
 - Subtyperingen en beloopkenmerken van ODD of CD.
 - Bestaande negatieve cognities en interactiepatronen vanuit ouders over het kind.
 - Invloed van de leefomgeving en de groep leeftijdgenoten.
 - Hoe ouders, het kind of de jongere de diagnose beleven en wat ze uit zowel de naaste als wijdere omgeving aan reacties kunnen verwachten.
 - Behandel mogelijkheden, zowel psychologische behandelmethoden als farmacotherapie: wat is het doel, welk effect mag worden verwacht, welke fasering is mogelijk?
 - Bronnen van aanvullende informatie zoals boeken, artikelen, foldermateriaal van beroepsverenigingen, websites, belangenverenigingen.
 - Mogelijke ontlastende interventies zoals logeeropvang, gezinshulp, naschoolse opvang.
- Deze informatie moet zo veel mogelijk aansluiten op het kennisniveau van ouders en kind of jongere. Ook verdient het aanbeveling de meer algemene informatie zo specifiek mogelijk toe te snijden op de diagnostiek van het kind of de jongere. De informatie wordt bij voorkeur inzichtelijk gemaakt aan de hand van ervaringen uit de dagelijkse praktijk van ouder en kind of jongere. Aanvullende digitale vormen van psycho-educatie zowel voor ouders als voor kinderen en jongeren sluiten aan op actuele methoden van kennisoverdracht. Ook biedt digitale psycho-educatie kansen om te toetsen of er voldoende begrip en kennis aanwezig is alvorens te starten met behandelingen.

Ouderbegeleiding

Ouderbegeleiding biedt ondersteuning aan het gezin bij het verkrijgen van hulpverlening door bijvoorbeeld de jeugdzorg en is een methodische vorm van werken gericht op het vergroten van ouderlijke opvoedvaardigheden.

Er is geen empirisch bewijs voor het effect van ouderbegeleiding.

Aanbevelingen ouderbegeleiding

- Laat bij gezinnen met complexe problematiek (individuele problemen van ouders, relatieproblemen) psycho-educatie overgaan in ouderbegeleiding. Het versterken van de opvoedingsvaardigheden kan individueel goed afgestemd worden op de wisselende behoeften van het gezin.
- Wees bij langlopende ouderbegeleiding alert op het stellen van behandeldoelen en op regelmatige evaluatie van het behandelproces zowel met het team als de ouders.
- Gebruik ouderbegeleiding voor het creëren van behandelvoorwaarden, door ondersteuning te bieden aan het gezin bij de oplossing van praktische problemen van het leven van alledag, zoals het krijgen van toegang tot financiële ondersteuning en het organiseren van andere hulpverlening.

Oudertraining

De oudertraining (*behavioral parent training*) is een individuele of groepsgewijs aangeboden gedragstherapeutische methode die beoogt het gedrag van het kind in de alledaagse leefsituatie te beïnvloeden door het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Tot de vaardigheden die ouders leren te gebruiken, behoren specifiek prijzen, het gebruik maken van een beloningskaart, het leren formuleren van probleemgedrag in het positieve tegendeel, het negeren van milde vormen van ongewenst gedrag, het toepassen van time-out en negatieve consequenties voor ongewenst gedrag. Ook het vergroten van de sensitiviteit van ouders voor de signalen van het kind of de jongere, het verbeteren van de ouder-kindrelatie en het bevorderen van een positiever gezinsklimaat vormen cruciale onderdelen van de oudertraining. Het effect van de oudertraining is overtuigend aangetoond bij jonge kinderen en bij kinderen tot 12 jaar.

Aanbevelingen oudertraining

- Zet een oudertraining in als standaardonderdeel van de behandeling van kinderen met ODD of CD, en op indicatie ook bij ouders van jongeren met ODD of CD. Bij jongeren kan de oudertraining deel uitmaken van een systemische behandeling.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.
- Besteed extra aandacht aan het motiveren van ouders voor een oudertraining: ouders moeten begrijpen waarom zij moeten investeren terwijl het kind de gedragsproblemen heeft.
- Besteed aandacht aan belemmerende factoren zoals persoonlijke problemen van de ouders (psychiatrische stoornis) en ouderlijke disharmonie.

- Bewaak in groepsbehandelingen de aanwezigheid van een prosociale attitude van de diverse deelnemers.
- Bied ouders die zichzelf niet in staat achten in groepen te functioneren, een individuele interventie aan.
- Bied opfrisbijeenkomsten aan bij het opnieuw voorkomen van ernstige gedragsproblemen en bij hernieuwde handelingsverlegenheid van de ouders.
- Betrek zo nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandel-effect op school te bereiken.

Cognitieve gedragstherapie

In de cognitieve gedragstherapie, gegeven in individueel of in groepsverband, leren kinderen en jongeren de intenties van anderen adequater te beoordelen, verschillende oplossingen voor sociale problemen te bedenken, de korte- en langetermijngevolgen van die oplossingen te voorspellen en de meest gepaste oplossing te kiezen en uit te voeren. Ook leren ze emoties bij anderen en zichzelf te herkennen, in het bijzonder het gevoel van boosheid, en ze leren hun boosheid beter te beheersen. Het effect van de cognitieve gedragstherapie is aangetoond, vooral vanaf de leeftijd van 8 jaar.

Aanbevelingen cognitieve gedragstherapie

- Zet bij ernstige vormen van ODD en CD cognitieve gedragstherapie in bij kinderen vanaf 8 jaar en bij jongeren, echter steeds in combinatie met een interventie gericht op de ouders: bij kinderen in combinatie met een oudertraining of ouderbegeleiding, bij jongeren in de context van een systemische interventie.
- Zet ook de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie in als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.
- Wees bij jongeren bedacht op *deviancy training* (het van elkaar leren van de verkeerde dingen) wanneer cognitieve gedragstherapie in groepsverband wordt gegeven, vooral wanneer de groepen homogeen zijn samengesteld. Therapeuten dienen daarom te beschikken over specifieke vaardigheden om deviancy training te voorkomen.
- Betrek indien nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandel-effect op school te bereiken.

Combinatie oudertraining-CGT-school

De combinatie van oudertraining en cognitieve gedragstherapie werd ontwikkeld om een voldoende effect te bereiken bij ernstige vormen van ODD en CD, vooral op de kinderleeftijd. Het is nodig om de school bij de behandeling te betrekken wanneer de gedragsproblemen zich aldaar manifesteren.

Aanbevelingen oudertraining-CGT-school

- Overweeg de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ODD en/of CD vanaf 8 jaar, zeker bij ernstige vormen van ODD en CD, maar ook indien het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Betrek indien nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandelresultaat op school te bereiken.

Systemische behandelingen

Systemische behandelingen richten zich op de complexe problematiek die kenmerkend is voor jongeren vanaf 13 jaar met ODD of CD. In systemische behandelingen is er aandacht voor de negatieve invloed van leeftijdgenoten, de dreigende schooluitval, het voorkomen van middelengebruik en -misbruik, en van delinquentie. Specifieke technieken zijn ontwikkeld voor het motiveren zowel van jongeren vanwege hun sterke autonomiebehoefte, als van de ouders die neigen tot afhaken vanwege jarenlang bestaande gedragsproblemen van de jongere. Systemische behandelingen bevatten elementen uit oudertrainingen, cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie. Onder systemische behandelingen worden hier ook gezinsinterventies verstaan waarbij andere systemen betrokken worden vanwege hun rol in het in stand houden van het probleemgedrag. Het effect van systemische behandelingen is aangetoond.

Aanbevelingen systemische behandeling

- Zet bij jongeren een systemische behandeling standaard in, ook wanneer behalve ODD en CD tevens delinquentie en middelengebruik of afhankelijkheid voorkomen.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.

5.3 Farmacotherapie

Farmacotherapeutische ondersteuning bij ODD en CD heeft drie mogelijke doelen.

- De afname van symptomen van ODD en CD.
- De afname van de symptomen van comorbide stoornissen.
- Patiënten meer toegankelijk maken voor andere interventies. Dit omdat zij via medicamenteuze interventies bijvoorbeeld meer aandacht of een verbeterde impulscontrole hebben.

Uit reviews en meta-analyses blijkt dat medicamenteuze behandeling effectief is. Desondanks dient de overweging om medicatie te geven bij kinderen met ODD en CD niet lichtzinnig te worden genomen.

Uitgangsvragen

- Wat is de effectiviteit van psychostimulantia bij ODD en CD? (Paragraaf 2.)
- Wat is de effectiviteit van atomoxetine bij ODD? (Paragraaf 3.)
- Wat is de effectiviteit van antipsychotica bij ODD en CD? (Paragraaf 4.)
- Wat is de effectiviteit van stemmingsstabilisatoren bij ODD en CD? (Paragraaf 5.1.)
- Wat is de effectiviteit van alpha-adrenerge stimulantia bij ODD en CD? (Paragraaf 5.2.)
- Wat is de effectiviteit van antidepressiva bij ODD en CD? (Paragraaf 5.3.)
- Wat is bekend over gebruik van benzodiazepines bij ODD en CD? (Paragraaf 5.4.)

Psychostimulantia

Het effect van psychostimulantia op symptomen van ODD en CD is overtuigend aangetoond wanneer comorbiditeit met ADHD voorkomt. Bij jonge kinderen geldt dit in het bijzonder voor methylfenidaat.

Aanbevelingen psychostimulantia

- Zet psychostimulantia in wanneer kinderen en jongeren bij comorbiditeit met ADHD in hun functioneren ernstig belemmerd worden.
- Overweeg psychostimulantia wanneer kinderen en jongeren veel symptomen van ADHD vertonen, maar onvoldoende om de diagnose te stellen, en in hun functioneren ernstig belemmerd worden.
- Verwacht bij comorbiditeit met ADHD, of bij het voorkomen van veel ADHD-symptomen zonder diagnose, een gunstig effect van psychostimulantia op symptomen van ODD en CD.

- Overweeg psychostimulantia wanneer geen effect bereikt wordt met psychologische behandelingen terwijl kinderen en jongeren in hun functioneren ernstig belemmerd blijven, ook wanneer weinig of geen ADHD-symptomen voorkomen.
- Combineer behandeling met psychostimulantia steeds met een psychologische behandeling of op zijn minst met ouderbegeleiding.
- Besteed tijdens behandeling met psychostimulantia bijzondere aandacht aan de monitoring van de inname, om onregelmatige inname en misbruik te vermijden.

Atomoxetine

Het effect van atomoxetine op symptomen van ODD en CD bij comorbiditeit met ADHD is niet overtuigend aangetoond; het effect op ADHD-symptomen is aangetoond.

Aanbevelingen atomoxetine

- Zet atomoxetine in wanneer kinderen en jongeren bij comorbiditeit met ADHD in hun functioneren ernstig belemmerd worden en onvoldoende effect van psychostimulantia wordt bereikt, of wanneer psychostimulantia ernstige bijwerkingen hebben.
- Verwacht bij comorbiditeit met ADHD niet noodzakelijk een effect van atomoxetine op de symptomen van ODD en CD.
- Overweeg atomoxetine wanneer geen effect bereikt wordt met psychologische behandelingen terwijl kinderen en jongeren in hun functioneren ernstig belemmerd blijven, ook wanneer weinig of geen ADHD-symptomen voorkomen.
- Combineer behandeling met atomoxetine steeds met een psychologische behandeling of op zijn minst met ouderbegeleiding.
- Besteed tijdens de behandeling met atomoxetine bijzondere aandacht aan het optreden van suïcidale ideaties als bijwerking.

Antipsychotica

Het effect van antipsychotica op agressief gedrag is aangetoond. Thans worden vooral atypische antipsychotica voorgeschreven. Gewichtstoename is een belangrijke bijwerking van deze middelen. Ook is er onzekerheid over het risico voor hart- en vaatziekten en diabetes op langere termijn.

Aanbevelingen antipsychotica

- Overweeg een atypisch antipsychoticum bij ernstige vormen van agressief gedrag die niet reageren op psychologische behandelingen, psychostimulantia of atomoxetine.
- Wees terughoudend met het starten van een behandeling met een atypisch antipsychoticum vanwege de bijwerkingen: op korte termijn

gewichtstoename en op langere termijn onzekerheid over het risico op hart- en vaatziekten en diabetes.

- Spreek daarom een behandelperiode af van drie maanden of maximaal zes maanden waarna de behandeling wordt afgebouwd.
- Combineer een atypisch antipsychoticum voor de afname van agressief gedrag steeds met een psychologische behandeling.

Stemmingsstabilisatoren

Er zijn aanwijzingen dat valproaat en lithium enig effect hebben op de symptomen van ODD en CD.

Aanbevelingen stemmingsstabilisatoren

- Overweeg valproaat als medicatie bij agressie als er sprake is van epilepsie of temporale afwijkingen.
- Overweeg in uitzonderlijke gevallen lithium als behandeling tegen agressief gedrag. Stel in op lithium in klinisch verband, gezien de intensieve monitoring.
- Carbamazepine dient niet als middel voor behandeling van ODD en CD te worden ingezet.

Aanbevelingen overige medicatie

- Overweeg clonidine alleen bij comorbiditeit met ADHD voor de behandeling van ADHD. Echter, grote voorzichtigheid is geboden bij cardiaal belaste patiënten.
- Overweeg inzet van antidepressiva bij ODD- en CD-patiënten die comorbide stemmingsstoornissen hebben.
- Houd bij inzet van antidepressiva bij kinderen en jongeren met comorbide stemmingsstoornissen rekening met mogelijke suïcidaliteit en suïcidale ideatie.
- Overweeg inzet van benzodiazepines alleen in situaties waarbij de patiënt door onrust en/of agressie een direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Die behandeling dient altijd kort te zijn, met het oog op mogelijke verslaving aan benzodiazepines.

5.4 Behandelmethoden op elkaar afstemmen

Farmacotherapie en psychologische behandelingen kunnen met elkaar gecombineerd worden. Hierbij wordt met de ouders, het kind en de jongere afgesproken dat na de start en de evaluatie van het effect van de farmacotherapie de psychologische behandeling een aanvang zal nemen. Maar men kan ook starten met een psychologische behandeling en farmacotherapie achter de hand houden. Farmacotherapie wordt dan pas ingezet wanneer symptomen van ODD, CD of ADHD niet of onvoldoende beïnvloed worden door de psychologische behandeling. Klinische ervaring wijst erop

dat psychologische behandelingen van kinderen en jongeren met ODD of CD bij comorbiditeit met een ernstige vorm van ADHD meer kans hebben effectief te zijn wanneer de symptomen van ADHD door farmacotherapie gunstig worden beïnvloed.

Aanbevelingen behandelmethoden op elkaar afstemmen

- Bied als eerste stap in de behandeling psycho-educatie aan voor de ouders. Voorafgaand aan, of in de loop van de behandeling is psycho-educatie aangepast aan het ontwikkelingsniveau ook aangewezen voor kinderen en jongeren.
- Wanneer het gezin ondersteuning behoeft om een behandeling mogelijk te maken, bied dan eerst ouderbegeleiding aan.
- Bied aan de ouders van kinderen jonger dan 6 jaar een oudertraining aan. Vul die indien nodig aan met methylfenidaat voor het kind wanneer ook ADHD voorkomt die onvoldoende beïnvloed wordt door de oudertraining.
- Bied aan de ouders van kinderen tussen 6 en 12 jaar zonder comorbiditeit met ADHD een oudertraining aan. Overweeg bij onvoldoende effect psychostimulantia, vooral als er enkele symptomen van ADHD voorkomen.
- Bied aan de ouders van kinderen tussen 6 tot 12 jaar met ODD of CD en comorbiditeit met ADHD een oudertraining aan. Vul de behandeling aan met psychostimulantia of atomoxetine wanneer het kind in zijn of haar functioneren ernstig belemmerd wordt door de symptomen van ADHD.
- Zet de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie in bij kinderen met ODD of CD (al dan niet met ADHD) vanaf 8 jaar, zeker wanneer sprake is van ernstige vormen van ODD of CD, maar ook als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Bied aan jongeren vanaf 13 jaar en hun ouders een systemische behandeling aan.
- Bied aan jongeren vanaf 13 jaar en hun ouders een systemische behandeling aan aangevuld met psychostimulantia of atomoxetine voor de jongere wanneer het functioneren van de jonger ernstig belemmerd wordt door de symptomen van ADHD.
- Overweeg een kortdurende behandeling met een atypisch antipsychoticum wanneer ondanks een psychologische behandeling en psychostimulantia of atomoxetine ernstige vormen van fysiek agressief gedrag blijven voorkomen bij kinderen en jongeren.
- Besluit tot klinische behandeling in situaties van ernstig gevaar voor anderen, het kind of de jongere.

- Overweeg behandeling in (dag)klinisch verband wanneer onvoldoende effect wordt bereikt met poliklinische behandeling, of wanneer er ernstige belemmeringen zijn voor de deelname aan een poliklinische behandeling door het gezin.

Literatuur

- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Moffitt, T.E., & Scott, S. (2009). Conduct disorders of childhood and adolescence. In M. Rutter, D.V.M. Bishop, D.S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 543-564). Oxford: Blackwell Publishing.

Hoofdstuk 1

Werkwijze en verantwoording

1 Doelstelling

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. In de samenvattingen van de empirische evidentie wordt aangegeven wat de wetenschappelijke stand van zaken is. De aanbevelingen dienen om optimaal professioneel handelen in de gezondheidszorg te expliciteren, en zijn gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming. In deze aanbevelingen zijn naast de wetenschappelijke argumenten ook professionele kennis en ervaringskennis meegenomen, samengevat in de praktijkrelevante overwegingen.

Deze richtlijn beoogt een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk van (kinder- en jeugd)psychiaters die betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD). De richtlijn biedt ter bevordering van de implementatie aanknopingspunten voor bijvoorbeeld lokale (instituts- of regio-) protocollen en/of transmurale zorgafspraken.

2 Afwijkende terminologie

NB Voor deze richtlijn is gekozen voor een afwijkende terminologie ten opzichte van bestaande richtlijnen binnen de ggz. De werkgroep acht de in die richtlijnen gebruikte terminologie verwarrend. Het gaat om de concepten ‘wetenschappelijke onderbouwing’, ‘conclusies’, en ‘overige overwegingen’ (zie tabel 9.1).

Tabel 9.1 Afwijkende terminologie

<i>Oud</i>	<i>Nieuw</i>
Wetenschappelijke onderbouwing	Overzicht van de empirische evidentie
Conclusies	Samenvatting van de empirische evidentie
Overige overwegingen	Praktijkrelevante overwegingen

Vooral de oude termen ‘conclusies’ en ‘overige overwegingen’ dekken onvoldoende de inhoud. Immers: ‘conclusies’ gelden in de wetenschappelijke literatuur als leidend. Het woord is ook sterker van betekenis, dan ‘aanbeveling’. In de praktijk leidt dit tot verwarring. De term ‘overige overwegingen’ impliceert een restgroep. Echter, deze overwegingen kunnen wel degelijk van grote invloed zijn.

3 Richtlijngebruikers

Deze richtlijn is geschreven voor psychiaters.

4 Uitgangsvragen

Voor ontwikkeling van deze richtlijn zijn uitgangsvragen opgesteld. Via de methodiek van evidence-based richtlijn ontwikkeling (EBRO) zijn de antwoorden op de uitgangsvragen geformuleerd als aanbevelingen.

5 Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in het voorjaar van 2009 een werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) onder voorzitterschap van prof. dr. Walter Matthys, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie aan de Universiteit van Utrecht. De werkgroepleden waren door de wetenschappelijke vereniging gemandateerd voor deelname aan deze werkgroep en de samenstelling van de werkgroep is goedgekeurd door de NVvP. De werkgroepleden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze conceptrichtlijn. De volgende personen (allen lid van en afgevaardigd door de NVvP) hadden zitting in de werkgroep:

- Walter Matthys (voorzitter);
- Nico Beuk;
- Marjan Hansman (tot en met september 2011);
- Lidwien Kok;
- Margreet van Lookeren Campagne;
- Robert Vermeiren.

Zoeken en beoordelen van literatuur

Angita Peterse en Annemiek van den Bosch hebben literatuur-*searches* uitgevoerd en de literatuur beoordeeld. Johan Remmerie heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de beoordeling van literatuur bij het hoofdstuk over farmacologie (hoofdstuk 6.3).

6 Werkwijze werkgroep

De werkgroep werkte gedurende 34 maanden aan de totstandkoming van de conceptrichtlijn. Voor de beantwoording van de uitgangsvragen werd de volgende werkwijze gehanteerd. Voor beantwoording van de uitgangsvragen is systematisch gezocht naar publicaties die betrekking hadden op de vier hoofdthema's van deze richtlijn:

- prevalentie en comorbiditeit;
- diagnostiek;
- beloop;
- behandeling (psychosociaal; farmacologisch; combinaties van die twee).

Gezocht werd in Pubmed, Psychinfo, Medline en de Cochrane Database.

Voor zover dergelijke publicaties zijn opgenomen in de samenvattingen van de evidentie, zijn van die publicaties bewijstabellen gemaakt, waarin een beoordeling van de publicaties en een samenvatting van de resultaten is opgenomen. In verband met de brede reikwijdte van deze richtlijn was het niet mogelijk om van alle publicaties bewijstabellen te maken. In de literatuurlijsten per hoofdstuk is aangegeven van welke bronnen bewijstabellen aanwezig zijn, en van welke niet.

De werkgroepleden hebben vervolgens conceptteksten geformuleerd, die in de werkgroepbijeenkomsten werden besproken. De leden van de redactie hebben richtlijnteksten geformuleerd (bestaande uit, per uitgangsvraag: inleiding, overzicht van de empirische evidentie, samenvattingen van de empirische evidentie, praktijkrelevante overwegingen, en aanbevelingen). Na vaststelling van de conceptversie werd deze richtlijn in december 2012 ter autorisatie voorgelegd aan de NVvP en aan vertegenwoordigers van patiënten en ouders via de LPGGz en de oudervereniging Balans.

7 Onderbouwing richtlijn en EBRO-bewijsniveaus

Deze richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek, gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht in de Cochrane database, Medline, Psychinfo, en bij vragen waarvoor dit relevant was ook in Cinahl.

Op verzoek zijn de volledige zoekstrategieën beschikbaar. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit literatuurlijsten van opgevraagde literatuur.

De beoordeling van de verschillende artikelen vindt u in de verschillende teksten terug onder het kopje 'overzicht van de empirische evidentie'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in de 'samenvatting van de empirische evidentie'. De belangrijkste literatuur waarop deze samenvatting is gebaseerd, staat bij deze samenvatting vermeld, inclusief de mate van bewijs.

Voor een deel van de publicaties die worden genoemd in het overzicht van de empirische evidentie, is geen bewijstabel opgenomen. Er was onvoldoende financiële ruimte om alle genoemde artikelen te wegen via de uitvoering van nieuwe meta-analyses. De werkgroep heeft ervoor gekozen deze publicaties toch op te nemen en te gebruiken in overzichten en samenvattingen van de empirische evidentie. In een volgende versie van de richtlijn kunnen deze publicaties dan worden voorzien van een bewijstabel. In de literatuurlijsten per hoofdstuk wordt duidelijk gemaakt voor welke publicaties er voor deze richtlijn bewijstabellen zijn gemaakt, en welke publicaties wel gebruikt zijn in deze richtlijn maar waarvan geen formele bewijstabellen zijn gemaakt. De bewijstabellen bij deze richtlijn zijn beschikbaar via de website van de NVvP en via www.ggzrichtlijnen.nl. Voor het formuleren van een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs vaak nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden, voor zover niet wetenschappelijk onderzocht, vermeld onder het kopje 'praktijkrelevante overwegingen'. In deze overwegingen spelen de ervaring en de mening van de werkgroepleden een belangrijke rol. De 'aanbeveling' is het resultaat van de integratie van het beschikbare bewijs met de weergegeven praktijkrelevante overwegingen.

De keuzes voor de indeling van methodologische kwaliteit van onderzoeken, en de indeling van niveaus van bewijs van conclusies zijn gebaseerd op de EBRO-methodiek, zie tabel 1.1 en 1.2.

Tabel 1.1 Indeling van methodologische kwaliteit van afzonderlijke onderzoeken

<i>Classificatie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Diagnostisch accuratesseonderzoek</i>	<i>Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose</i>
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang.	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad.	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor <i>confounding</i> en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek).	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd.	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek, of patiënt-controleonderzoek.
C	Niet-vergelijkend onderzoek.		
D	Mening van deskundigen.		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies

Tabel 1.2 Niveau van de bewijsvoering in de conclusie

<i>Niveau</i>	<i>Conclusie gebaseerd op</i>
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2.
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
3	Eén onderzoek van niveau B of C.
4	Mening van deskundigen.

8 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. De richtlijn wordt verspreid onder alle relevante beroepsgroepen en instellingen. De richtlijn is te downloaden vanaf www.ggzrichtlijnen.nl en via de website van de NVvP, www.nvvp.net.

9 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Omdat deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie indien nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, is het aanbevelenswaardig om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

10 Financiële belangenverstrengeling en onafhankelijkheid werkgroepleden

Een map met verklaringen van werkgroepleden over mogelijke financiële belangenverstrengeling ligt ter inzage bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Er zijn geen bijzondere vormen van belangenverstrengeling gemeld.

11 Herziening

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. Uiterlijk in 2017 bepaalt de NVvP of deze richtlijn nog actueel is. Indien nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

De andere gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid voor het bewaken van de actualiteit van de aanbevelingen in de richtlijn; hen wordt verzocht relevante ontwikkelingen kenbaar te maken aan de eerstverantwoordelijke.

Hoofdstuk 2

Inhoudelijke inleiding

1 Inleiding

Richtlijnen hebben tot doel de clinicus handvatten aan te reiken bij de diagnostiek en de behandeling. Bij het ontwikkelen van richtlijnen moeten prioriteiten gesteld worden in wat wel en wat niet aan de orde komt, mede vanuit de beschikbare middelen en tijd. Niet alle relevante invalshoeken van waaruit psychiatrische stoornissen beschreven worden, in dit geval de oppositioneel-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*: ODD) en de gedragsstoornis (*conduct disorder*: CD), hoeven in een richtlijn te worden opgenomen. Zo zal niet worden ingegaan op de preventie van ODD en CD. Evenmin zal de etiologie van ODD en CD diepgaand besproken worden; hiervoor wordt verwezen naar overzichtsartikelen en (leer)boeken. In deze inleiding beperken we ons tot het noemen van enkele factoren die een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van ODD en CD. Ten slotte hebben we doublures vermeden met de uitgebreide informatie over meetinstrumenten, specifieke psychologische behandelprogramma's en psychofarmaca die het Landelijk Kenniscentrum voor Kinder- en jeugdpsychiatrie beschikbaar stelt. Deze richtlijn is bedoeld complementair te zijn aan de informatie van het Landelijk Kenniscentrum. Bij het formuleren van deze richtlijn voor ODD en CD bij kinderen en jongeren werd gekozen voor vier onderwerpen vanwege hun relevantie voor de klinische praktijk:

- de prevalentie van de stoornissen, met bijzondere aandacht voor comorbiditeit;
- diagnostiek;
- beloop en prognose;
- behandeling:
 - algemene principes;
 - psychologische behandeling;
 - farmacotherapie;
 - beide typen behandeling op elkaar afstemmen.

In de literatuur worden vele termen gebruikt die verwijzen naar de problematiek van kinderen en jongeren met ODD of CD. Vaak gebruikte kwalificaties voor de gedragsproblemen zijn: antisociaal, agressief, oppositioeneel, externaliserend, disruptief, delinquent. Onderzoeken die aangeduid worden met deze trefwoorden hebben meestal betrekking op kinderen

en jongeren met ernstige gedragsproblemen maar bij wie geen ODD of CD werd vastgesteld. Gekozen werd om deze onderzoeken niet mee te nemen, maar ons te richten op kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen in psychiatrische zin: kinderen en jongeren bij wie de diagnose ODD of CD kan worden gesteld. Uitzondering hierop vormt hoofdstuk 6.2, Psychologische behandelingen, omdat in meta-analyses en overzichtsartikelen onderzoeken bij groepen met gediagnosticeerde stoornissen niet worden onderscheiden van onderzoeken bij groepen met ernstige gedragsproblemen waarbij niet op gestructureerde wijze diagnoses werden vastgesteld. Deze richtlijn richt zich op kinderen (3 tot 12 jaar) en jongeren (13 tot 18 jaar). Onder 'jonge kinderen' wordt de leeftijdsgroep tot 6 jaar verstaan.

Eerst komen de relevante kenmerken van ODD en CD aan bod (paragraaf 2). Hierna wordt kort ingegaan op de factoren die een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van ODD en CD (paragraaf 3).

2 Omschrijving van de stoornissen

Tot de stoornissen die volgens DSM-IV-TR (APA, 2000) vanaf de kinderleeftijd kunnen worden gediagnosticeerd, behoren ODD en CD. Deze stoornissen worden in de DSM-IV-TR samen met de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) ondergebracht onder het kopje 'aandachtstekortstoornissen en gedragstoornissen'. Hiermee wordt zowel de overeenkomst aangegeven tussen ODD en CD enerzijds en ADHD anderzijds, als het verschil met andere stoornissen beginnend in de kinderleeftijd, zoals de pervasieve ontwikkelingsstoornissen. In DSM-5 (2013) worden ODD en CD behandeld in het hoofdstuk Disruptieve, impulscontrole en gedragsstoornissen, onder andere samen met de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

2.1 Oppositioneel-opstandige stoornis (ODD)

Hier volgen de criteria voor de diagnose oppositioneel-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*, ODD) volgens de DSM-5 (APA, 2013) en een toelichting van de richtlijncommissie.

Oppositioneel-opstandige stoornis volgens DSM-5

- A Een patroon van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van ten minste zes maanden waarin vier (of meer) van de volgende aanwezig zijn:

Boze en prikkelbare stemming

- 1 Is vaak driftig.
- 2 Is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen.
- 3 Is vaak boos en gepikeerd.

Dwars en uitdagend gedrag

- 4 Maakt vaak ruzie met volwassenen.
- 5 Is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen.
- 6 Ergert vaak anderen met opzet.
- 7 Geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag.

Wraakzuchtig gedrag

- 8 Is minstens twee keer hatelijk en wraakzuchtig geweest in de afgelopen 6 maanden.

Voor kinderen jonger dan 5 jaar moet het gedrag op de meeste dagen van de week voorkomen (dit geldt niet voor criterium 8). Voor kinderen van 5 jaar en ouder moet het gedrag op zijn minst eens per week voorkomen (dit geldt niet voor criterium 8).

- B De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatige functioneren.
- C De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een psychotische of stemmingsstoornis.

Toelichting ODD

Allereerst is het nuttig om te vermelden dat de symptomen van ODD niet noodzakelijk in meer dan in één situatie hoeven voor te komen: ook al komen ze uitsluitend thuis voor, dan nog kan de diagnose worden gesteld. Bekijken we de acht criteria van nabij, dan valt op dat zij verschillend van aard zijn. De DSM-IV-TR maakt echter bij ODD, in tegenstelling tot CD, geen onderscheid tussen verschillende typen symptomen. Onderzoek uitgevoerd na de publicatie DSM-IV (1994) en DSM-IV-TR (2000) laat echter zien dat de acht symptomen wel van elkaar te onderscheiden zijn. Dit onderscheid wordt in de DSM-5 (2013) wel gemaakt.

Eenzijds is er een groep van vijf symptomen van dwars en uitdagend gedrag: opstandig zijn, ruzie maken met volwassenen, anderen met opzet ergeren, anderen de schuld geven, en hatelijk en wraakzuchtig zijn (Rowe e.a., 2010). Anderzijds is er een groep van drie symptomen die verwijzen naar een boze stemming en problemen met de emotieregulatie: boos, prikkelbaar en driftig zijn (Rowe e.a., 2010). Beide groepen symptomen worden ook gevonden in het onderzoek van Stringaris en Goodman (2009a) met uitzondering van het symptoom 'hatelijk en wraakzuchtig zijn': dit symptoom staat los van beide groepen en wordt gedrag genoemd dat anderen schade toebrengt.

Het onderkennen van de heterogene aard van de symptomen van ODD is van belang voor een goed begrip van de aard van deze stoornis. ODD kan beschouwd worden als een gemengde stoornis van zowel gedrag als emotie, op grond van de heterogene aard van de symptomen en het ermee

samenhangende beloop (Matthys, 2011). Kinderen en jongeren met deze stoornis lopen niet alleen een risico op de latere ontwikkeling van CD maar ook op de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis (Burke e.a., 2005; Stringaris & Goodman, 2009b).

De ontwikkeling van CD hangt samen met het cluster ODD-symptomen met dwars en uitdagend gedrag, terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis samenhangt met het cluster ODD-symptomen met een boze en prikkelbare stemming (Stringaris & Goodman, 2009b). Bekijken we de verschillende psychiatrische stoornissen bij kinderen en jongeren vanuit ontwikkelingsoogpunt dan neemt ODD een centrale positie in: bij een ongunstige ontwikkeling kan deze stoornis zowel leiden tot angst- en stemmingsstoornissen als tot CD en stoornissen in het middelengebruik (Nock e.a., 2007). Vroege diagnostiek en behandeling van deze stoornis is daarom van groot belang voor het voorkomen van de latere ontwikkeling van andere psychiatrische stoornissen.

2.2 Gedragsstoornis (CD)

Hier volgen de criteria voor de diagnose gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD) volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) en een toelichting van de richtlijncommissie.

Gedragsstoornis (CD) volgens DSM-5

- A Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden zoals blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van drie (of meer) van de volgende criteria, met ten minste de laatste zes maanden één criterium aanwezig:

Agressie gericht op mensen en dieren:

- 1 pest, bedreigt, of intimideert vaak anderen;
- 2 begint vaak vechtpartijen;
- 3 heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen ernstig lichamelijk letsel kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, kei, gebroken fles, mes, vuurwapen);
- 4 heeft mensen mishandeld;
- 5 heeft dieren mishandeld;
- 6 heeft in een direct contact een slachtoffer bestolen (bijvoorbeeld iemand van achteren neerslaan, tasjesroof, afpersing, gewapende overval);
- 7 heeft iemand tot seksueel contact gedwongen.

Vernieling van eigendom:

- 8 heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken;
- 9 heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting).

Leugenachtigheid of diefstal:

- 10 heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto;
- 11 liegt vaak om goederen of gunsten van anderen te krijgen of om verplichtingen uit de weg te gaan (bijvoorbeeld oplichting);
- 12 heft zonder direct contact met het slachtoffer voorwerpen van waarde gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal maar zonder in te breken, valsheid in geschrifte).

Ernstige schendingen van regels:

- 13 blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, gebinnend voor het 13e jaar;
- 14 is ten minste tweemaal van huis weggelopen en 's nachts weggebleven (of eenmaal gedurende een langere periode zonder terug te keren);
- 15 spijbelt vaak, beginnend vlak voor het 13e jaar.

- B De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.
- C Indien de betrokkene 18 jaar of ouder is en niet wordt voldaan aan de criteria van de antisociale persoonlijkheid[sstoornis].

Codeer type op basis van de beginleeftijd:

- 312.81 **Gedragsstoornis, type beginnend in de kinderleeftijd:**
het begin van ten minste één criterium ligt voor het 10e jaar.
- 312.82 **Gedragsstoornis, type beginnend in de adolescentie:**
geen enkel criterium karakteristiek voor de gedragsstoornis ligt voor het 10e jaar.
- 312.89 **Gedragsstoornis, begin niet gespecificeerd:** beginleeftijd is onbekend.

Specificeer op aanwezigheid van beperkte prosociale emoties:

Een tekort aan schuldgevoel en spijt, ongevoelig en een tekort aan empathie, weinig bezorgd zijn om eigen prestaties, en oppervlakkige of beperkte gevoelens.

Specificeer ernst:

Licht: weinig of niet meer gedragsproblemen dan nodig zijn om de diagnose te stellen **en** de gedragsproblemen veroorzaken slechts geringe schade aan anderen (bijvoorbeeld liegen, spijbelen, zonder toestemming buiten blijven als het al donker is).

Matig: het aantal gedragsproblemen en het effect ervan op anderen ligt tussen 'licht' en ernstig' (bijvoorbeeld stelen zonder confrontatie met het slachtoffer, vandalisme).

Ernstig: veel meer gedragsproblemen dan nodig zijn om de diagnose te stellen **of** de gedragsproblemen veroorzaken aanzienlijke schade aan anderen (bijvoorbeeld gedwongen seks, lichamelijke waardheid, gebruik van een wapen, stelen met direct contact met het slachtoffer, inbraak).

Toelichting CD

Gemeenschappelijk aan de symptomen van de gedragsstoornis (CD) is dat zij antisociaal van aard zijn: normen, regels en rechten van anderen worden erdoor overtreden. De DSM-IV-TR en DSM-5 maken onderscheid tussen het type beginnend in de kindertijd en het type beginnend in de adolescentie. Het type beginnend in de kindertijd (of met een vroeg begin) vertoont meestal meer agressieve symptomen en heeft meer comorbiditeit met ADHD en met een taal- of leesstoornis dan het type beginnend in de adolescentie (of met een laat begin) (Lahey e.a., 1998; Hinshaw e.a., 1992). Het type beginnend in de adolescentie is beter toegerust met sociale en schoolse vaardigheden; onder andere om die reden is de prognose van het type beginnend in de adolescentie beter. Na de adolescentie is er bij deze groep meer kans om op te houden met het vertonen van antisociaal gedrag in vergelijking met de groep met een begin op de kindertijd (Moffitt e.a., 1996). Dit betekent overigens niet dat de ontwikkeling in de volwassenheid probleemloos verloopt bij de groep beginnend in de adolescentie. Ook deze groep heeft een verhoogd risico op een psychiatrische stoornis in de volwassenheid, waaronder een stoornis in het middelengebruik, en op geweldpleging (Odgers e.a., 2007).

Er is discussie of deze opdeling moet worden aangevuld met een type waarbij de gedragsstoornis beperkt blijft tot de kindertijd (*childhood limited type*) (Moffitt e.a., 2008). Het is immers al lang bekend dat er onder de kinderen met CD een deelgroep is bij wie de symptomen afnemen en bij wie de diagnose enkele jaren later niet meer gesteld kan worden. Het probleem echter is dat er onvoldoende kennis is over de kenmerken bij het kind of de omgeving die een voorspellende waarde hebben over het verdere beloop: chronisch of beperkt tot de kindertijd. Daarom vinden Moffitt e.a. (2008) het invoeren van dit subtype voorbarig. Dit neemt niet weg dat klinici er rekening moeten mee houden dat symptomen van CD beginnend op de kindertijd kunnen afnemen, ook zonder interventie,

waardoor de diagnose bij dezelfde persoon op latere leeftijd niet meer kan worden gesteld.

In DSM-5 zijn ook de kenmerken van ongevoeligheid en emotieloosheid opgenomen: *callous-unemotional traits* oftewel *CU-traits* (CU-kenmerken) (Frick & White, 2008), niet als symptoom, maar als aanvullende kwalificatie van de gedragsstoornis (wel of niet aanwezig). Deze kenmerken omvatten: een tekort aan schuldgevoel en spijt, een tekort aan empathie, weinig bezorgd zijn om eigen prestaties, en oppervlakkige of beperkte gevoelens. Deze kenmerken gaan samen met meer ernstige en persistente vormen van antisociaal en agressief gedrag (Frick & White, 2008), maar er zijn twijfels of deze kenmerken betrouwbaar zijn te beoordelen. Meetinstrumenten voor de beoordeling van CU-kenmerken zijn ontwikkeld, maar zijn voor verbetering vatbaar (voor een kritische bespreking zie Kotler & McMahon, 2010). Tot die meetinstrumenten behoort de Antisocial Process Screening Device (APSD) (Frick & Hare, 2001). In de praktijk worden deze kenmerken van ongevoeligheid en emotieloosheid klinisch beoordeeld, zoals dat ook het geval is bij narcistische of andere persoonskenmerken. Het gebruik van een specifiek meetinstrument is echter mogelijk, net zoals persoonlijkheidsonderzoek ingezet wordt voor het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling.

2.3 De verhouding tussen ODD en CD

In de DSM-IV-TR worden ODD en CD gezien als aan elkaar verwante stoornissen: vanwege het samen voorkomen (comorbiditeit); vanwege de relatie tot elkaar in de tijd; en vanwege de ernst. Inderdaad: ODD wordt gezien als een mogelijke voorloper en milde variant van CD met een vroeg begin. Bij sommige kinderen en jongeren kan zich aanvankelijk, tussen 3 en 7 jaar, ODD ontwikkelen die, in het ongunstige geval, in ernst kan toenemen waardoor later aan de criteria van CD wordt voldaan. Deze kinderen en jongeren met CD blijven echter ook de verschijnselen vertonen van ODD. Maar bij het voorkomen van beide stoornissen kan volgens een beslisregel van DSM-IV-TR uitsluitend de diagnose CD wordt gesteld. De DSM-IV-TR brengt dus een hiërarchische relatie aan tussen deze stoornissen waarbij ODD een ondergeschikte positie krijgt toebedeeld.

Sinds de publicatie van DSM-IV in 1994 levert onderzoek nieuwe inzichten op over de relatie tussen beide stoornissen. De verhoogde kans voor het later ontwikkelen van CD bij kinderen en jongeren met ODD wordt bevestigd bij jongens, maar niet bij meisjes (Rowe e.a., 2002; Rowe e.a., 2010). De kans voor het later ontwikkelen van CD is ook kleiner dan eerder vermoed (Rowe e.a., 2010). Het beloop van beide stoornissen in de vroege volwassenheid is eveneens verschillend. De ontwikkeling van symptomen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis komt nagenoeg uitsluitend voor bij CD terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis specifiek

voorkomt bij ODD (Rowe e.a., 2010). Samenvattend werd bepleit om ODD te beschouwen als een aparte stoornis, de hiërarchische relatie tussen ODD en CD los te laten en de beslisregel te laten vervallen op grond waarvan de diagnose ODD niet kan worden gesteld als ook CD wordt gediagnosticeerd (Rowe e.a., 2010; Nock e.a., 2007; Pardini e.a., 2010). In DSM-5 is de beslisregel vervallen en kunnen beide stoornissen tegelijk worden gediagnosticeerd.

3 Factoren ontstaan en in stand houden van ODD en CD

Voor adequaat klinisch handelen is inzicht nodig in de etiologie van ODD en CD. Het is hier niet de plaats om diepgaand op de etiologie van ODD en CD in te gaan (zie hiervoor bijvoorbeeld Moffitt & Scott, 2009; Matthys, 2011). Het begrip etiologie suggereert overigens dat een verklaring kan worden gegeven voor het ontstaan van ODD en CD. Dat is thans nog niet mogelijk. Toch is van een aantal factoren in longitudinaal onderzoek aangetoond dat zij een risico vormen voor het ontstaan van ODD en/of CD, terwijl van andere werd aangetoond dat zij ODD en/of CD in stand houden. Van nog andere kenmerken weten we alleen dat ze vaak voorkomen bij kinderen en jongeren met ODD of CD.

Voor een goed begrip van de etiologie van ODD en CD dienen de risicofactoren en kenmerken bij het kind of de jongere in samenhang te worden gezien met de risicofactoren en kenmerken van de omgeving. In de samenleving leeft nog steeds de onjuiste vooringemenheid dat ODD en CD vooral het gevolg zijn van ongunstige omgevingsinvloeden. Intussen is aangetoond dat ook kwetsbaarheden bij het kind of de jongere zelf een risicofactor vormen voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, in het bijzonder ODD en CD beginnend in de kinderleeftijd. Tot de biologische risicofactoren en kenmerken (*correlates*) behoren (voor een overzicht zie Matthys, 2011; Matthys e.a., 2013):

- erfelijkheid (Arsenault e.a., 2003; Gelhorn e.a., 2005; Van den Oord e.a., 1996);
- temperamentkenmerken (Caspi e.a., 1995; Lahey e.a., 2008; Sanson e.a., 1993), een geringe angstconditionering (Gao e.a., 2010a; 2010b);
- een verminderde cortisolresponsiviteit op stress (Snoek e.a., 2004);
- een verlaagd basaal cortisol in interactie met testosteron in de adolescentie (Popma e.a., 2007), structurele en functionele tekorten van de amygdala (Huebner e.a., 2008; Jones e.a., 2009; Marsh e.a., 2008; Sterzer e.a., 2005; 2007);
- een verminderde activiteit van de orbitofrontale cortex bij beloning (Finger e.a., 2011; Rubia e.a., 2009);

- een verminderd functioneren van het paralimbische systeem (onder andere cingulaire cortex, orbitofrontale cortex) (Finger e.a., 2008; Rubia e.a., 2008; Stadler e.a., 2007; Sterzer e.a., 2005);
- complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling; roken en ander middelengebruik tijdens de zwangerschap (Brennan e.a., 2003).

Psychologische kenmerken zoals een lage intelligentie (Koenen e.a., 2006) en een vertraagde taalontwikkeling (Stattin & Klackenberg-Larson, 1993) behoren tot de risicofactoren voor het ontstaan van ODD en CD. Andere psychologische kenmerken zoals afwijkingen in de sociale-informatieverwerking (Matthys e.a., 1999), ontstaan in de loop van de ontwikkeling, houden de gedragsproblemen in stand (Fontaine e.a., 2002; Zelli e.a., 1999). Ook afwijkingen in de executieve functies (Matthys e.a., 1998, 2004; Oosterlaan e.a., 1998; Schoemaker e.a., 2012) en een verminderd empathisch functioneren werden bij kinderen en jongeren met ODD en CD aangetoond (Cohen & Strayer, 1996; De Wied e.a., 2005).

Tot de omgevingsfactoren behoren niet-optimale opvoedingsvaardigheden van de ouders, zoals onduidelijkheid in het geven van opdrachten, onvoldoende prijzen en belonen van gewenst gedrag, inconsequent omgaan met ongewenst gedrag van het kind of de jongere, hard straffen, onvoldoende direct toezicht op jonge kinderen, en niet op de hoogte zijn van het doen en laten van kinderen en jongeren (Reid e.a., 2002). Mede uitgelokt door temperamentkenmerken van het kind of de jongere ontwikkelen zich in het contact met hun ouders dwingende interactiepatronen die een belangrijke rol spelen in het ontstaan en in stand houden van ODD en CD (Patterson, 2002; Patterson e.a., 1992). Relatieproblemen tussen de ouders, persoonlijke problemen van de ouders zoals depressiviteit, en stress als gevolg van materiële problemen hebben een negatieve invloed op de opvoedingsvaardigheden (Capaldi e.a., 2002). Ook ongunstige buurtkenmerken die leiden tot chronisch stress, beïnvloeden de opvoeding (Pinderhughes e.a., 2001). Tot de andere omgevingsfactoren behoren uitstoting door de groep leeftijdgenoten als gevolg waarvan sociale vaardigheden zich niet verder ontwikkelen (Miller-Johnson e.a., 2002), aansluiting bij de delinquente groep leeftijdgenoten met een verhoogd risico voor *deviancy training* (Dishion e.a., 1999) en grote scholen in buurten met sociaal-economisch benadeelde gezinnen (Thomas e.a., 2006).

Aangenomen wordt dat bij CD beginnend in de adolescentie sprake is van een combinatie van heftige autoriteitsconflicten als gevolg van de toenemende autonomiebehoefte van de adolescent (tegenstelling tussen de biologische rijpheid en de beperking in privileges en verantwoordelijkheden), onvoldoende zicht van de ouders op het doen en laten van de adolescent en de aansluiting bij de groep leeftijdgenoten met lichte of ernstiger vormen van delinquentie. Biologische factoren zouden minder een rol spelen. Het ongewenste gedrag is vaak van beperkte duur, onder

andere omdat deze jongeren, in vergelijking met die van de vorm met een begin in de kinderleeftijd, beter zijn toegerust met schoolse en sociale vaardigheden die ze zich in de schoolleeftijd hebben eigen gemaakt (Moffitt, 2003).

Voor de klinische praktijk is het onderscheid van belang tussen enerzijds factoren die, vaak jaren voorafgaand aan de verwijzing, ten grondslag lagen aan het ontstaan van ODD en CD, en anderzijds factoren die de symptomen op het moment van het klinisch onderzoek in stand houden. Het zijn vooral de in stand houdende factoren die een aangrijpingspunt vormen voor de behandeling.

Literatuur

- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arsenault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Rijdsdijk, F.V., Jaffee, S.R., e.a. (2003). Strong genetic effects on cross-situational antisocial behaviour among 5-year old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twin-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 832-848.
- Brennan, P.A., Greking, E.R., & Mednick, S.A. (2003). Prenatal and perinatal influences on conduct disorder and serious delinquency. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 319-341). New York: The Guilford Press.
- Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B., & Rathouz, P.J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioural disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 1200-1210.
- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G.R., & Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. In J.B. Reid, G.R. Patterson, & J. Snyder, *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model of intervention* (pp. 123-145). Washington: American Psychological Association.
- Caspi, A., Henry, B., McGee, R.O., Moffitt, T.E., & Silva, P.A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child Development*, *66*, 55-68.
- Cohen, D., & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, *32*, 988-998.
- Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, *54*, 755-764.

- Finger, E.C., Marsh, A.A., Mitchell, D.G., Reid, M.E., Sims, C., Budhani, S., e.a. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathic traits during reversal learning. *Archives of General Psychiatry*, 65, 586-594.
- Finger, E.C., Marsh, A.A., Blair, K.S., Reid, M.E., Sims, C., Ng, P., e.a. (2011). Disrupted reinforcement signaling in the orbitofrontal cortex and caudate in youths with conduct disorder or oppositional defiant disorder and a high level of psychopathic traits. *American Journal of Psychiatry*, 168, 152-162.
- Fontaine, R.G., Burks, V.S., & Dodge, K.A. (2002). Response decision processes and externalizing behavior problems in adolescents. *Development and Psychopathology*, 14, 107-122.
- Frick, P.J., & Hare, R.D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device (APSD)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Frick, P.J., & White, S.F. (2008). The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 359-375.
- Gao, Y., Raine, A., Venables, P.H., Dawson, M.E., & Mednick, S.A. (2010a). Reduced electrodermal fear conditioning from ages 3 to 8 years is associated with aggressive behaviour at age 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 550-558.
- Gao, Y., Raine, A., Venables, P.H., Dawson, M.E., & Mednick, S.A. (2010b). Association of poor childhood fear conditioning and adult crime. *American Journal of Psychiatry*, 167, 56-60.
- Gelhorn, H.L., Stallings, M.L., Young, S.E., Corley, R.D., Rhee, S.H., & Hewitt, J.K. (2005). Genetic and environmental influences on conduct disorder: symptom, domain and full-scale analyses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 580-591.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in children and adolescents: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127-155.
- Huebner, T., Vloet, T.D., Marx, I., Konrad, K., Fink, G.R., Herpertz, S.C., e.a. (2008). Morphometric brain abnormalities in boys with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 540-547.
- Jones, A.P., Laurens, K.R., Herba, C.J., & Viding, E. (2009). Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *American Journal of Psychiatry*, 166, 95-102.
- Koenen, K. C., Caspi, A., Moffitt, T. E., Rijdsdijk, F., & Taylor, A. (2006). Genetic influences on the overlap between low IQ and antisocial behavior in young children. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 787-797.
- Kotler, J.S., & McMahon, R.J. (2010). Assessment of child and adolescent psychopathy. In R.T. Salekin, & D.R. Lynam (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychopathy* (pp. 79-109). New York: The Guilford Press.

- Lahey, B.J., Loeber, R., Quay, H.C., Applegate, B., Shaffer, D., Waldman, I., e.a. (1998). Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 435-442.
- Lahey, B.B., Van Hulle, C.A., K. Keenan, Rathouz, P.J., D'Onofrio, B., Rodgers, J.L., e.a. (2008). Temperament and parenting during the first year of life predict future child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1139-1158.
- Marsh, A.A., Finger, E.C., Mitchell, D.G.V., Reid, M., Sims, C., Kosson, D.S., e.a. (2008). Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behaviour disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 712-720.
- Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., Goozen, S. van, Vries, H. de, Cohen-Kettenis, P., & Engeland, H. van. (1998). The dominance of behavioural activation over behavioural inhibition in conduct disordered boys with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 643-651.
- Matthys, W., Cuperus, J., & Engeland, H. van. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.
- Matthys, W., Goozen S.H.M. van, Snoek, H., & Engeland, H. van. (2004). Response perseveration and sensitivity to reward and punishment in boys with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 362-364.
- Matthys, W., Vanderschuren, L.J.M.J., & Schutter, D.J.L.G. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology*, 25, 193-207.
- Miller-Johnson, S., Coie, J.D., Maumary-Gremaud, A., Bierman, K.; Conduct Problems Research Group. (2002). Peer rejection and aggression and the early starter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 217-230.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behaviour: A 10-year research review and a research agenda. In B.J. Lahey, T.E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York: The Guilford Press.
- Moffitt, T.E., Arseneault, L., Jaffee, S.R., Kim-Cohen, J., Koenen, K.C., Odgers, C.L., e.a. (2008). Research review DSM-5 conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 3-33.

- Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3-18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Moffitt, T.E., & Scott, S. (2009). Conduct disorders of childhood and adolescence. In M. Rutter, D.V.M. Bishop, D.S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 553-564). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., & Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the national Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.
- Ogders, C.L., Caspi, A., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H., e.a. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 476-484.
- Oord, E.J.C.G. van den, Verhulst, F.C., & Boomsma, D.I. (1996). A genetic study of maternal and paternal ratings of problem behaviors in 3-year-old twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 349-357.
- Oosterlaan, J., Logan, G.D., & Sergeant, J.A. (1998). Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD+CD, anxious and normal children: A meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 411-426.
- Pardini, D.A., & Fite, P.J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM-5. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1134-1144.
- Patterson, G.R. (2002). The early development of coercive family process. In: J.B. Reid, G.R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model of intervention* (pp. 25-64). Washington: American Psychological Association.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pinderhughes, E.E., Nix, R., Foster, E.M., Jones, D.; Conduct Problems Prevention Research Group. (2001). Parenting in context: Impact of neighborhood poverty, residential stability, public services, social networks and danger on parental behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 63, 941-953.
- Popma, A., Vermeiren, R., Geluk, C.A.M.L., Rinne, T., Brink, W. van den, Knol, D.L., e.a. (2007). Cortisol moderates the relationship between testosterone and aggression in delinquent male adolescents. *Biological Psychiatry*, 61, 405-411.

- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E.J., & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 365-373.
- Rowe, R., Costello, E.J., Angold, A., Copeland, W., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 726-738.
- Rubia, K., Halari, R., Cubillo, A., Smith, A., Mohammed, A-M., Scott, S., e.a. (2009). Disorder-specific inferior prefrontal hypofunction in boys with pure attention-deficit/hyperactivity disorder compared to boys with pure conduct disorder during cognitive flexibility. *Human Brain Mapping*, *31*, 1823-1833.
- Rubia, K., Halari, R., Smith, A., Mohammed, M., Scott, S., Giampetro, V., e.a. (2008). Dissociated functional brain abnormalities of inhibition in boys with pure conduct disorder and in boys with pure attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 889-897.
- Sanson, A. Smart, D., Prior, M., & Oberklaid, F. (1993). Precursors of hyperactivity and aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 1207-1216.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S.A., Espy, K.A., Dekovic, M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 111-119.
- Snoek, H., Goozen, S.H.M. van, Matthys, W., Buitelaar J.K., & Engeland, H. van. (2004). Stress responsivity in children with externalising behavior disorders. *Development and Psychopathology*, *16*, 389-406.
- Stadler, C., Sterzer, P., Schmeck, K., Krebs, A., Kleinschmidt, A., & Poustka, F. (2007). Reduced anterior cingulate activation in aggressive children and adolescents during affective stimulation: Association with temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, *41*, 410-417.
- Stattin, H., & Klackenber-Larsson, I. (1993). Early language and intelligence development and their relationship to future criminal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 369-378.
- Sterzer, P., Stadler, C., Krebs, A., Kleinschmidt, A., & Poustka, F. (2005). Abnormal neural responses to emotional stimuli in adolescents with conduct disorder. *Biological Psychiatry*, *57*, 7-15.
- Sterzer, P., Stadler, C., Poustka, F., Kleinschmidt, A. (2007). A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *Neuroimage*, *37*, 335-342.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009a). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*, 216-223.

- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009b). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 404-412.
- Thomas, D.E., Bierman, K.L.; Conduct Problems Prevention Research Group. (2006). The impact of classroom aggression on the development of aggressive behavior problems in children. *Development and Psychopathology*, 18, 471-487.
- Wied. M. de, Goudena, P.P., & Matthys, W. (2005). Empathy in boys with disruptive behaviour disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 867-880.
- Zelli, A., Dodge, K.A., Lochman, J.E., Laird, R.D.; Conduct Problems Prevention Research Group. (1999). The distinction between beliefs legitimizing aggression and deviant processing of social cues: Testing measurement validity and the hypothesis that biased processing mediates the effects of beliefs on aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 150-166.

Hoofdstuk 3

Prevalentie en comorbiditeit

1 Inleiding

Gedragsproblemen vormen minstens een derde van de redenen voor verwijzing naar een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek of afdeling. Na onderzoek wordt een deel van de verwezen kinderen en jongeren gediagnosticeerd met ODD of CD, al dan niet met een comorbide stoornis. In dit hoofdstuk worden prevalentiecijfers gegeven van ODD en CD. Vervolgens wordt ingegaan op de meest voorkomende comorbide stoornissen: ADHD, stemmings- en angststoornissen, verslaving, en verstandelijke beperking. Waar mogelijk wordt onderscheid gemaakt in leeftijdscategorieën en in sekse. Ook wordt ingegaan op de prevalentie van ODD en CD in groepen jongens en meisjes in detentie. Opgemerkt wordt dat de in de diverse onderzoeken gevonden prevalentie sterk afhangt van zaken als:

- welk classificatiesysteem wordt gebruikt;
- welke meetinstrumenten worden gebruikt;
- in welke groepen wordt gemeten;
- in welke mate ODD, gedragsproblemen en ADHD van elkaar worden onderscheiden.

Voor dit hoofdstuk is geen systematische search uitgevoerd. Bij de selectie van de literatuur werd uitgegaan van overzichtsartikelen, aangevuld met onderzoeken sinds 2000.

Uitgangsvragen

De uitgangsvragen voor dit hoofdstuk waren:

- Wat is de prevalentie van ODD en CD? (Paragraaf 2.1 en 2.2.)
- Hoe vaak komen ODD of CD en ADHD samen voor? (Paragraaf 3.)
- Hoe vaak komt misbruik en afhankelijkheid van middelen voor bij kinderen met ODD of CD? (Paragraaf 4.)
- Hoe vaak komen internaliserende stoornissen voor bij ODD en CD? (Paragraaf 5.)
- Hoe vaak komen ODD en CD voor bij kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking? (Paragraaf 6.)

2 Prevalentie

2.1 Oppositioneel-opstandige stoornis (ODD)

Loeber e.a. (2000) geeft in zijn review een overzicht van onderzoeken naar de prevalentie van ODD tussen 1987 en 1998 in de algemene bevolking. Voor ODD bij jongens variëren de prevalentiecijfers tussen de 2,1 en de 15,4%. Voor meisjes is dat vergelijkbaar: 1,5-15,6%. Costello e.a. (2005) noemen, op basis van bevolkingsonderzoeken van na 1993, een gemiddeld prevalentiecijfer voor ODD van 3,8%. Uit de review van 18 onderzoeken in de algemene bevolking van Boylan e.a. (2007) komt een prevalentie van ODD naar voren van 2,6-15,8%. Daarbij geven Boylan e.a. aan dat voor 13 van de 18 onderzoeken geldt dat de prevalentie ligt tussen de 3-6%. Op grond van tientallen onderzoeken blijkt dat de mediaan voor ODD 3,2% is met een spreiding van 0,3% tot 22,5% (Lahey e.a., 1999). Samenvattend wordt de prevalentie van ODD geschat op 3% van de kinderen tussen 4 en 18 jaar, met een grote spreiding in verschillende onderzoeken.

2.2 De gedragsstoornis (CD)

Loeber e.a. (2000) geeft voor CD bij jongens prevalentiecijfers tussen de 1,8 en de 16,0% en voor meisjes tussen de 0,8 en de 9,2%. Costello e.a. (2005) noemen, op basis van bevolkingsonderzoeken van na 1993, een gemiddeld prevalentiecijfer voor CD van 4%. Op grond van tientallen onderzoeken blijkt dat de mediaan voor CD 2,0% is met een spreiding tussen de 0% en 16,6% (Lahey e.a., 1999). Samenvattend wordt de prevalentie van CD geschat op 2% van de kinderen tussen 3 en 18 jaar, waarbij de prevalentie bij jongens hoger is dan bij meisjes. Tussen de onderzoeken zijn grote verschillen in prevalentiecijfers.

Invloed van leeftijd en geslacht

De leeftijd van aanvang is, ook vanwege de aard van de symptomen, vroeger voor ODD dan voor CD; de prevalentie van ODD is niet verschillend in de adolescentie in vergelijking met de kinderleeftijd, terwijl de prevalentie van CD stijgt in de adolescentie (Loeber & Burke, 2011). Ook blijkt dat de prevalentie van ODD en CD bij jonge kinderen even hoog is als die van kinderen in de schoolleeftijd en adolescentie (Egger & Angold, 2006). Wat betreft het verschil in geslacht laten de meeste onderzoeken voor ODD een wat hogere prevalentie zien bij jongens dan bij meisjes (Nock e.a., 2007). CD komt duidelijk vaker voor bij jongens dan bij meisjes (Nock e.a., 2006). Onduidelijk is of classificatiesystemen waarvan de symptomen meer op jongens zijn toegespitst, van invloed zijn op diagnostiek bij meisjes (Lahey, 1999; Loeber, 2000), of dat ODD en CD daadwerkelijk minder vaak voorkomen bij meisjes in vergelijking met jongens.

Jongeren in detentie

Vermeiren e.a. (2006) geven in hun review aan dat onderzoek naar psychiatrische problemen bij jongeren in detentie nog in de kinderschoenen staat. De resultaten van de onderzoeken die er zijn, geven een sterk wisselend en inconsistent beeld. Geconcludeerd wordt dat tussen de 33% en 75% van de jongeren in detentie de diagnose CD heeft (gebaseerd op internationaal onderzoek). Vreugdenhil e.a. (2004) geven in een Nederlands onderzoek onder 204 gedetineerde jongeren tussen 12 en 18 jaar een prevalentie van 75% voor ODD en CD samen (*disruptive behavior disorder*). Hamerlynck e.a. (2009) deden onderzoek naar 211 minderjarige gedetineerde meisjes van wie er 173 met een civielrechtelijke maatregel en 38 met een strafrechtelijke maatregel waren geplaatst. Van degenen met een civielrechtelijke plaatsing had 42,4% ODD en 57% CD. Bij een strafrechtelijke procedure was dat 23,7% ODD en 52,6% CD.

Praktijkrelevante overwegingen

De prevalentiecijfers van ODD, naar schatting 3%, en CD, naar schatting 2% van de kinderen en jongeren, maakt duidelijk dat het om aanzienlijke aantallen gaat. De route waarlangs kinderen al dan niet in zorg komen, de argumenten en oorzaken voor zowel die route, als de keuze voor wel of niet behandelen, en de keuze voor waar die behandeling plaatsvindt, gebeurt weinig systematisch en naar het oordeel van de werkgroep eerder willekeurig. Vanwege de hoge prevalentiecijfers is goede afstemming en samenwerking nodig tussen de verschillende instellingen (ggz, jeugdzorg, justitie).

Opgemerkt wordt dat er sprake kan zijn van overdiagnosticeren van ODD en CD, zowel in onderzoek als in de praktijk. In sommige gevallen is er sprake van symptomen die lijken op die van ODD of CD waarbij het disfunctioneren niet voortkomt uit de stoornis, maar uit de reactie van de omgeving op het gedrag (dat lijkt op ODD- of CD-symptomen). Evenzo goed kan onderdiagnosticeren voorkomen vanwege onder meer negatieve connotaties bij ODD en CD. Cultuur en sociale omgeving kunnen de interpretatie van gedrag beïnvloeden. Wat in de ene cultuur of sociale omgeving als brutaal en opstandig wordt beschouwd, wordt in de andere als aangepast gezien.

Vanwege de hoge prevalentie van ODD en CD is samenwerking met de jeugdzorg van groot belang. De ggz dient daarom beschikbaar te zijn voor de jeugdzorg wanneer om consultatie wordt gevraagd voor diagnostiek vanwege mogelijke comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD), een mogelijk andere onderliggende psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis), of een vastlopende intensieve behandeling. De jeugdzorg richt zich ook op kinderen en jongeren met gedragsproblemen zonder dat een diagnose ODD of CD hoeft te zijn vastgesteld. In de *Richtlijn Ernstige*

gedragsproblemen voor de jeugdzorg (richtlijn in ontwikkeling; publicatie 2013 via het Nederlands Jeugd Instituut) wordt als houvast aangenomen dat onderzoek aangewezen is bij een score op een gestandaardiseerde vragenlijst vanaf het 84e percentiel en behandeling bij een score vanaf het 90e percentiel.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat de ondervertegenwoordiging van meisjes aandacht verdient. Het is immers de ervaring in de praktijk dat meisjes met een gedragsstoornis vaak ernstiger en meer deviant gedrag vertonen dan jongens. Te vaak lijkt men bij meisjes te denken dat hun symptomen goedaardig zijn en ze er wel zullen uitgroeien.

Aanbevelingen prevalentie

- Gezien de hoge prevalentie van ODD en CD is een goede samenwerking met de jeugdzorg van groot belang.
- Wees beschikbaar voor de jeugdzorg wanneer om consultatie wordt gevraagd op het gebied van diagnostiek vanwege mogelijke comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD), een mogelijk andere onderliggende psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis), of een vastlopende intensieve behandeling.
- Sta open voor samenwerking met de jeugdzorg op het gebied van behandeling, hetzij verwijzing naar de jeugdzorg voor behandeling, hetzij gezamenlijke uitvoering van de behandeling, hetzij overname van de behandeling.
- Ook meisjes en kinderen jonger dan 6 jaar worden bij aanmelding voor ernstige gedragsproblemen op ODD en CD onderzocht.

3 Comorbiditeit met ADHD

De meest voorkomende comorbiditeit is die met ADHD (Angold e.a., 1999). Terwijl onderzoeken sterk verschillen in de percentages van comorbiditeit, liggen de percentages van comorbiditeit van ODD en CD met ADHD in de meeste onderzoeken tussen 40 en 60% (Lahey e.a., 1999). Deze comorbiditeit kan ook bekeken worden vanuit het oogpunt van de samenhang tussen symptomen. Die samenhang is sterk: de correlatiecoëfficiënt tussen enerzijds de symptomen van ODD en CD en anderzijds de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit bij kinderen van 2-5 jaar is 0,80 (Sterba e.a., 2007); de correlatiecoëfficiënt tussen de symptomen van ODD en de symptomen van hyperactiviteit bij kinderen van 6-18 jaar is 0,67 (Martel e.a., 2010).

In geval van comorbiditeit met ADHD is de ernst van ODD en CD meer uitgesproken, is er meer psychopathologie bij de ouders, komen conflictueuze interacties met de ouders en afwijzing door leeftijdgenoten vaker

voor, zijn er meer problemen op school, en is de prognose ongunstiger (Angold e.a., 1999).

Praktijkrelevante overwegingen

Het is niet altijd eenvouding om bij bepaald gedrag zoals ‘niet luisteren’ helder te krijgen of het als symptoom moet worden beschouwd van ADHD (samenhangend met aandachtsproblemen) of van ODD en CD (samenhangend met verzet). Dit geldt ook bij ‘ruw omgaan met andere kinderen’: dit kan een uiting zijn van impulsiviteit, of van anderen met opzet ergeren. Doorvragen is hierbij nodig.

Aanbevelingen

- Heb bij de diagnostiek en behandeling van ODD en CD steeds oog voor mogelijke comorbiditeit met ADHD.
- Heb bij de diagnostiek en behandeling van ADHD steeds oog voor mogelijke comorbiditeit met ODD en CD.

4 Comorbiditeit met middelenmisbruik en -afhankelijkheid

Middelenmisbruik en -afhankelijkheid (of ‘verslaving’) komt bij ODD en CD al op jonge leeftijd vaker en meer voor dan bij leeftijdsgenoten zonder deze stoornissen. Dat geldt in het bijzonder voor jongeren die in contact zijn gekomen met politie en justitie. Bij jongeren is er bovendien een duidelijke associatie tussen gedragsproblemen en het later ontwikkelen van middelengebruik en -problematiek (Fergusson, 2007; Pardini, 2007). Er lijkt sprake van een reciproque relatie tussen CD en middelengebruik, waarbij de ene stoornis de expressie van de andere versterkt (Loeber e.a., 2000). Bij jongens is er een verband tussen de ernst van de CD en het risico op het zich in de vroege volwassenheid ontwikkelen van alcoholproblematiek (Pardini, 2007). De comorbiditeit van ODD en CD bij problematisch middelengebruik is aanzienlijk, vooral bij afhankelijkheid van middelen (Roberts, 2006). De relatie tussen gedragsproblemen op de kinderleeftijd en later middelengebruik en -problematiek is beperkt, maar indien wel aanwezig, zijn dit ernstiger vormen van verslaving (Fergusson, 2007; Loeber, 2000). Bij meisjes is niet de ernst van de CD-symptomen van belang (van het ontwikkelen van middelenmisbruik), maar de aanwezigheid van symptomen: ook bij minder CD-symptomen lopen meisjes risico op middelenmisbruik (Loeber e.a., 2000). Bij meisjes met CD is vaker sprake van experimenteren met dieetpillen en van nicotineafhankelijkheid dan bij jongens met CD (Loeber e.a., 2000). De relatie tussen CD en middelengebruik wordt versterkt door het gelijktijdig optreden van depressieve symptomen (Loeber e.a., 2000; Pardini 2007), vooral bij meisjes (Loeber e.a., 2000).

Zowel gedragsproblemen als depressieve symptomen zijn geassocieerd met middelengebruik als ‘zelfmedicatie’ onder adolescente meisjes (Loeber e.a., 2000).

Interessant is dat diverse andere onderzoekers stellen dat de associatie tussen enerzijds aandachtsproblematiek en ADHD-kenmerken en anderzijds middelengebruik/-problematiek bij adolescenten (grotendeels) verdwijnt wanneer gecorrigeerd wordt voor ODD en/of CD en de daarmee samenhangende factoren (Fergusson, 2007; Flory & Lynam, 2003; Pardini, 2007). Lee e.a. (2011) daarentegen concluderen in een systematisch literatuuroverzicht naar prognostisch onderzoek bij kinderen met ADHD dat in de literatuur de volgende drie opvattingen leven.

- Verslaving wordt, ook in aanwezigheid van ADHD, verklaard door ODD of CD.
- ADHD heeft een eigen, onafhankelijke rol in de ontwikkeling van verslaving, zij het een kleinere dan ODD en CD.
- Aanwezigheid van ADHD bij ODD of CD vergroot de kans op verslaving, en geeft een ernstiger beloop van de verslaving en van andere comorbide stoornissen dan bij ODD of CD alleen of bij ADHD alleen (Lee e.a., 2011).

De conclusie die hieruit kan worden getrokken, is dat ODD of CD en ADHD een belangrijke rol spelen in het ontstaan van verslavingsgedrag. Bij zowel jongens (Vreugdenhil, 2004; Vermeiren, 2006) als meisjes (Hamerlynck, 2009) met een politie- en justitiecontact komt middelenmisbruik en verslaving vaak voor. Comorbiditeit van ADHD bij ODD en CD heeft een ongunstig invloed op het beloop van verslaving en van andere comorbide stoornissen.

Praktijkrelevante overwegingen

De samenhang tussen ODD of CD en middelenmisbruik of -afhankelijkheid wordt in de praktijk vaak gezien. Zowel kindgebonden als omgevingsfactoren spelen hierin een rol. Genetische aanleg, impulsiviteit, moeite met gedragsregulatie, en *sensation seeking* zijn enkele van de belangrijkste kenmerken van kinderen en jongeren met ODD en CD. Daarnaast zijn, zeker voor het ontwikkelen van verslaving, ook stoornissen in de verwerking van signalen van straf en beloning van belang. Beïnvloedende omgevingsfactoren zijn: ouders met middelenmisbruik en -afhankelijkheid dan wel andere psychiatrische stoornissen, de school, en vrienden die ook middelen gebruiken. Om die reden is het ook van groot belang om de omgeving te betrekken bij diagnostiek en behandeling. Met de omgeving wordt bedoeld de ouders, de school, maar ook de vrienden, en dan vooral die vrienden die ook middelen gebruiken.

Voor wat betreft verslaving als comorbiditeit bij meisjes met valt op dat naast de ernst van de gedragsproblematiek meisjes met ODD of CD vaker comorbide problemen hebben die het beeld compliceren. Hierbij spelen middelenmisbruik en -verslaving een belangrijke rol.

Net als bij ADHD is het ook voor middelenmisbruik en -verslaving niet altijd eenvoudig om duidelijk te krijgen welke symptomen horen bij middelenmisbruik en welke bij ODD of CD. Zo kan bij een jongere agressie het gevolg zijn van het middelenmisbruik zelf, dan wel primair bij de al bestaande CD behoren.

Door de relatieve onbekendheid van ggz-medewerkers met middelenmisbruik en omgekeerd vanuit verslavingszorg met psychiatrische problematiek wordt een tekort aan gedeelde kennis ervaren. Doordat jongeren vaak comorbide stoornissen hebben, is er behoefte aan meer intensieve samenwerking. Er is behoefte aan verbetering van scholing en uitwisseling van kennis over zowel diagnostiek en behandeling als ontwikkelingen op het gebied van afhankelijkheid zoals gamen.

Tot slot zij opgemerkt dat middelenmisbruik bij jongeren vaak lastig te onderscheiden valt van bij de leeftijd behorend experimenteergedrag. Hoewel het gebruik van middelen zeer af te raden is op minderjarige leeftijd, dient te worden erkend dat experimenteren onderdeel is van het opgroeien.

Aanbevelingen

- Wees bij jongeren met ODD en CD altijd alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid.
- Wees vooral alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid bij de combinatie ODD/CD-ADHD en bij de combinatie ODD/CD-stemmingsstoornis; in geval van ODD/CD-stemmingsstoornis geldt dit nog sterker bij meisjes.
- Wees bij de combinatie van ODD of CD met stemmingsstoornissen extra alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid.
- Ga bij jongeren met middelenmisbruik en -afhankelijkheid na of ODD of CD en/of ADHD ook aanwezig zijn.

5 Comorbiditeit met internaliserende stoornissen

Gedragsproblemen (externaliserende problematiek) en internaliserende problematiek gaan frequent samen. Er is overlap in symptomen tussen ODD en depressieve symptomen (Boylan, 2007) en CD en depressieve symptomen. Subklinische internaliserende problematiek kan al voor de adolescentie beginnen. Tijdens de adolescentie is het risico op deze comorbiditeit groter bij meisjes dan bij jongens (Loeber, 2000). Jongeren met ODD en CD

hebben daarnaast een verhoogd risico op een comorbide angststoornis (Costello, 2006; Loeber, 2000). Gedragsproblemen gaan meestal vooraf aan (het vaststellen van) internaliserende problemen (Stringaris & Goodman, 2009; Waschbusch, 2002). Daarvoor zijn verschillende verklaringen mogelijk.

- ODD kan internaliserende problematiek maskeren (Boylan, 2007; Wolff, 2006).
- ODD en CD, maar vooral ODD, kunnen voorlopers zijn van internaliserende problematiek (Boylan, 2007; Loeber, 2000; Stringaris & Goodman, 2009).
- Internaliserende problematiek die zich ontwikkelt in het beloop van een ODD, kan een uiting zijn van resterende problemen met affectregulatie in relatie tot cognitieve en aandachtsproblemen (Boylan, 2007).
- Gedragsproblemen zouden het optreden van internaliserende problematiek kunnen uitstellen, doordat gevoelens uitgeageerd kunnen worden (Wolff, 2006).

In de volgende situaties is het van belang om alert te zijn op comorbide internaliserende problematiek (Boylan, 2007).

- Indien ODD of CD zich ontwikkelt tijdens de piek van het optreden van internaliserende problemen, is er extra reden om te overwegen of er primair sprake is van een internaliserende stoornis.
- Indien ODD optreedt bij een kind met impulsregulatieproblemen of emotionele labiliteit, is er mogelijk sprake van een zich ontwikkelende internaliserende stoornis.
- Bij meisjes met late-onset CD is de aanwezigheid van een internaliserende stoornis extra waarschijnlijk.

Bij jongens in detentie worden depressieve stoornissen regelmatig gediagnosticeerd (Vermeiren, 2006; Vreugdenhil, 2004). Bij meisjes in detentie komen depressieve en angststoornissen erg vaak voor, zowel in samenhang met ODD en CD als zonder (Hamerlynck, 2009). Hetzelfde onderzoek laat zien dat bij meisjes in detentie traumatische gebeurtenissen opvallend vaak voorkomen. Bijna alle meisjes hebben vroeger fysiek en/of seksueel misbruik meegemaakt.

Praktijkrelevante overwegingen

Storend gedrag kan een uiting zijn van ODD of CD, maar ook van een depressieve stoornis of een posttraumatische stressstoornis. Het is daarom in de praktijk belangrijk om bij de aanmelding van een kind of jongere met gedragsproblemen na te gaan of er (ook) internaliserende problematiek voorkomt dan wel een posttraumatische stressstoornis. Vanuit de omgeving, inclusief de hulpverlening, is de aandacht vaak eenzijdig gericht op de externaliserende problemen, waardoor er onvoldoende oog is voor hetzij een primaire internaliserende problematiek hetzij een tevens voorkomende

internaliserende problematiek.

Daarnaast kan ODD of CD leiden tot het ontwikkelen van internaliserende problemen en andersom. vooral bij jongeren komt het regelmatig voor dat de internaliserende problemen primair zijn, of een gevolg van omgevingsfactoren, en gebeurtenissen of trauma. Bij meisjes wordt in de praktijk gezien dat zij zich in gevaarlijke situaties begeven (van criminaliteit, geweld en seksueel misbruik). Dit wordt in de praktijk gezien, soms als onderdeel van ODD of CD, soms als uiting van onderliggende internaliserende symptomen, en soms als een combinatie daarvan.

Aanbevelingen

- Ga in de diagnostiek van ODD en CD steeds na of er sprake is van comorbiditeit met een stemmingsstoornis of een angststoornis zoals een posttraumatische stressstoornis.
- Wees vooral bij meisjes altijd alert op het vóórkomen van traumatisering en een posttraumatische stressstoornis.
- Wees alert op een zich ontwikkelende angst- of stemmingsstoornis in de loop van de behandeling van kinderen en jongeren met ODD of CD.

6 Comorbiditeit met (lichte) verstandelijke beperking

Gedragsproblemen bij kinderen met zwakbegaafdheid (IQ tussen 70 en 84) en een verstandelijke beperking (IQ lager dan 70) komen vaker voor dan bij kinderen met een gemiddelde intelligentie (Dekker & Koot, 2002). Decennia geleden zag men in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking gedragsproblemen als onderdeel en gevolg van de beperkingen. Maar de laatste jaren is er in toenemende mate aandacht voor de kwetsbaarheid van deze groep voor ontwikkeling van psychiatrische stoornissen. ODD en CD zijn daarvan een belangrijk voorbeeld.

Overzicht van de evidentie

In 2002 vergeleken Dekker e.a. (2002) in een onderzoek onder andere 668 kinderen met een verstandelijke beperking (met een IQ tussen 60 en 80) met 1.855 kinderen zonder verstandelijk beperking. Dit om de prevalentie te beoordelen van verschillende emotionele en gedragsproblemen. De lijsten die gebruikt werden voor de beoordeling waren de Child Behavior Checklist (CBCL) voor de ouders en de Teacher's Report Form (TRF) voor de leerkracht. Geconcludeerd werd dat kinderen met een verstandelijke beperking drie- tot viermaal zoveel risico hebben op het ontwikkelen van gedragsproblemen, in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder een verstandelijke beperking.

Praktijkrelevante overwegingen

In de dagelijkse praktijk is het bij kinderen en jongeren met een lichte verstandelijke handicap (LVH) of lichte verstandelijke beperking (LVB) belangrijk onderscheid te maken tussen *challenging behavior*, vertaald als ‘moeilijk verstaanbaar gedrag’ en symptomen van ODD of CD. De termen lichte verstandelijke handicap (LVH) en lichte verstandelijke beperking (LVB) zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking gangbaar. Met ‘moeilijk verstaanbaar gedrag’ wordt bedoeld: gedrag dat voortkomt uit onvoldoende afstemming tussen hulpverlener en kind of jongere en overvraging door de omgeving (Didden, 2005). Voor die term wordt gekozen omdat het actie van de hulpverlener vraagt: die is gehouden om zich in te zetten het gedrag goed te interpreteren, te leren verstaan. Voor het analyseren hiervan wordt zowel het cognitieve en talige functioneren als het sociaal-emotionele functioneren in beeld gebracht, en wordt allereerst gekeken of de omgeving voldoende afstemt op het ontwikkelingsniveau van het kind. Het moge duidelijk zijn dat het maken van dit onderscheid in de dagelijkse praktijk niet altijd eenvoudig is. Dit neemt niet weg dat de incidentie van gedragsproblematiek verhoogd is en mogelijk gelieerd is aan ontwikkelingsstoornissen van het brein en genetische syndromen (Didden, 2005).

Daarnaast is het aannemelijk dat bij kinderen met LVB omgevingsfactoren vaker een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van ODD en CD dan bij kinderen zonder cognitieve beperkingen. Ongeveer de helft van de ouders heeft zelf een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, met uiteraard gevolgen voor de opvoeding. Ook spelen fysieke problemen die vaak voorkomen bij kinderen met een verstandelijke beperking, een grote rol. Daardoor worden patronen van afhankelijkheid en hulpeloosheid immers versterkt.

De LVB-kinderen en -jongeren vormen bovendien een zeer kwetsbare groep. Vanwege hun verstandelijke en sociale beperkingen zijn zij een gemakkelijk doelwit voor pesten, worden zij makkelijk ingezet bij crimineel gedrag en lopen ze een groter risico slachtoffer te worden van geweld en seksueel misbruik. Voor de LVB-groep gelden vooral beperkingen van gestructureerde instrumenten, in het bijzonder zelfrapportagevragenlijsten:

- dergelijke instrumenten zijn op taal gebaseerd;
- ze differentiëren niet tussen gedrag op basis van de verstandelijke beperking (‘moeilijk verstaanbaar gedrag’) en de interacties met de omgeving enerzijds, en gedragsproblemen ten gevolge van ODD of CD anderzijds.

Gestructureerde instrumenten en specifiek zelfrapportage-instrumenten dienen dus met voorzichtigheid te worden gebruikt. Ten slotte geldt dat goede inschatting van de aard van het gedrag, en daarmee goede diagnostiek van ODD en CD in de groep met een lichte verstandelijke beperking,

maar zeker ook in de groep met ernstiger verstandelijke beperkingen, arbeidsintensiever en in de meeste gevallen moeilijker is dan bij kinderen met een gemiddeld IQ.

Aanbevelingen

- Houd steeds rekening met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aanmelding van kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen. Bij deze kwetsbare groep moeten hulpverleners alert zijn op hun kwetsbaarheid voor criminaliteit, verslaving, seksueel misbruik en andere trauma's.
- Vanwege de complexiteit van het onderscheid tussen 'moeilijk verstaanbaar gedrag' (gedrag dat voortkomt uit onvoldoende afstemming tussen hulpverlener en kind of jongere en overvraging door de omgeving) enerzijds en symptomen van ODD of CD anderzijds bij kinderen en jongeren met zwakbegaafdheid of een (lichte) verstandelijke beperking is extra scholing van professionals die zich bezighouden met (de diagnostiek bij) deze groep kinderen en jongeren van groot belang. (Voor de term 'moeilijk verstaanbaar gedrag' wordt gekozen omdat het actie van de hulpverlener vraagt: die is eraan gehouden om zich in te zetten het gedrag goed te interpreteren, te leren verstaan.)

Literatuur

- Angold, A., Costello, J.E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 484-494.
- Costello, E.J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972-986.
- Costello, E.J., Foley, D.L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 8-25.
- Dekker, M.C., Koot, H.M., Ende, J. van der, & Verhulst, F.C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43, 1087-1098.

- Didden, R. (2005). Psychiatrische en gedragsproblemen bij mensen met verstandelijke beperkingen: Thematisch overzicht en ontwikkelingen. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47, 313-337.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Ridder, E.M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, S14-S26.
- Flory, K., & Lynam, D.R. (2003). The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: What role does conduct disorder play? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 1-16.
- Hamerlynck, S.M.J.J., Jansen, L.M.C., Doreleijers, Th.A.H, Vermeiren, R.R.J.M., & Cohen-Kettenis, P.T. (2009). Civiel- en strafrechtelijk geplaatste meisjes in justitiële jeugdinrichtingen: Psychiatrische stoornissen, traumatisering en psychosociale problemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 87-96.
- Lahey, B.B., Miller, T.L., Gordon, R.A., & Riley, A.W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In H.C. Quay & A.E. Hogen (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 23-48). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2010). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactive disorder (ADHD) and substance abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 328-341.
- Loeber, R., & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 34-46.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Martel, M.M., Gremillon, M., Roberts, B., & Eye, A. von (2010). The structure of childhood disruptive behaviors. *Psychological Assessment*, 22, 816-826.
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., & Kessler, R.C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 36, 699-710.
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., & Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the national Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.

- Pardini, D., White, H.R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, S38-S49.
- Sterba, S., Egger, H.L., & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1005-1013.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 404-412.
- Vreugdenhil, C., Vermeiren, R., Wouters, L.F., Doreleijers, T.A., & Brink, W. van den. (2004). Psychotic symptoms among male adolescent detainees in The Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 73-86.
- Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128, 118-150.
- Wolff, J.C., & Ollendick, T.H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 201-220.

Hoofdstuk 4

Beloop

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op stabiliteit dan wel verandering van de diagnoses ODD en CD en de symptomen van die stoornissen. Waar mogelijk wordt het beloop in de algemene bevolking en in klinische populaties (onder andere ambulante, en opgenomen) besproken. Onderscheid wordt gemaakt tussen een homotypisch beloop, dat wil zeggen continuïteit van een specifieke stoornis binnen het spectrum van verwante stoornissen, en een heterotypisch beloop, dat wil zeggen continuïteit buiten dit spectrum. Besproken worden de beschermende en risicofactoren die invloed uitoefenen op stabiliteit en verandering. Ook zal er in dit hoofdstuk aandacht worden besteed aan de CU-kenmerken (*callous-unemotional traits*).

Voor dit hoofdstuk is een systematische search uitgevoerd. Het resultaat van die search is voorgelegd aan de werkgroep, waarbij is gevraagd een selectie van de belangrijkste literatuur te maken. Van de belangrijkste publicaties is vervolgens een bewijstabel opgesteld. In de literatuurlijst bij dit hoofdstuk vindt u artikelen waarvan een bewijstabel is gemaakt, en artikelen waarbij dat niet het geval is, in afzonderlijke lijsten weergegeven.

Uitgangsvragen

De uitgangsvragen voor dit hoofdstuk waren:

- Wat is het natuurlijke beloop van ODD en CD (paragraaf 2)?
- Welke factoren bepalen het beloop van ODD en CD (paragraaf 3)?

2 Natuurlijk beloop

2.1 Stabiliteit en verandering binnen ODD en CD

Overzicht van de empirische evidentie

Zoals in hoofdstuk 2 van deze richtlijn is beschreven, kan geconcludeerd worden dat bij kinderen en jongeren met ODD en CD in de tijd gemiddeld genomen de symptomen afnemen, ook zonder behandeling (Frick & Loney, 1999). Bekijkt men de stabiliteit van de diagnose CD over een periode van 4 jaar, blijkt ongeveer de helft van de jongens die tussen 6 en 13 jaar gediagnosticeerd waren met een CD, deze diagnose te behouden

(Lahey e.a., 1995). Wat betreft de stabiliteit van de diagnose ODD wordt gezien dat er een redelijke stabiliteit is van de diagnose als men jaarlijks evalueert (klinische populatie jongens, 7-17 jaar oud met de diagnose ODD, 10 jaar lang gevolgd): 1/3 voldoet wederom aan de criteria van ODD, ongeveer 1/3 voldoet een jaar later aan de criteria van CD en 1/3 voldoet aan geen van beide diagnoses (Loeber e.a., 2009). Steiner e.a. (2007) beschrijven in Steiner e.a. (2007) (van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP) over ODD dat na 3 jaar ongeveer 2/3 niet meer voldoet aan de diagnose ODD. Ook blijkt dat kinderen of jongeren bij wie ooit de diagnose ODD werd gesteld, 70% niet meer de diagnose heeft op 18-jarige leeftijd (Nock, 2007).

Een consistente bevinding is dat ODD een risicofactor is voor het ontwikkelen van CD (Burke, 2002; Nock, 2007). Echter, de ontwikkeling van ODD naar CD komt minder vaak voor dan destijds bij de ontwikkeling van de DSM-IV werd gevonden (Rowe, 2010). Samengevat geven deze resultaten aan dat er bij ODD en CD weliswaar sprake is van stabiliteit van symptomen en persistentie van stoornissen, maar tegelijkertijd ook van afname van symptomen en verdwijnen van stoornissen. Wel verhoogt ODD zoals vermeld de kans op de ontwikkeling van CD.

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 2	Behalve van continuïteit van de diagnose ODD en CD is er ook sprake van discontinuïteit. Namelijk bij 1/3 tot 2/3 van de kinderen met een diagnose ODD of CD kon deze diagnose na verloop van tijd (1 tot circa 12 jaar later) niet meer gesteld worden. A2: Rowe, 2010. C: Burke, 2002; Nock, 2007. Frick & Loney, 1999
-----------------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de symptomen van ODD en CD ook zonder behandeling met de tijd af kunnen nemen. Frick & Loney, 1999.
-----------------	---

Praktijkrelevante overwegingen

In de praktijk wordt vaak een grote vooringenomenheid gezien. Ouders vermelden dat ze denken dat ODD en CD onveranderbaar zijn: 'Is eenmaal de diagnose van ODD of CD bij een kind gesteld, dan behoudt dit kind die diagnose voor het leven.' Het is belangrijk met de ouders te bespreken dat kinderen met ODD en CD gemiddeld genomen voor verandering vatbaar zijn. Het kan namelijk voorkomen dat zelfs zonder behandeling ODD- en CD-symptomen afnemen en diagnoses niet meer worden gesteld. Het is echter onzeker of datgene wat geldt voor het gemiddelde, ook voor het

individuele kind of de jongere geldt. Het is dan ook zinvol om door middel van behandeling de afname van ODD- en CD-symptomen na te streven. De recente literatuur biedt een genuanceerd beeld van het beloop van ODD en CD. Het is daarom belangrijk dat klinici, waar nodig, hun beeld van en beleid bij ODD en CD daarop aanpassen. Dit gewijzigde beeld dient opgenomen te worden in de bespreking van de diagnose en in de psycho-educatie.

Aanbeveling

- Bespreek in de psycho-educatie niet alleen de stabiliteit van symptomen en stoornissen, maar ook expliciet de veranderbaarheid hiervan. Dit is belangrijk voor de motivatie tot deelname aan de behandeling.

2.2 Homotypische continuïteit: stabiliteit en verandering binnen symptomatologie van ODD en CD

Hoewel ontwikkeling van andere impulscontrolestoornissen zoals middelemisbruik en -afhankelijkheid ook vaak wordt genoemd als een vorm van homotypische continuïteit, heeft de werkgroep ervoor gekozen om enkel de stabiliteit en verandering binnen de symptomatologie van ODD en CD en die naar een antisociale persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd als homotypisch te beschouwen. In de DSM-IV werden ODD en CD beschouwd als zeer aan elkaar verwante stoornissen, ook wat betreft hun beloop. Sinds de publicatie van de DSM-IV in 1994 levert onderzoek nieuwe inzichten op over de relatie tussen beide stoornissen, maar wordt ook steeds duidelijker dat de stoornissen duidelijk te onderscheiden zijn (Rowe e.a., 2010). In deze subparagraaf wordt ingegaan op ontwikkeling van CD bij kinderen met ODD, en op ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis bij kinderen met ODD en CD.

Overzicht van de empirische evidentie

Het blijkt dat slechts bij een kleine groep kinderen met CD eerder ODD kon worden gediagnosticeerd. Er werd aangetoond dat veel kinderen met ODD geen CD krijgen (40% tot 60%), zeker als de ODD op latere leeftijd begint. Dit betekent tegelijkertijd dat een vroege ontwikkeling van ODD samengaat met een grotere kans op het ontwikkelen van CD. Dit bevestigt tevens dat ODD en CD te onderscheiden stoornissen zijn. Dit is ook van belang voor ontwikkeling van comorbide stoornissen, zowel binnen (deze subparagraaf) als buiten (paragraaf 2.3) het spectrum (Rowe e.a., 2010; Steiner e.a., 2007). De verhoogde kans voor het later ontwikkelen van CD bij kinderen met ODD wordt bevestigd bij jongens, maar niet bij meisjes (Rowe e.a., 2002; 2010).

Een oud onderzoek naar de stabiliteit van problematiek bij kinderen met ernstige gedragsproblemen over een periode van 30 jaar follow-up liet zien dat bij 31% van de jongens en bij 17% van de meisjes de diagnose sociopatische (of antisociale) persoonlijkheidsstoornis gesteld werd in de volwassenheid, terwijl 43% van de jongens en 12% van de meisjes ooit gedetineerd was (Robins, 1966). Opgemerkt wordt dat het concept ‘gedragsstoornis’ (*conduct disorder*, CD) zoals dat in deze studie is geoperationaliseerd, sindsdien sterk is veranderd.

Uit meer recente onderzoeken bleek dat de meeste kinderen (1/2e tot 2/3e) met CD geen antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) ontwikkelen (Lahey, 2005; Moffitt, 2008; Paris, 2003). In andere onderzoeken werd eveneens gevonden dat 40% van de kinderen met CD een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt (Burke, 2002; Rowe e.a., 2010; Steiner e.a., 2007). Het voorkomen van CU-kenmerken (*callous-unemotional traits*) in de vroege adolescentie vormt een risico voor de ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis in de vroege volwassenheid (McMahon e.a., 2010). Van de groep met oorspronkelijk ODD is beschreven dat 10% later een diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis of een andere persoonlijkheidsstoornis krijgt (Steiner e.a., 2007).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 2 Het is aannemelijk dat ongeveer 1/3 van de jongens met ODD op latere leeftijd een CD ontwikkelt. Die kans is verhoogd als de diagnose op jonge leeftijd wordt gesteld.
A2: Rowe e.a., 2010.
Rowe e.a., 2002; Steiner e.a., 2007.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat ongeveer 40% van de kinderen met CD en 10% van de kinderen met ODD een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt.
A2: Rowe e.a., 2010.
Burke, 2002; Lahey, 2005; Moffitt, 2008; Paris, 2003; Robins, 1966; Steiner e.a., 2007.

Praktijkrelevante overwegingen

Uit onderzoek blijkt dat ontwikkeling van CD naar een antisociale persoonlijkheidsstoornis in de volwassenheid vooral wordt gezien bij de groep met CU-kenmerken (*callous-unemotional traits*). De bestaande kennis is echter vooral gericht op ODD en CD in het algemeen en geeft veel minder relevante informatie over bijzondere groepen als meisjes, etnische groepen en kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking. Hoewel de klinische praktijk laat zien dat meisjes een lagere kans hebben op persistentie

van CD, bestaat de indruk dat ze later andere problemen ontwikkelen. Het betreft dan stoornissen in het internaliserende gebied en persoonlijkheidsstoornissen anders dan de antisociale, in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Aanbevelingen

- Bespreek in de psycho-educatie dat ODD en CD een risico vormen voor de ontwikkeling van nagenoeg alle psychiatrische stoornissen in de volwassenheid, waaronder depressie en verslaving, voor andere gezondheidsproblemen en voor ongelukken. Leg goed uit dat met een verhoogd risico bedoeld wordt een verhoogde kans in vergelijking met kinderen en jongeren die zich zonder duidelijke problemen ontwikkelen.
- Bespreek in de psycho-educatie dat ODD en CD een risico vormen voor een verminderd sociaal-maatschappelijk functioneren, waaronder werkloosheid, financiële problemen en criminaliteit.
- Beschouw ODD en CD, mede op grond van het beloop, als aparte stoornissen.

2.3 Heterotypische continuïteit: stabiliteit en verandering buiten symptomatologie van ODD en CD

In deze subparagraaf wordt ingegaan op stabiliteit en verandering van ontwikkeling van alle stoornissen, behalve ODD, CD en de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Overzicht van de empirische evidentie

In meerdere onderzoeken worden zowel ODD als CD frequent (25-60%) gezien in de voorgeschiedenis van volwassenen met psychiatrische stoornissen. Van de volwassenen met een angststoornis had bijna 30% CD of ODD voor het 15e jaar. Van de volwassenen met een depressie was dat bijna 25%, en bij die met een eetstoornis ongeveer 45% (Kim-Cohen e.a., 2003). ODD in de voorgeschiedenis (zowel actief als in remissie) is een risicofactor voor diagnoses zoals stemmings- en angststoornissen (Loeber e.a., 2009; Rowe e.a., 2010). Het risico op deze stoornissen vermindert na remissie van de ODD (Nock e.a., 2007). De ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis bij ODD hangt vooral samen met het cluster emotionele symptomen (boos, prikkelbaar en driftig zijn) van deze stoornis (Stringaris & Goodman, 2009).

Kinderen met CD lopen een hoger risico op psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en persoonlijkheidsstoornissen en op gezondheidsproblemen. Dit risico is extra verhoogd bij childhood onset CD (Nock e.a., 2007; Moffitt e.a., 2008). Kinderen met CD lopen een verhoogd risico op middelenmisbruik (Zoccolillo e.a., 1992).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat ODD en CD risicofactoren zijn voor ontwikkeling van angst- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen, en middelenmisbruik en -afhankelijkheid. A2: Rowe e.a., 2010. C: Kim-Cohen e.a., 2003; Nock, 2007. Loeber, 2009; Moffitt, 2008; Zoccolillo, 1992.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat angst- en stemmingsstoornissen frequent voorkomen bij kinderen met ODD, vooral als er sprake was van symptomen behorend bij het cluster emotionele symptomen (boos, prikkelbaar en driftig zijn) van deze stoornis. Stringaris & Goodman, 2009.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat remissie van ODD minder kans geeft op het ontstaan van andere stoornissen op latere leeftijd. C: Nock, 2007.

Praktijkrelevante overwegingen

De werkgroep merkt op dat een juiste diagnostiek van angst- en stemmingsstoornissen bij kinderen met ODD heel belangrijk maar niet altijd eenvoudig is. De symptomen van ODD en CD kunnen symptomen van angst- en stemmingsstoornissen induceren, maar ook verbergen. In veel gevallen gaat vooral aandacht uit naar externaliserend gedrag. Als gevolg hiervan kan onderdiagnostiek van angst- of stemmingsstoornissen voorkomen. Omdat het profiel van symptomen en stoornissen doorheen de tijd kan veranderen, is het bovendien van belang blijvend oog te hebben voor heterotypische continuïteit. Dit is in het bijzonder bij meisjes een punt van aandacht, omdat het waarschijnlijk is dat dit bij hen vaker voorkomt.

Aanbeveling

- Onderscheid in de diagnostiek van ODD het cluster symptomen met dwars en uitdagend gedrag van het cluster symptomen met prikkelbaarheid en een boze stemming.

2.4 Sociaal-maatschappelijk functioneren

De symptomen van ODD en CD heeft bij veel kinderen en jongeren gevolgen voor hun sociaal-maatschappelijke functioneren, zoals vroegtijdige schoolverlating, werkloosheid, alleenstaand (tiener)ouderschap, scheidingen, financiële problemen, criminaliteit, woonproblemen (dakloos, achterstandsbuurten), gezondheidsproblemen. vooral deze gevolgen

veroorzaken problemen in de eigen sociaal-emotionele ontwikkeling; hun functioneren op latere leeftijd; en hun directe omgeving. Daarnaast zijn er ook forse consequenties voor de maatschappij, onder andere op het gebied van toegenomen kosten.

Overzicht van de empirische evidentie

ODD en CD vergroten de kans op leerproblemen, onderpresteren en falen op school en of werk, middelenmisbruik, andere lichamelijke, psychiatrische en sociale problemen, seksuele problemen, tienerzwangerschappen, een verhoogd aantal ongelukken, ziekten en mortaliteit (Burke, 2002; Hinshaw, 1992; Maughan & Rutter, 2001; Verhulst 2006). Gedragsproblemen bij meisjes in de adolescentie zijn een risicofactor voor gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd. In een onderzoek waarbij een groep meisjes en jonge vrouwen met en zonder CD werd vergeleken, werden op jongvolwassen leeftijd een meer ongezonde levensstijl, een slechtere gezondheid en meer tienerzwangerschappen gezien in de CD-groep. (Pajer e.a., 2007). Meisjes met ernstige gedragsproblemen die als minderjarige in detentie hebben gezeten, ontwikkelen zich eveneens ongunstig. Uit vervolgonderzoek tot op jongvolwassen leeftijd werd gezien dat het merendeel geen diploma heeft, 1/3 een angst- of depressieve stoornis, 1/3 een (borderline of antisociale) persoonlijkheidsstoornis, en een meerderheid middelen gebruikt. Bovendien heeft 1/3 op dat moment al een kind, waardoor intergenerationele problematiek waarschijnlijk is (Van der Molen e.a., 2013). Dat gedragsproblemen overgaan van moeder op dochter is bovendien al in intergenerationeel onderzoek aangetoond (van der Molen, 2011; 2012).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 2

Het is aannemelijk dat ODD en CD een risico vormen op school-, gezondheids-, sociaal-maatschappelijke en justitiële problemen op latere leeftijd.

B: Pajer, 2006.

Burke, 2002; Hinshaw, 1992, Van der Molen, 2013; Maughan & Rutter, 2001; Verhulst, 2006; .

Praktijkrelevante overwegingen

Behandelen van ODD en CD heeft invloed op sociaal-maatschappelijke problemen zoals werkloosheid en gezondheidsproblematiek op volwassen leeftijd. Juist ook voor deze sociaal-maatschappelijke problemen en voor gezondheidsproblemen is samenwerking met relevante partners als de jeugdzorg maar ook de reguliere gezondheidszorg zeer belangrijk.

Aanbevelingen

- Informeer patiënten en ouders bij ODD en CD over het verhoogde risico op gezondheidsschade, sociaal-maatschappelijke uitval en justitiële problemen, zowel op korte als op lange termijn.
- Draag, op grond van deze genoemde risico's, zorg voor optimale samenwerking met partners als de jeugdzorg, het onderwijs en de algemene gezondheidszorg.

3 Factoren die het beloop bepalen

De beantwoording van de vraag ‘Wat zijn de beschermende en risicofactoren voor het beloop van ODD en CD?’ is verre van eenvoudig. Er zijn honderden onderzoeken naar factoren die samenhangen met ODD en/of CD (correlatieve onderzoeken), er zijn een aantal bevolkingsonderzoeken naar risicofactoren voor ODD en/of CD, maar er zijn nog minder onderzoeken naar factoren die het beloop bepalen van ODD en/of CD (prospectieve onderzoeken met *clinical populations*). Weliswaar werden enkele prospectieve onderzoeken uitgevoerd bij kinderen en jongeren met ODD en/of CD binnen bevolkingsonderzoek, maar de generalisatie van de bevindingen is beperkt aangezien deze gediagnosticeerde kinderen, jongeren en hun gezinnen niet noodzakelijk dezelfde problematiek hoeven te vertonen als zij die verwezen zijn voor diagnostiek en behandeling. Ten slotte zijn bevindingen over de rol van etniciteit zoals gevonden in internationaal onderzoek niet van toepassing op Nederland.

3.1 Risicofactoren

Overzicht van de empirische evidentie

Meerdere onderzoeken hebben gekeken naar de invloed van omgevings-, familiale en kindfactoren, waaronder neurobiologische factoren, op het beloop van ODD en/of CD. Hier volgt eerst een overzicht van de risicofactoren, waarna op de rol van enkele van de risicofactoren wordt ingegaan. Van een aantal factoren is aangetoond dat zij de symptomen van ODD en/of CD in ongunstige zin beïnvloeden (Van Bokhoven e.a., 2005; Loeber e.a., 2009; Nock e.a., 2007):

- een vroege aanvang van de stoornis;
- veel gedragsproblemen;
- een grote verscheidenheid aan gedragsproblemen;
- gedragsproblemen voorkomend in meerdere situaties;
- agressieve gedragsproblemen;
- comorbiditeit met ADHD;

- een lage intelligentie;
- CU-kenmerken;
- mannelijk geslacht.

Van andere factoren worden inconsistente resultaten in de geraadpleegde artikelen gevonden:

- lage sociaal-economische status (SES);
- gescheiden ouders;
- stress bij een van de ouders;
- psychopathologie bij de ouders;
- misbruik; verwaarlozing;
- een inconsistente, hardvochtige opvoedingsstijl van de ouders;
- comorbiditeit met angstige of depressieve kenmerken;
- comorbiditeit met leerstoornissen; middelenmisbruik.

Een aantal van de deze factoren worden hier uitvoeriger besproken.

De rol van symptomen: ernst, tijdstip van aanvang, CU-kenmerken

De rol van symptomen: ernst en tijdstip van aanvang

Minder ernstige symptomen bij het begin voorspellen minder ernstige symptomen op latere leeftijd en ernstiger symptomen geven een ernstiger beloop (Burke e.a., 2002). Zo zijn ernstiger gedragssymptomen als wreedheid, wapengebruik, vechten bij meisjes, weglopen, en inbraak voorspellend voor het ontwikkelen van CD.

Voor wat betreft het tijdstip van aanvang van CD wordt het childhood onset- (CO-) type genoemd, ook wel *life course persistent* (LCP) CD (Odgers, 2008). De CO-groep wordt getypeerd als de meest persistente groep met meer agressief, gewelddadig en delinquent gedrag (Moffitt, 2001). Op volwassen leeftijd waren er bij zowel de vrouwen als de mannen uit de CO-groep ernstige problemen op het gebied van geweld, geestelijke en lichamelijke gezondheid en economische problemen (Odgers, 2008). Bij de adolescent onset- (AO-) groep is de kans groter dat de antisociale gedragingen niet meer aanwezig zijn na de adolescentie dan bij de child onset- (CO-) groep (Moffitt, 2003); de problemen op volwassen leeftijd van de AO-groep zijn ook minder ernstig dan die van de CO-groep (Odgers, 2008). Echter, als de jongeren met AO te maken krijgen met middelenaafhankelijkheid, tienerzwangerschappen, delinquentie en/of schoolverlating, hebben ook zij een sterk vergrote kans op de ontwikkeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Moffitt, 2003; 2001).

CU-kenmerken hebben een voorspellende waarde in de stabiliteit van de symptomen en in het aanblijven van de stoornis. Ook kenmerken ze de groep met het meest ernstige, agressieve patroon van antisociaal gedrag (Frick & White, 2008). Over de rol van CU-kenmerken in het

behandeleffect van adolescenten met CD zijn de onderzoeksresultaten niet eenduidig; sommige onderzoeken laten zien dat jongens met CD en veel CU-kenmerken in vergelijking met jongens met CD met weinig CU-kenmerken minder goed reageren op straffende ouderschapsvaardigheden en op belonende strategieën; andere onderzoeken laten een minder somber beeld zien (Frick & White, 2008; Moffitt e.a., 2008; Pardini e.a., 2010; Salekin & Lynam, 2010).

Geslacht

Er lijken veel overeenkomsten te zijn in het ontwikkelingstraject en uitkomsten van antisociaal gedrag bij jongens en meisjes (Moffitt e.a., 2001, Odgers e.a., 2008). Toch zijn er ook duidelijke verschillen: jongens laten vaker een ongunstiger traject zien dan meisjes, en ODD ontwikkelt zich vaker tot CD bij jongens dan bij meisjes (Moffitt e.a., 2008; Rowe e.a., 2010). Verder wordt gezien dat er bij de kinderen met CD meer jongens dan meisjes in de child onset-groep zitten (Moffitt e.a., 2008; Odgers e.a., 2008). Veel meisjes behoren tot de late onset-groep, doch die meisjes vertonen meer comorbiditeit en meer heterotypische continuïteit (Moffitt e.a., 2008). Bij meisjes met CD is er een groter risico op middelenmisbruik indien er ook depressieve symptomen aanwezig zijn. Het type middelenmisbruik verschilt tussen meisjes en jongens met CD; meisjes met CD experimenteren meer met dieetpillen en er is vaker sprake van nicotineafhanke-lijkheid (Loeber e.a., 2000).

De rol van ADHD

ADHD en ODD of CD komen frequent samen voor. Bij comorbiditeit van ADHD met ODD of CD is er sprake van een toegevoegd effect door de combinatie van beide stoornissen. Dit effect resulteert in een ernstiger beloop dan wanneer er sprake is van slechts een van beide stoornissen: de gedragsproblemen treden eerder op dan bij ODD of CD zonder comorbide ADHD, ze zijn over het algemeen ernstiger van aard, vertonen een stabiel, persisterend beloop en betreffen een bredere variatie aan antisociaal gedrag, en er zijn meer problemen in de relatie met leeftijdsgenoten (Loeber e.a., 2000; Waschbusch, 2002). Verder laten kinderen met CD en ADHD, naast een ongunstiger beloop, meer delinquent gedrag en politiecontacten in de adolescentie zien. Ook laten jongeren met CD en ADHD gebrekkige respons op beloningen zien zoals ook wordt gezien bij volwassenen met psychopatische trekken (Pardini e.a., 2010). Ten slotte worden leerstoornissen als extra probleem gezien, zowel met als zonder ADHD (Hinshaw, 1992).

De rol van internaliserende stoornissen

Zoals eerder in hoofdstuk 3 (Prevalentie en comorbiditeit) is besproken, kan ODD al op jonge leeftijd samengaan met internaliserende problematiek: 10-20% van 2-4-jarigen met ODD heeft internaliserende problemen (Boylan, 2007). Gedragsproblemen gaan meestal vooraf aan (het vaststellen van) de internaliserende problemen (Nock e.a., 2007; Waschbusch, 2002). Comorbiditeit met stemmings- en angststoornissen geeft een langzamer herstel van ODD. (Nock, 2007). En het langer bestaan van ODD geeft een groter risico op internaliserende stoornissen op latere leeftijd (Kessler & Price, 1993).

De comorbiditeit van CD en depressie lijkt samen te gaan met een slechtere uitkomst, zoals middelenmisbruik en suïcide (Loeber e.a., 2000). Tijdens de adolescentie is het risico op deze comorbiditeit groter bij meisjes. Meisjes lopen dan ook meer risico op een slechtere uitkomst, zoals suïcide (Loeber e.a., 2000). Jongeren met CD met een comorbide depressie laten vaker een ontwikkeling tot antisociale persoonlijkheidsstoornis zien dan jongeren met CD zonder een depressie (Moffitt e.a., 2008).

De rol van middelenmisbruik en afhankelijkheid

De comorbiditeit van ODD en CD bij middelenmisbruik en -afhankelijkheid (zie ook hoofdstuk 2) is aanzienlijk (Roberts e.a., 2007). Er lijkt sprake van een wederkerige relatie tussen CD en middelengebruik, waarbij de ene stoornis de expressie van de andere versterkt. Daarnaast zou, bij jongeren met CD, een vroeg ontstaan van middelenmisbruik criminaliteit op latere leeftijd voorspellen (Loeber e.a., 2000).

Bij jongens is er een verband tussen de ernst van de CD en het risico op het zich in de vroege volwassenheid ontwikkelen van alcoholproblematiek (Pardini e.a., 2010) en de ernst van middelenmisbruik (Loeber e.a., 2000). Bij meisjes is dat niet het geval. Ook bij minder CD-symptomen lopen meisjes risico op middelenmisbruik. Maar depressieve symptomen versterken het middelenmisbruik bij meisjes met gedragsproblemen.

De rol van cognitieve problemen

Gedragsproblemen geven een risico op onderpresteren op school. Niet alleen worden er vaker leerproblemen gezien, ook is er een associatie met lage verbale capaciteiten en een lage intelligentie. Deze associatie wordt vaker gezien bij jongens, adolescenten, delinquenten en comorbiditeit met ADHD (Hinshaw, 1992). Verder worden er vaker sociale-informatieverwerkingsproblemen gezien bij kinderen met (agressieve) gedragsproblemen en met ODD of CD (Matthys e.a., 1999); deze problemen met sociale-informatieverwerking houden de gedragsproblemen in stand (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2010).

Samenvatting van de empirische evidentie (risicofactoren)

Niveau 1 Van een aantal omgevings- en kindfactoren is aangetoond dat zij de stabiliteit en persistentie van gedragstoornissen in negatieve zin beïnvloeden:

- een vroege aanvang van de stoornis;
- veel gedragsproblemen;
- een grote verscheidenheid aan gedragsproblemen;
- gedragsproblemen voorkomend in meerdere situaties;
- agressieve gedragsproblemen;
- comorbiditeit met ADHD;
- een lage intelligentie;
- CU-kenmerken;
- mannelijk geslacht.

B: Van Bokhoven, 2006.
C: Nock, 2007.
Loeber, 2009.

Niveau 2 Van een aantal omgevings- en kindfactoren worden inconsistente resultaten gevonden als het gaat om beïnvloeding van de persistentie van gedragsproblemen:

- lage sociaal-economische status (SES);
- gescheiden ouders;
- stress bij een van de ouders;
- psychopathologie bij de ouders;
- misbruik; verwaarlozing;
- een inconsistente, hardvochtige opvoedingsstijl van de ouders;
- comorbiditeit met angstige of depressieve kenmerken;
- comorbiditeit met leerstoornissen; middelenmisbruik.

B: Van Bokhoven, 2006.
C: Nock, 2007.
Loeber, 2009.

Niveau 2 Er zijn aanwijzingen dat de meer ernstiger symptomen van ODD en CD die samengaan met CU-kenmerken, een ongunstiger beloop vertonen.

C: Frick & White, 2008.
Frick, 2008; Moffitt, 2008; Pardini e.a., 2010.

-
- Niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat child onset-CD een hoger risico geeft op een ernstiger beloop en een groter risico op het voortduren van CD in vergelijking met late onset-CD.
C: Moffit, 2001.
Odgers, 2008.
-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat bij jongeren met adolescent onset ODD en CD het beloop minder ernstig is en dat de gedragsproblemen vaker na de adolescentie verdwenen zijn. Het beloop is ook in deze groep echter ongunstiger bij middelenmisbruik en/of bijkomende sociaal-maatschappelijke of omgevingsgerelateerde problemen. Daarbij zijn ook hier een inconsistente opvoeding en deviante peer-relaties van invloed.
C: Moffit, 2001.
Caspi, 1995; Moffit, 1993; 1996; Odgers, 2008; Patterson, 1997.
-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat het beloop en de omgevingsgebonden risicofactoren bij ODD en CD veel overeenkomsten vertonen bij jongens en meisjes. Jongens zitten echter vaker in de child onset-groep en laten wellicht daarom vaker een ongunstiger beloop zien dan meisjes. Meisjes in de adolescent onset-groep vertonen meer comorbide stoornissen dan jongens uit die groep.
A2: Rowe, 2010.
C: Moffitt 2001.
Moffitt, 2008; Odgers, 2008; Robins, 1966.
-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat ODD en CD in combinatie met ADHD een ernstiger beeld met een ernstiger beloop geeft dan ODD na CD zonder ADHD.
A2: Waschbusch, 2002.
Loeber, 2000.
-
- Niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van CD en ADHD meer delinquentie en politiecontacten in de adolescentie geeft dan CD alleen, waarbij de combinatie CD-ADHD een gebrekkig respons op beloningen laat zien.
Pardini e.a., 2010.
-

Niveau 2 Het is aannemelijk dat ODD al op jonge leeftijd (2-4 jaar) samen kan gaan met internaliserende problematiek. Gedragsproblemen worden eerder gesignaleerd dan de internaliserende symptomen. Een langer voortduren van ODD geeft daarbij een groter risico op het ontstaan van internaliserende problematiek.

Comorbiditeit met stemmings- en angststoornissen leidt tot een trager herstel van ODD.

A2: Boylan, 2007; Waschbusch, 2002.
C: Nock, 2007.
Kessler & Price, 1993.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat CD en depressie samen een ongunstiger uitkomst geven: deze combinatie geeft een verhoogde kans op middelemisbruik, suïcide en de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Loeber, 2000; Moffitt, 2008.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat bij jongens met ODD of CD en middelemisbruik of -afhankelijkheid elkaar wederzijds in negatieve zin beïnvloeden: ernstiger gedragsproblemen leiden tot ernstiger middelemisbruik en andersom. Bij meisjes is er ook een verhoogd risico op middelemisbruik bij minder (ernstige) gedragsproblemen.

Loeber, 2000; Roberts, 2006.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat bij meisjes met CD het middelemisbruik versterkt wordt indien er ook depressieve symptomen aanwezig zijn. Meisjes experimenteren meer met dieetpillen en er is vaker sprake van nicotineafhankelijkheid dan bij jongens met CD.

Loeber, 2000.

Praktijkrelevante overwegingen (risicofactoren)

Er wordt in de literatuur en in de verschillende DSM-versies in de loop van de jaren geprobeerd verschillende risicofactoren in kaart te brengen door middel van subgroepyperingen van ODD en CD (early of child onset, late of adolescent onset, reactief versus proactieve agressie, met of zonder CU-kenmerken, enzovoort) en typeringen van andere risico-subgroepen (meisjes, jongens, laag IQ, met of zonder comorbiditeit, enzovoort.). Het is een poging door middel van subgroepindelingen iets te kunnen zeggen over welke groep de meeste risico's loopt op een gunstig dan wel ongunstig beloop.

Indeling in typering van ODD en CD en in subgroepen lijkt zinvol omdat verschillende subgroepen verschillende prognoses lijken te hebben. Echter, in de praktijk, voor individuele prognoses en behandelingen is het onderscheid in groepen niet eenvoudig aangezien individuele patiënten tot meerdere subgroepen tegelijk kunnen behoren. Ten slotte lijkt de opdeling in hoog en laag in CU-kenmerken veelbelovend, maar er zijn twijfels over het betrouwbaar beoordelen van deze kenmerken.

Een probleem in de praktijk is het wege van cumulatieve risicofactoren. Jongeren met ODD of CD hebben doorgaans meerdere risicofactoren tegelijkertijd, bijvoorbeeld: lager IQ, matige sociale vaardigheden en meer problematiek bij ouders. Er zijn geen instrumenten in de praktijk om het cumulatieve effect van deze risicofactoren te wege, en na te gaan of elke risicofactor in samenhang een ander gewicht krijgt. Onvoldoende slaap en slechte kwaliteit van slaap kunnen leiden tot prikkelbaarheid en eraan gerelateerde ODD- en CD-symptomen. In de in de behandeling dient hieraan aandacht te worden besteed.

Overeenkomsten risicofactoren-ontstaan-beloop

Zijn er overeenkomsten tussen de risicofactoren op het ontstaan dan wel op het beloop van ODD en CD? Er zijn in diverse onderzoeken veel risicofactoren beschreven die het ontstaan van ODD en/of CD beïnvloeden. Er wordt (nog steeds) veel onderzoek gedaan om de risicofactoren op het beloop van ODD en CD beter in kaart te brengen. Echter, er wordt weinig aandacht geschonken aan de eventuele overeenkomsten tussen de risicofactoren op het ontstaan van ODD en CD enerzijds, en die op het beloop van ODD en CD anderzijds. Het is onduidelijk in welke mate die risicofactoren overeenkomen dan wel van elkaar verschillen.

Zijn de DSM-criteria voor CD te seksespecifiek?

Er wordt minder CD gediagnosticeerd bij meisjes dan bij jongens. Echter, de criteria voor CD zijn meer gericht op gedrag zoals dat wordt gezien bij jongens dan bij meisjes. Wellicht betekent dit dat een groep meisjes ernstige gedragsproblemen heeft, risico loopt op problemen op latere leeftijd (schoolverlaters, weglopen, tienerzwangerschappen, middelengebruik, prostitutie) zonder dat deze gediagnosticeerd en behandeld wordt. Er wordt door sommigen dan ook gepleit voor een seksespecifieke aanpassing van de DSM-criteria (specifiek in de late onset-CD-groep).

3.2 Beschermende factoren

Overzicht van de empirische evidentie

Van een aantal factoren is aangetoond dat zij het beloop in gunstige zin beïnvloeden.

- Omgevingsgebonden factoren (Maughan & Rutter, 2001):
 - sterke band met werk en familie;
 - oudste in de kinderrij, meer affectieve relaties, rolmodel van hetzelfde geslacht, goede relatie met minstens één volwassene;
 - een steunend systeem; externe steun van anderen; versterking van positieve copingsmechanismen.
- Kindfactoren (Maughan & Rutter, 2001):
 - sociale competentie; positieve copingsmechanismen;
 - een bovengemiddelde intelligentie en schoolse vaardigheden en schoolprestaties;
 - betere hechtingsmogelijkheden;
 - mogelijk vervult een comorbide angststoornis (met als gevolg daarvan gedragsinhibitie) een beschermende rol tegen delinquentie.

Samenvatting van de empirische evidentie (beschermende factoren)

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat bij hoogrisicjongeren die geen persisterende gedragstoornis ontwikkelden, de volgende factoren een beschermende invloed hebben: betere affectieve relaties; betere sociale, schoolse en cognitieve vaardigheden; positieve copingsmechanismen; mogelijk ook de aanwezigheid van angst met als gevolg: gedragsinhibitie. C: Moffit, 2001. Maughan, 2001.
-----------------	--

Praktijkrelevante overwegingen (beschermende factoren):

Het onderzoek naar beschermende factoren is beperkt. Maar de inzet op de competenties en mogelijkheden van kinderen met ODD en CD is van cruciaal belang, omdat dat uiteindelijk voor een belangrijk deel hun toekomst bepaalt. Bovendien valt op dat ouders door de problemen vaak niet in staat zijn positieve kanten van hun kind te zien. Het is belangrijk om al vroeg in het proces van zorgverlening niet enkel risicofactoren maar ook beschermende factoren en sterke eigenschappen na te gaan. Methodisch (zoals in het competentiemodel) systematisch navraag doen naar sterke kanten moet dan ook onderdeel zijn van het handelen van de professional. Dit geldt zowel bij diagnostiek en behandeling als bij monitoring van de resultaten van die behandeling. Er ontbreekt kennis over beschermende factoren van specifieke subgroepen, bijvoorbeeld jongeren met een lage intelligentie en allochtone jongeren. We kunnen er echter niet zomaar van uitgaan dat deze dezelfde zijn als in andere groepen.

Aanbevelingen

- Diagnosticeer en behandel comorbide stoornissen, gelet op het ongunstige effect van die stoornissen op het beloop van ODD en CD. Dit lijkt vooral te gelden voor ADHD en depressie, maar mogelijk ook voor middelenmisbruik, angst- en leerstoornissen.
- Besef dat behandeling urgenter is bij ernstige vormen van ODD en CD, bij comorbiditeit met ADHD en wanneer de intelligentie laag is.
- Onderken bij gediagnosticeerde kinderen met ODD of CD, gezien enerzijds de risico's op een ernstiger beloop en anderzijds vanwege het bepalen van de intensiteit van de zorg, de volgende factoren:
 - een vroege aanvang;
 - veel symptomen;
 - een grote verscheidenheid van symptomen;
 - agressie.
- Wees voorzichtig bij het doen van uitspraken op individueel niveau over *callous-unemotional traits* (CU-kenmerken), ondanks dat onderzoek op groepsniveau de rol van CU-kenmerken op de ernst en de persistentie van CD aantoont. Dit vanwege twijfels over de betrouwbaarheid van de beoordeling van CU-kenmerken.
- Kinderen en jongeren met gedragsproblemen in combinatie met leerproblemen, lage verbale capaciteiten en/of een lage algemene intelligentie verdienen meer en specifieke aandacht in de behandeling c.q. begeleiding dan momenteel gebeurt. Het is een moeilijke groep die een ongunstiger beloop kent dan de jongeren zonder schoolproblemen en met een hogere algemene intelligentie.

Literatuur

Artikelen waarvan een evidencetabel online is te raadplegen (zie colofon, pagina 4)

- Bokhoven I. van, Matthys, W., Goozen, S.H. van, & Engeland, H. van. (2006). Adolescent outcome of disruptive behaviour disorder in children who had been treated in in-patient and day-treatment settings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*, 79-87.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*, 484-494.
- Frick, P.J., & White, S.F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 49*, 359-375.

- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 709-717.
- Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, *13*, 355-375.
- Pajer, K.A., Kazmi, A., Gardner, W.P., & Wang, Y. (2007). Female conduct disorder: Health status in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *40*, 84-87.
- Rowe, R., Costello, E.J., Angold, A., Copeland, W.E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 726-738.
- Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, *128*, 118-150.

Artikelen in de wetenschappelijke onderbouwing waarvan geen evidencetabel is

- Bokhoven, I. van, Matthys, W., Goozen, S.H. van, & Engeland, H. van. (2005). Prediction of adolescent outcome in children with disruptive behaviour disorders: A study of neurobiological, psychological and family factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *14*, 153-163.
- Frick, P.J., & Loney, B.R. (1999). Outcomes of children and adolescents with oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H.C. Quay, & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 507-524). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in children and adolescents: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, *111*, 127-155.
- Kessler, R.C., & Price, R.H. (1993). Primary prevention of secondary disorders: A proposal and agenda. *American Journal of Community Psychology*, *21*, 607-633.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J.D., & Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 389-399.
- Lahey, B.J., Loeber, R., Hart, E., Frick, P., Applegate, B., Zhang, Q., e.a. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 83-93.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 1468-1484.

- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D.A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50, 133-142.
- Matthys, W. (2011). *Gedragstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W., Cuperus, J., & Engeland, H. van. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.
- Maughan, B., & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In J. Hill, & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 507-552). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- McMahon, R.J., Kotler, J.S., & Witkiewitz, K.; The Conduct Problems Prevention Research Group. (2012). Predictive validity of callous-unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 752-763.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moffitt, T.E., Arseneault, L., Jaffee, S.R., Kim-Cohen, J., Koenen, K.C., Odgers, C.L. e.a. (2008). Research review: DSM-5 conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49, 3-33.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behaviour: A 10-year research review and a research agenda. In B.J. Lahey, T.E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York: The Guilford Press.
- Molen, E. van der, Hipwell, A., Vermeiren, R., & Loeber, R. (2011). Maternal characteristics predicting young girls' disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 179-190.
- Molen, E. van der, Hipwell, A., Vermeiren, R., & Loeber, R. (2012). Cumulative effects of mothers' risk and promotive effects on daughters' disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 727-739.
- Molen, E. van der, Vermeiren, R.R., Krabbendam, A.A., Beekman, A.T., Doreleijers, T.A., & Jansen, L.M. (2013). Detained adolescent girls' multiple mental health and adjustment problem outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 2013 Jan 23. doi: 10.1111/jcpp.12044. [Epub ahead of print]
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., & Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 703-713.

- Ogders, C.L., Moffitt, T.E., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H., e.a. (2008). Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20, 673-716.
- Pardini, D.A., Frick, P.J., & Moffitt, T.E. (2010). Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 683-688.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders*, 17, 479-488.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Xing, Y.J. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 959-967.
- Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Oxford, England: Williams & Wilkins.
- Rowe, R., Maugham, B., Pickles, A., Costello, E.J., & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 365-373.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Salekin, R.T., & Lynam, D.R. (2010). *Handbook of child and adolescent psychopathy*. New York: Guilford Press.
- Steiner, H., Remsing, L.; Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 126-141.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 404-412.
- Verhulst F.C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcom.
- Zoccolillo, M., Pickels, A., Quinton, D., & Rutter, M. (1992): The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971-986.

Hoofdstuk 5

Diagnostiek

1 Inleiding

Dit hoofdstuk is geschreven uitgaande van de vraagstelling: welke activiteiten dienen te worden ondernomen wanneer kinderen en jongeren met mogelijk ODD of CD in de ggz worden aangemeld om tot een juiste diagnostiek en indicatiestelling voor behandeling te komen? Voor beantwoording van die vraag geldt dat:

- er nauwelijks empirisch onderzoek gepubliceerd is naar de betrouwbaarheid van het diagnostische proces;
- via het Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie informatie beschikbaar is over te gebruiken instrumenten.

Derhalve heeft de werkgroep ervoor gekozen om bij dit hoofdstuk de beschikbare middelen voor deze richtlijn niet te gebruiken voor een literatuur-search en EBRO-werkwijze (evidence-based richtlijnontwikkeling; zie hoofdstuk 1, Werkwijze en verantwoording). Evenmin worden specifieke onderzoeksinstrumenten aanbevolen. Om de professionals in de hulpverlening handelingsinstructies te geven voor de diagnostiek van ODD en CD, zijn uitgangsvragen opgesteld. De beantwoording van elke uitgangsvraag, de praktijkrelevante overwegingen en de aanbevelingen zijn gebaseerd op klinische consensus.

Diagnostiek is het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van het kind of de jongere worden beschreven en geordend, en waarbij tevens de ontwikkeling van het kind op verschillende deelgebieden gericht in beeld wordt gebracht. Essentieel is hierbij dat de clinicus hypothesen formuleert over zowel kindgebonden- als omgevingsfactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en vooral aan het in stand houden van de stoornissen en/of uiting kunnen zijn van comorbide stoornissen. Bij diagnostiek hoort ook het systematisch beoordelen van de kenmerken volgens de DSM-classificatie.

De werkgroep gaat uit van de volgende begripsbepalingen bij diagnostiek van ODD en CD. Diagnostiek bestaat uit rubricerende en beschrijvende diagnostiek. Rubricerende diagnostiek (classificatie) vindt plaats wanneer de probleembeschrijving gewogen wordt getoetst aan de formele criteria van de categorieën van een classificatiesysteem, bijvoorbeeld DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) of ICD (International Classification of Diseases). Hierdoor kan de problematiek geclassificeerd

worden in de categorie ODD of CD, of in meerdere andere categorieën. Bij beschrijvende diagnostiek worden symptomatologie en duur van de symptomen in kaart gebracht, naast etiologische overwegingen: vermoedens over mogelijke etiologische factoren en pathogenese. Daarnaast wordt de eventuele samenhang tussen rubricerende diagnoses beschreven, naast de mate van ernst van de stoornissen, risicofactoren, sterke kanten, relationele en interactieve processen, en copingstijlen.

Er bestaat geen twijfel over de noodzaak van het opstellen van zowel een classificatie als een beschrijvende diagnose die tezamen moeten kunnen leiden tot een uitspraak over de aanbevolen behandeling. Welk type behandeling kan plaatsvinden en op welke wijze, hoeft niet in de diagnose zelf te staan, maar moet hieruit wel kunnen worden afgeleid. Het voorafgaande in aanmerking genomen, is gekozen voor het beantwoorden van de volgende uitgangsvragen.

Uitgangsvragen

- Wat zijn de basisprincipes bij het proces van diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD? (Paragraaf 2.)
- Uit welke elementen bestaat het proces van diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD? (Paragraaf 3.)
- Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij rubricerende diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD? (Paragraaf 4.)
- Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij beschrijvende diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD? (Paragraaf 5.)
- Welke uitgangspunten zijn van belang bij het adviesgesprek? (Paragraaf 6.)

Keuze van diagnostische instrumenten

Voor de keuze van diagnostische instrumenten wordt verwezen naar de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2010b) en naar de website van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl, 2012). Bij de beoordeling van deze instrumenten werd afgewogen of zij voldoen aan eisen van validiteit en betrouwbaarheid, consistentie van de schaal, test-hertestbetrouwbaarheid en interrater-betrouwbaarheid.

2 Basisprincipes diagnostisch proces

2.1 Basisprincipes kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek

Ten behoeve van goede diagnostiek is het belangrijk om basisprincipes aan te houden die in bredere zin bij alle kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek gelden. Hier wordt specifiek stilgestaan bij aspecten die voor kinderen en jongeren aangemeld vanwege ernstige gedragsproblemen van eminent belang zijn: opbouwen van een werkrelatie, veiligheid, de centrale rol van ouders en verzorgers, het gebruikmaken van meerdere informanten, ontwikkelings- en systeemgericht denken, verschil in onderzoeksopbouw tussen kinderen en jongeren, transparantie en helderheid over vraagstelling, onderzoekspositie, en procedure.

Werkrelatie

Ouders en kind of jongere hebben voorafgaand aan het contact vaak al veel mensen gesproken en hebben vaak al negatieve percepties aan deze contacten overgehouden, ook al omdat de symptomatologie aanleiding kan zijn geweest tot hectische situaties, waarop familieleden, vrienden of professionals zoals leraren niet altijd even begripvol hebben gereageerd. Voor een succesvolle diagnostiek en behandeling van ODD en CD is het noodzakelijk een goede werkrelatie op te bouwen met zowel kind of jongere als het gezin. Zonder een goede werkrelatie is de kans groot dat diagnostiek en/of behandeling voortijdig door het kind, de jongeren of de andere gezinsleden afgebroken wordt, of dat men diagnostisch belangrijke informatie verzwijgt (bijvoorbeeld vanuit schaamte of door onduidelijkheid over vertrouwelijkheid van verstrekte informatie). Door het kind of de jongere en de ouders gezamenlijk maar ook apart te spreken, wordt aan het opbouwen van de werkrelatie gewerkt. Belangrijk is ook een evenwichtige werkrelatie met het kind of de jongere en de ouders na te streven: voorkomen moet worden dat hetzij kind of de jongeren hetzij de ouders zich onvoldoende gesteund voelen. Door aan te sluiten op taalgebruik van gezinsleden, het verhelderen van de hulpvraag en het streven naar een gemeenschappelijk gedeelde diagnose en behandelplan wordt aan de werkrelatie gewerkt.

Kinderen of jongeren bij wie men ODD of CD vermoedt die door hun ouders of school verwezen worden naar de ggz, zijn het vaak niet eens met de aard of ernst van de problemen. Zij zijn geneigd in eerste instantie symptomen te ontkennen, of als minder ernstig te presenteren. Ook missen zij vaak in het begin de motivatie om zelf iets aan de problemen te doen.

Verbinding aangaan met het kind lukt vaak beter door empathie op te brengen voor de woede en frustratie van het kind of de jongere. Daarbij is belangrijk hen wel te begrenzen, maar zich ook terughoudend en niet

veroordeledend op te stellen tegenover oppositioneel, agressief gedrag en antisociaal gedrag. Jongeren, en in mindere mate kinderen met oppositioneel gedrag, gaan een betere werkrelatie aan wanneer zij zich erkend voelen in hun beleving van autonomie.

De meeste kinderen en jongeren realiseren dat zij zich buitensporig gedragen, hoewel de mate van inzicht afhangt van de leeftijd en de intelligentie. Zij hebben de neiging om zich te verdedigen door hun gedrag rationaliserend te rechtvaardigen vanuit omstandigheden, maar daar zijn zij bijna nooit gelukkig mee. De vermenging van boosheid, verdediging, inzicht en ongeluksgevoel biedt een unieke mogelijkheid om een alliantie aan te gaan. Het kan daarom helpen ingang te vinden door aandacht te hebben voor de secundaire gevolgen: de last die ze ondervinden door straf of doordat zij deze gesprekken moeten voeren. Het is zeer aangewezen om in het gesprek de visie van het kind en de jongere op de problematiek te onderzoeken en mede op basis daarvan de motivatie en de haalbaarheid van een te kiezen behandeltraject te onderbouwen. Het inbouwen van voorspelbaarheid en veiligheid helpt deze kinderen en jongeren om een therapeutische alliantie aan te gaan. Het is goed om tegenover de ouders en het kind of de jongere duidelijk te maken dat het verhaal van het kind of de jongere net zo zwaar weegt als dat van ouders en/of de leraar, zodat zij ervaren dat zij ook een stem hebben in het proces en dat niet de hulpverlener buiten hen om beslist.

Door begrip te tonen voor de opvoedingbelasting en aandacht te hebben voor eventuele schuldgevoelens, wordt bijgedragen aan de werkrelatie met ouders. Het is belangrijk om, ook tegenover ouders, duidelijk te maken dat het gedrag van het kind of de jongere het probleem is, en niet het kind of de jongere zelf. Dit besef kan actief versterkt worden door de clinicus door klachten van ouders te herformuleren tijdens bespreking van problemen. De ouders en het kind of de jongere zijn door de sterke aandacht die zij ervaren op louter het afwijkende gedrag vaak versterkt in een gevoel van uitzichtloosheid dat hen uiteindelijk minder actief maakt om op een constructieve wijze de problematiek aan te pakken. Door expliciet ook de sterke kanten van de gezinsleden te benoemen, wordt niet alleen aandacht gegeven aan beschermende factoren, maar wordt ook de werkrelatie versterkt.

Veiligheid

Voor goede diagnostiek is het belangrijk om voldoende veiligheid en rust in de woon- en leefsituatie te creëren. Tijdens het proces van diagnostiek, advisering en behandeling dient men afwegingen te maken over timing, prioritering en proportionaliteit van interventies. Zo kan bijvoorbeeld ontbrekende veiligheid in het gezin een reden zijn om eerst andere maatregelen te nemen gericht op bescherming van het kind voordat men verder

gaat met diagnostiek. Dit kan leiden tot het verlies van het vertrouwen van de ouders in de diagnosticus. Vaak is in deze situaties een samenwerking met Bureau Jeugdzorg aan de orde. Bureau Jeugdzorg kan specifieke interventies inzetten die gericht zijn op het wegnemen van gevaar. In meer ernstige situaties wordt daarbij een onmiddellijke uithuisplaatsing overwogen, samengaan met maatregelen over het ouderlijke gezag. Diagnostiek gericht op ODD en CD kan evenmin starten als er sprake is van agressie tegen de diagnosticus. Zowel in het voorkómen als in het omgaan met agressie is specifieke deskundigheid van de onderzoeker vereist.

Centrale rol van ouders en verzorgers

Ouders of verzorgers zijn, naast het kind of de jongere, essentieel in het gehele diagnostische en behandelproces bij ODD en CD. Zij zijn niet alleen cruciaal in het signaleren van problematiek, maar zijn ook degenen die hun kind het beste kunnen motiveren tot, en bijsturen in gedragsverandering. Sommigen echter zijn hiertoe niet in staat.

Gebruikmaken van meerdere informanten

Informatie van leraren is een belangrijke aanvulling op die van de ouders en het kind of de jongere: de gedragsverschijnselen manifesteren zich immers vaak ook op school. Ook worden sommige ODD- en CD-symptomen niet altijd door alle informanten opgemerkt (Colins e.a., 2008). Sommige gedragingen worden immers heimelijk uitgevoerd. Ook kunnen bij ODD- en CD-symptomen van de stoornis dusdanig aversief zijn dat zij ertoe leiden dat er onderrapportage plaatsvindt en dat de gegeven informatie moet worden gewogen. Gezinnen kunnen dusdanig verminderd functioneren, mede als gevolg van de nadelige gevolgen van de symptomen van het sociaal functioneren, dat zij verwikkeld raken in juridische processen of dat er veel partijen bij hen betrokken raken (bijvoorbeeld bij echtscheiding of een onderzoek door het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling). In dergelijke situaties neigen kind of jongere en/of ouders nogal eens tot onderrapportage of het bagatelliseren van de problematiek, terwijl de school de symptomen wel degelijk erkent.

Ontwikkelingsgericht denken

ODD en CD zijn bij uitstek diagnoses in de kindertijd en de adolescentie. Kenmerkend voor ODD en CD is dat bepaald gedrag soms pas na maanden duidelijk wordt, soms omdat het aanvankelijk bewust is achtergehouden of ingehouden, soms omdat er niet specifiek genoeg naar gevraagd is. Vooral heimelijke of bedekte symptomen, die vaker voorkomen bij oudere kinderen en jongeren, worden daardoor later bekend. Tevens is bekend dat omgevingsinvloeden een sterke invloed kunnen hebben op het voorkomen van de symptomen: als in de loop van de diagnostiek de omgeving

zich anders opstelt, kan dit invloed hebben op de mate van ernst van de symptomen. Daarnaast is het bij ODD en CD belangrijk dat men zich realiseert dat naarmate kinderen ouder worden, de negatieve invloed van symptomen zich op meer levensgebieden manifesteert. Dit alles maakt dat tijdens het diagnostische proces een brede, ontwikkelingsgerichte visie op de problematiek nodig is.

Onderzoeksopbouw kinderen versus jongeren

Het wordt wenselijk geacht om het eerste gesprek bij kinderen met zowel het kind of de jongere als de ouders tegelijk aan te vangen ter voorkoming dat een geheim tussen de diagnosticus en de ouders ontstaat. In bepaalde omstandigheden kan een diagnosticus ervoor kiezen om in eerste instantie geen gezamenlijk gesprek te houden, zoals bij jongeren die vanwege een grote cultuurkloof of uit sterke schaamte eerst een gesprek willen voeren zonder de aanwezigheid van hun ouders. Bij jongeren valt echter meestal ook een gezamenlijk eerste gesprek aan te bevelen omdat dit het voordeel met zich meebrengt dat er bij aanvang consensus kan worden bereikt over de reden van, en het doel waarvoor men in de spreekkamer zit. Dit gezamenlijke gespreksdeel kan kort duren, maar ook langer. De hoeveelheid tijd en diepgang wordt door een aantal factoren bepaald, waaronder de mate van conflicten en leeftijd. Ook zijn er ouders die het schadelijk achten voor het kind als de problematiek gezamenlijk en openlijk besproken wordt; met bepaalde gevoeligheden van ouders die hierbij een rol spelen, dient rekening te worden gehouden.

Terwijl bij kinderen het gesprek meestal met de ouders separaat vervolgd wordt, is het voor jongeren belangrijk dat zij vóór hun ouders apart met de clinicus kunnen spreken. Voor het ervaren van autonomie is het voor jongeren met ODD of CD extra belangrijk dat zij in bepaalde mate het gevoel van regie over het diagnostische proces houden. Daarnaast kunnen jongeren veelal heel goed zelf een groot deel van hun problematiek en wensen formuleren, terwijl bij kinderen dit veelal via ouders verwoord wordt. Uiteraard is het ook belangrijk om rekening te houden met de juridische aspecten die er gelden voor verschillende leeftijden wat betreft vereisten in onder andere de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Indien er met de jongere en ouders in het eerste gesprek géén overeenstemming valt te bereiken over een gezamenlijke hupvraag, kan het raadzaam zijn om een tweede gesprek hieraan te besteden. Dit benadrukt het belang van het opbouwen van een goede werkrelatie.

Transparante attitude

Kinderen en jongeren met ODD en CD zijn vaak extra attent op 'onechtheid' of een overdreven neutrale houding bij de hulpverlener. Mede vanuit de aard van de problematiek is het aan te bevelen om zo transparant en zo duidelijk mogelijk te zijn.

Helderheid over vraagstelling, onderzoekspositie en procedure

Bij aanvang van elk diagnostisch proces is het raadzaam om niet alleen helderheid te verkrijgen over de precieze vraagstelling en verwachtingen, maar om ook, als kinder- en jeugdpsychiater, duidelijk te maken tegenover zowel kind of jongere en ouders als de erbij betrokken instanties, welke rol men bekleedt. Zo dient helderheid te worden gegeven of er sprake is van zorgdiagnostiek dan wel beslisdiagnostiek ten behoeve van een juridisch proces. Ook dient besproken te worden of er een achterliggende opdrachtgever is, zoals Bureau Jeugdzorg, of dat er specifieke vragen zijn van de Raad voor de Kinderbescherming en/of Justitie. Soms zijn er meerdere vraagstellers en hierbij horende rollen voor de diagnosticus.

Het is belangrijk om de procedure van het onderzoek bij aanvang goed te bespreken met zowel het kind of de jongeren als de ouders. Afsproken moet worden welke informatie vertrouwelijk kan blijven (bijvoorbeeld als een kind of jongere wil dat informatie voor ouders geheim blijft) en in welke gevallen informatie met derden gedeeld moet worden (bijvoorbeeld als er (dreigend) gevaar bestaat of in geval van Pro Justitia-rapportage). Hierbij hoort ook het bieden van duidelijkheid over hoe verslaglegging plaatsvindt en wat er kan gebeuren met de uitkomsten van het onderzoek. De ouders en jongere worden er ook vooraf op gewezen in welke mate onder meer het recht op inzage en correctie, en of blokkeringsrecht van toepassing zijn. Als blijkt dat hierover tussen verschillende partijen misverstanden of meningsverschillen zijn, is het belangrijk om te streven naar duidelijkheid voordat diagnostiek echt kan aanvangen.

Herevaluatie van de diagnostiek

Regelmatige herevaluatie van de diagnose is belangrijk. Deze kan bijvoorbeeld plaatsvinden bij stagneren van de behandeling of het afsluiten daarvan, hetzij bij evaluatie en/of bijstelling van het behandelplan. Bij stagneren van de behandeling is het raadzaam om herdiagnostiek te overwegen.

Samenwerking met de jeugdzorg

Aangezien onder de kinderen en jongeren met ODD of CD een niet onaanzienlijke groep behandeld wordt binnen de jeugdzorg, is een goede samenwerking in de vorm van consultatie nodig tussen de jeugdzorg en de ggz.

De jeugdzorg kan bij ernstige gedragsproblemen consultatie aanvragen bij de ggz voor diagnostiek. Deze consultatie komt voor bij:

- een vermoeden van comorbiditeit waarvoor farmacotherapie mogelijk aangewezen is (zoals ADHD);
- een vermoeden van een andere vorm van psychopathologie die ten grondslag ligt aan de ernstige gedragsproblemen (zoals een autismespectrumstoornis);
- onvoldoende effect van een intensieve of langdurige behandeling.

De ggz en de jeugdzorg zijn er gezamenlijk verantwoordelijk voor dat er effectieve en efficiënte procedures zijn vastgesteld waarbij de samenwerking en consultatie is beschreven.

Aanbevelingen algemene uitgangspunten diagnostiek

- Begin het onderzoek met een gezamenlijk gesprek met het kind of de jongere en de ouders. Dit heeft als voordeel dat er bij aanvang overeenstemming kan worden bereikt over de reden en het doel van het onderzoek.
- Spreek na het gezamenlijke gesprek eerst de jongere, en pas hierna zijn of haar ouders apart; dit is belangrijk voor het gevoel van autonomie van de jongere.
- Besef dat er zowel onderrapportage als overrapportage van probleemgedrag kan plaatsvinden als gevolg van belangenconflicten (behoefte aan ontkenning leidend tot onderrapportage) of persoonlijke en gezinskenmerken (overbelasting leidend tot overrapportage).
- Draag zorg voor het tot stand brengen en in stand houden van een goede werkrelatie tussen enerzijds kind en ouders en anderzijds behandelaars. Dit is essentieel tijdens het diagnostische proces en de daarop volgende behandeling van ODD en CD.
- Bevorder de werkrelatie met het kind of de jongere door empathie op te brengen voor de woede en frustratie van het kind of de jongere en door zich niet veroordelend op te stellen tegenover oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag.
- Bevorder de werkrelatie met het kind of de jongere door te benadrukken dat het verhaal van het kind of de jongere net zo zwaar weegt als dat van de ouders en de leraar.
- Bevorder de werkrelatie met de ouders door begrip te tonen voor de opvoedingsbelasting en aandacht te hebben voor eventuele schuldgevoelens.
- Verhelder zo nodig tegenover de ouders dat het gedrag van het kind of de jongere het probleem is, en niet het kind of de jongere zelf.
- Vraag zowel bij de ouders als het kind of de jongere naar hun sterke kanten. Dit bevordert de werkrelatie en helpt om de problematiek op een constructieve wijze aan te pakken.

- Verstrek helderheid over de precieze vraagstelling en verwachtingen; wees helder of er sprake is van zorgdiagnostiek dan wel beslisdiagnostiek in het kader van een juridisch proces.
- Wees helder over welke informatie vertrouwelijk blijft (bijvoorbeeld als een kind of jongere wil dat informatie voor ouders geheim blijft) en welke informatie met derden gedeeld moet worden (bijvoorbeeld als er (dreigend) gevaar bestaat of in geval van Pro Justitia-rapportage).
- Wees helder over hoe verslaglegging plaatsvindt en of het recht op inzage en correctie en blokkeringsrecht van toepassing zijn.
- Neem maatregelen bij ontbrekende veiligheid in het gezin, aangezien voldoende veiligheid en rust in de leefsituatie een voorwaarde is voor adequate diagnostiek.
- Betrek altijd de school als informant bij de diagnostiek, aangezien de gedragsproblemen zich vaak ook op school manifesteren.
- Voer indien nodig herevaluatie van de diagnose uit. Deze kan bijvoorbeeld plaatsvinden bij stagneren van de behandeling of het afsluiten daarvan, of bij evaluatie en/of bijstelling van het behandelplan.
- Sta open voor consultatie door de jeugdzorg bij:
 - een vermoeden van comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD of een stemmingsstoornis);
 - een vermoeden van een andere vorm van psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis) die ten grondslag ligt aan de ernstige gedragsproblemen;
 - bij onvoldoende effect van een intensieve of langdurig behandeling.
- Ontwikkel effectieve en efficiënte methodieken om samenwerking met de jeugdzorg vorm te geven.

3 Elementen diagnostisch proces

Praktijkrelevante overwegingen

Het diagnostische proces kent de volgende elementen (Matthys, 2011).

- 1 Gezamenlijk intakegesprek waarin het probleem wordt besproken, in aanwezigheid van kind en ouders.
- 2 Interview met de ouders (inventarisatie van klachten en ontwikkelings-, familie- en gezinsanamnese).
- 3 Gesprek met en observatie van het kind of de jongere.
- 4 Informatie vergaren uit andere bronnen, waaronder de grootouders, de school, kinderarts, politie enzovoort.
- 5 Gebruik van gestructureerde vragenlijsten oftewel instrumenten.
- 6 Te indiceren aanvullend onderzoek.

- 7 Weging van informatie en besluitvorming over classificatie en beschrijvende diagnose.
- 8 Herevaluatie van de diagnose.

Bij het vermoeden van ODD of CD is een veelomvattend onderzoek op zijn plaats met het oog op de differentiële diagnose met andere psychiatrische stoornissen en het vaststellen van de vaak voorkomende comorbiditeit (AACAP, 1997; 2007). Voor goede diagnostiek naar de diverse wijzen waarop ODD of CD zich kan uiten, volstaat het niet om gebruik te maken van slechts één instrument of informant. Het is van belang om meerdere informanten te gebruiken, onder wie de school, niet alleen met het oog op het verzamelen van informatie over de gedragsproblemen, maar ook voor de inschatting van het cognitieve niveau. Meningsvorming op grond van één informant of instrument, zonder nader onderzoek bij kind de jongere en ouders, is inadequaat. Streven naar verkorte diagnostiek is onwenselijk omdat al deze terreinen in beeld gebracht dienen te worden. Het diagnostiektraject kent meerdere elementen, die afhankelijk van de hulpvraag, de aard van de klachten en de context meer of minder relevant zijn. Het verdient daarom aanbeveling om getrapte diagnostiek te laten plaatsvinden, waarbij de (meer)waarde van elk onderzoek wordt afgewogen. Niet alles hoeft bij elk kind of jongere. Per instelling en/of behandelaar kan bepaald worden hoe het traject in tijd wordt ingedeeld en in welke vorm diagnostiek wordt aangeboden.

Aanbevolen procedure voor de diagnostiek

In eerste instantie worden de problemen en zorgen in kaart gebracht om te bepalen of verdergaand onderzoek naar ODD en/of CD nodig is. Informatie wordt verzameld over de ontwikkelingsgeschiedenis en het huidige gedrag van het kind of de jongere: in een gesprek (of gesprekken) met de ouders, aangevuld met een observatie van en/of gesprek met het kind of de jongere. Informatie van de leraar wordt eveneens standaard verzameld. Als hieruit geen of weinig aanwijzingen naar voren komen voor ODD of CD of andere comorbiditeit, kan men besluiten om het diagnostiektraject af te ronden.

Diagnostiek begint met een differentiële diagnose. Na de intake wordt deze opgesteld en in het diagnostische proces verder getoetst. Diagnostiek is geen statisch proces. Kinderen en jongeren maken zelf een eigen ontwikkeling door binnen een constant veranderende omgeving, waardoor de ernst en aard van symptomen snel kan veranderen. Kenmerkend voor ODD en CD is tevens dat de heftigheid van de symptomatologie sterk kan wisselen in de loop der tijd, ook tijdens het diagnostische onderzoek. Bovendien kan lopende het diagnostisch onderzoek een interventie worden ingezet. Soms is onmiddellijke interventie noodzakelijk en zal niet het gehele diagnostische proces doorlopen kunnen worden voor de start van de behandeling. Uitbreide diagnostiek wordt dan uitgesteld. Informatie over het verloop

van de interventie kan bijdragen aan de latere diagnostiek en de keuze van de behandeling.

Na het verzamelen van voorgaande informatie vindt een weegmoment plaats waarop tegenstrijdige informatie afgewogen wordt en wordt geïntegreerd met het oog op de beslissing over de DSM-rubrieksdiagnose(s) en een beschrijvende diagnose waarin ook de ernst van de stoornis en etiologische overwegingen worden meegenomen. Tevens wordt afgewogen of de problemen wel ernstig genoeg zijn, of zij voldoende een patroon vormen en of er (afhankelijk van de leeftijd) al eerder (pedagogische) hulp is aangeboden.

Het is van belang dat een deskundige de uiteindelijke weging maakt. Indien er diagnostische vragen of onverklaarbare tegenstrijdigheden blijven bestaan, kan men in het uiterste geval de diagnose uitstellen of een waarschijnlijkheidsdiagnose opstellen en trajectdiagnostiek verrichten. Hierbij kan in de loop der tijd meer evidentie worden verzameld, of kan symptomatologie naar voren komen in het behandelcontact, waarbij men zichzelf de vraag moet blijven stellen of er niet sprake is van een andere stoornis of een (nieuwe) comorbide stoornis. Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering bij een kind of jongere met ODD of CD binnen de ggz, en dient in het diagnostiektraject goed nagevraagd te worden. (Zie hoofdstuk 3 voor de comorbide stoornissen).

De uiteindelijke diagnostische conclusie combineert de classificatie van aanwezigheid en ernstmaat van ODD en CD en comorbiditeit met een meer specifiek voor het betreffende kind of jongere en systeem geldend profiel van sterke en zwakke kanten, belangrijke voorvallen uit de levensgeschiedenis en overwegingen over factoren die de stoornis hebben doen ontstaan, en vooral: in stand houden. Deze informatie biedt aanknopingspunten voor de behandeling, zoals een voorstel tot wijziging van type onderwijs na intelligentieonderzoek, of starten met medicatie.

Ad 1 Gezamenlijk intakegesprek

Belangrijk is om een gemeenschappelijk intakegesprek te houden. Zelfs als de jongere alleen zonder ouders en/of verzorgers met onderzoeker wil spreken, wordt het raadzaam geacht om toch samen het gesprek te beginnen, ook al duurt dit onderdeel dan misschien kort. Bij het gezamenlijke intakegesprek wordt aan contactname gewerkt, kunnen interacties geobserveerd worden en wordt de hulpvraag van zowel ouders als het kind verkend. Zo nodig wordt de hulpvraag geherformuleerd.

In de verheldering van de hulpvraag wordt nagegaan wat de directe aanleiding is van het onderzoek, hoe het verwijzingsproces is verlopen, en wie de feitelijke hulpvrager is. Nagevraagd wordt in welk juridisch kader de intake verloopt, bijvoorbeeld wie de gezagsdragende ouder is, of er sprake is van ondertoezichtstelling (OTS), en wie de gezinsvoogd is. Bij bespreking van de aanmeldklachten worden de verschillende gedragsproblemen nagelopen

en hoe ouders en kind daarmee zijn omgegaan. Tevens kan de mate van eventuele schuldgevoelens nagevraagd worden en kunnen ouder-kindinteracties geobserveerd worden.

Ad 2 Interview met de ouders

Voorafgaand aan het interview met de ouders wordt in de praktijk gebruikgemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst over het gedrag. De scores van deze gestandaardiseerde vragenlijsten geven zicht op het oordeel van ouders en leraren over de symptomatologie en geven een indicatie van de ernst.

Het is verstandig om de heteroanamnese te beginnen door samen met de ouders de symptomen van oppositioneel, antisociaal en agressief gedrag in kaart te brengen aan de hand van de klachten bij de aanmelding of het intakegesprek en de DSM-IV-criteria voor ODD en CD, en eventueel andere stoornissen (voor de differentiële diagnose of de comorbiditeit). Hierbij is belangrijk om de leeftijd na te gaan waarop het gedrag voor het eerst voorkwam; hierbij moet rekening worden gehouden met de beperkte betrouwbaarheid van retrospectief navragen. Met ouders (maar ook met het kind of de jongere) kunnen de volgende zaken worden besproken.

- Welke plaats het kind heeft in de groep leeftijdgenoten: of hij of zij wordt uitgestoten of genegeerd. Hoe het gaat op school: leervorderingen, relatie met leerkracht? Dit blijkt vooral bij jongeren in detentie moeilijk te bevragen voor de periode vóór detentie. Het functioneren tijdens detentie betreft een bijzondere situatie. Bovendien is er vaak een groot verschil tussen wat ouders vermelden en dat wat het kind of de jongere vertelt.
- Welke tekorten en sterke kanten er zijn in sociale vaardigheden: invoegen in een groep leeftijdgenoten, vragen om hulp, belangstelling tonen, troosten, helpen, wensen kenbaar maken, reageren op provocaties?
- Betrokkenheid bij pesten, ofwel als slachtoffer, ofwel als dader.
- Problemen op het gebied van activiteitsniveau, aandacht, impulsbeheersing, taal, leervorderingen.
- Toegang tot wapens en toezicht om te zorgen dat dit niet gebeurt.
- Crimineel gedrag.
- Contacten met politie en justitie.
- Middelengebruik.
- Pedagogische maatregelen die zijn of worden toegepast en effect daarvan.
- Behandelingen en interventies in het verleden, en het resultaat.

Ook wordt de voortgang van de algehele ontwikkeling op verschillende deelgebieden geïnventariseerd, waarbij de mate van belemmering van het algehele functioneren wordt nagevraagd.

Ontwikkelingsanamnese

(De volgende tekst is mede gebaseerd op tekst van het Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, zie aldaar ook de bronnen, www.kenniscentrum-kjp.nl.)

Het doel van de ontwikkelingsanamnese is naast het in beeld brengen van comorbiditeit in de levensloop van het kind, ook het inventariseren van de ontwikkeling in brede zin, waardoor het probleemgedrag in het perspectief van de ontwikkeling kan worden geplaatst en daarmee ook het beloop wordt beoordeeld. Psychologische kenmerken zoals een lage intelligentie en een vertraagde taalontwikkeling behoren tot de risicofactoren voor het ontstaan van gedragsstoornissen en zijn daarom van belang om na te vragen. De ontwikkelingsmijlpalen en de sociale ontwikkeling worden in beeld gebracht met daarnaast de beïnvloedende factoren, zoals levensgebeurtenissen en acute en chronische stressoren.

Voor tijdsefficiëntie beveelt de richtlijncommissie aan dat voorafgaand aan een eventuele aanvullende ontwikkelingsanamnese een vragenlijst aan ouders wordt toegezonden waarin de gewenste aspecten worden bevraagd. Dit geeft ouders ook de gelegenheid om feitelijke data, zoals ontwikkelingsmijlpalen of medische gegevens, na te zoeken.

In de ontwikkelingsanamnese kan speciaal worden stilgestaan bij volgende aspecten.

- Zwangerschap (vragen naar duur en verloop; bijzondere aandacht voor het gebruik van nicotine, cannabis en andere middelen, medicatiegebruik), partus (geboortegewicht, complicaties) en eventuele eerdere miskramen en overlijden.
- Ontwikkeling van de functies (motoriek, taal, zindelijkheid, voeding, slapen, activiteitsniveau, aandacht, impulsbeheersing).
- Somatische anamnese (het centrale zenuwstelsel, chronische ziekten, medicatiegebruik).
- Interactie en (hechtings)relatie met de moeder en vader.
- Interactie en relatie met andere volwassenen (grootouders, volwassenen in kinderdagverblijf, peuterspeelzaal, basisschool).
- Interactie en relatie met broer en/of zus.
- Interactie en relatie met leeftijdgenoten.
- Potentiële ontwikkelingsinterfererende gebeurtenissen (sterfgevallen, scheiding, verhuizing, eventuele ingrepen of ziekenhuisopnames).

Psychologische problemen zoals een afwijkende sociale-informatieverwerking, afwijkingen in de uitvoerende functies en een verminderd empathisch functioneren (in hoeverre een kind kan meevoelen met een ander) werden bij kinderen en jongeren met gedragsstoornissen aangetoond.

In het interview met ouders (en kind) verneemt men deze psychologische kenmerken, door bijvoorbeeld bij de probleeminventarisatie al na te gaan of:

- een kind zich snel benadeeld voelt; of:
- snel denkt dat hij kritiek krijgt; of:
- moeite heeft om zich in een ander te verplaatsen; en:
- weinig empathie toont; of:
- moeite heeft om andere dan agressieve oplossingen te bedenken.

Omdat moeite om zich in een ander te verplaatsen en een tekort in empathie ook voorkomen bij een autismespectrumstoornis, is het van belang om bij vermoeden hiervan een nader specifiek op autisme gerichte gestructureerde ontwikkelingsanamnese af te nemen.

Familieanamnese

Bij de familieanamnese wordt nagegaan of er wellicht intergenerationele overdracht is van ODD of CD. Deze kan zowel genetische als omgevingsgebonden oorzaken hebben. Het bestaan van actuele ODD of CD of hieraan gerelateerde problematiek zoals delinquentie, middelenmisbruik of -afhankelijkheid en comorbiditeit zoals ADHD is van belang voor de voor de prognose en de behandeling. Naar de eerste- en tweedegraadsfamilieleden wordt geïnformeerd wat betreft ODD en CD en comorbiditeit met ADHD op de kinderleeftijd. Het voorkomen in de familie wordt nagegaan van verhoogd erfelijke somatische aandoeningen zoals schildklieraandoeningen, tics, epilepsie, en erfelijke syndromen, naast psychiatrische aandoeningen als ontwikkelingsstoornissen, leerproblemen, verslavingen en bipolaire stoornissen.

Gezinsanamnese

Veel van de gevraagde informatie kan vooraf schriftelijk aangeleverd worden, maar vaak is het zinvol om in een gesprek aandacht te besteden aan onduidelijk beantwoorde vragen, of antwoorden die nadere toelichting behoeven, en het vormen van een eigen oordeel. Doel is informatie verkrijgen (voor beschrijvende diagnostiek) over het functioneren en de kenmerken van het gezin. Bij de gezinsanamnese kan de aandacht speciaal uitgaan naar:

- samenstelling en geschiedenis van het gezin, onder andere: hoe leerden de ouders elkaar kennen; eerdere langdurige relaties en/of kinderen; hoe lang samen; wanneer getrouwd, wanneer kinderen;
- sociaal-economische status (SES); opleiding ouders; contact met familie en omgeving;
- (sociale ondersteuning versus isolement); kenmerken van de buurt (voorkomen (pre)delinquente groep leeftijdgenoten);
- functioneren van de ouders als persoon (lichamelijke of psychiatrische ziekten, vermoeden van psychopathologie) en als echtbaar (echtelijke disharmonie);

- de ouders als opvoeders; opvoedingskenmerken navragen:
 - mate van ondersteuning: belangstelling en affectie tonen; gezamenlijke activiteiten ondernemen; helpen en aanmoedigen;
 - mate van regulering: consequent hanteren van regels en afspraken; wijze van opdrachten geven; verhouding in belonen en straffen; wijze van belonen (sociaal, materieel); wijze van straffen (mild, direct volgend op gedrag, met voor het kind begrijpelijke toelichting); mate van toezicht en controle;
- vóórkomen van agressie, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik;
- de aanwezigheid van schaamte en/of schuldgevoelens bij ouders over de gedragsproblematiek.

Ad 3 Gesprek met kind of jongere en observatie

Het interview en de observatie kunnen bij jongeren beter al plaatsvinden vóór het interview met ouders. Bij jongere kinderen staat observatie centraal in het onderzoek. Het interview en observatie van het kind (lees hierna voor kind ook: jongere) hebben de volgende doelen.

- Het kind zelf zijn of haar mening over de gedragsproblemen te laten uiten. Wat vindt het kind van de problemen; waar heeft het kind last van; ervaart het zelf disfunctioneren; is er vraag om verandering, intrinsieke en extrinsieke motivatie voor behandeling?
- Informatie verkrijgen die anders niet op andere wijze verkregen kan worden (bijvoorbeeld over traumatisering).
- Verifiëren of de informatie die van anderen komt, bevestigd wordt. Bespreken van discrepanties in deze informatie. (Als men jongeren eerst spreekt, worden discrepanties pas achteraf duidelijk.)
- Het waarnemen van symptomen. (Men moet niet verwachten alle symptomen te zien. Meestal worden één of enkele symptomen al in het eerste gesprek zichtbaar, maar in enkele gevallen worden deze pas duidelijk in een volgend gesprek.)
- Het inventariseren of er naast symptomen ook kenmerkende verschijnselen zijn bij het kind die de problematiek in stand kunnen houden of doen verergeren (zie hierna, onder 'Symptomen en kenmerkende verschijnselen').
- Nagaan of er niet sprake is van een andere stoornis (voor de differentiatie diagnose).
- Inventariseren of er sprake is van een of meer comorbide stoornis(sen).
- Nagaan in hoeverre de neiging bestaat om te bagatelliseren, te externaliseren en anderen vijandige intenties toe te kennen.
- Inventariseren welke sterke en leuke kanten het kind heeft. Deze zijn van belang om te benadrukken omdat zij kunnen helpen in de behandeling, maar ook omdat de verzorgers en het kind ervaren dat niet alleen op negatieve aspecten bevraagd en geobserveerd wordt.

Door met het kind in gesprek te gaan en het kind te observeren in interactie met de onderzoeker of bij uitvoeren van opdrachtjes, wordt bijgedragen aan de probleeminventarisatie in algemene zin en de beoordeling van aspecten van bijvoorbeeld contactname en functioneren in een nieuwe situatie. Door tevens taken aan te bieden waarbij onderzoeker zich soms wat dwingend opstelt en het kind gedoseerd frustrereert, kan meer zicht worden gekregen in oppositioneel en impulsief gedrag en op emotieregulatieproblemen. In het contact met het kind kan het verhelderend zijn voor de diagnostiek om minder gestructureerde onderdelen te introduceren, bijvoorbeeld door motorische spelletjes zoals voetbal, raadspelletjes of fantasiespel. Dit alles wordt uiteraard afgestemd op de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Tijdens deze activiteiten voelt een kind zich meestal minder geobserveerd en laat het gemakkelijker gedragsproblemen zien, zoals bij spelletjes met winnen of verliezen.

Observatie en gesprek geven de gelegenheid om het gerapporteerde probleemgedrag waar te nemen en kunnen enige indruk geven van het disfunctioneren op basis van het probleemgedrag. De beperking is dat kinderen met ODD of CD in het algemeen in een een-op-een-onderzoekcontact en in nieuwe situaties geen of minder symptomen van ODD of CD vertonen. Bij het voorkomen van ODD of CD mag men verwachten in het contact iets waar te nemen van de stoornis in de vorm van onderhuids verzet of prikkelbaarheid. Sommige kinderen of jongeren maken ook ruzie met de diagnosticus. Als er in het gesprek of observatie geen enkele aanwijzing naar voren komt voor symptomen of kenmerkende verschijnselen, is het de vraag of er sprake is van ODD of CD.

Het kan ook van de onderzoekssetting afhangen in welke mate een jongere probeert problematiek te verhullen (zoals een rapportagesetting). Naarmate kinderen ouder worden, is de kans groter dat de symptomen of kenmerkende verschijnselen niet waargenomen worden in het psychiatrische onderzoek. Daarnaast is het van belang dat tijdens de observatie zicht op het kind in bredere zin ontstaat, met eventuele comorbide stoornissen en geassocieerde psychosociale problemen.

Symptomen en kenmerkende verschijnselen

De volgende symptomen en kenmerkende verschijnselen zijn relevant bij de observatie en het gesprek (Matthys, 2011).

- Hyperactiviteit.
- Impulsiviteit.
- Aandachtsproblemen.
- Opstandig gedrag.
- Affect: veelal boos.
- Stemming: ontevreden, nors.
- Emotieregulatie: wordt prikkelbaar of driftig bij frustraties.

- Regelovertredend gedrag.
- Fysieke agressie met voorwerpen.
- Verbale agressie.
- Tekort aan probleembesef.
- Beperkt innerlijk lijden.
- Ongevoeligheid en emotieloosheid.
- Negatieve emoties: vertoont weinig teleurstelling en verdriet.
- Geringe gevoeligheid voor negatieve signalen.
- Geringe gevoeligheid voor beloning.
- Narcistische kenmerken.
- Het sociale denken: kent anderen te snel vijandige intenties toe; heeft moeite om zich in de ander te verplaatsen; bedenkt of kiest agressieve oplossingen voor problemen; vindt dit gewoon en ziet zichzelf die oplossing gemakkelijk uitvoeren.
- Normen en waarden: qua gewetensontwikkeling is het van belang om na te gaan hoe de normen en waarden bij het kind zijn ontwikkeld in relatie tot de maturiteit: wijken zij af van wat je bij die leeftijd mag verwachten, of zijn ze er wel, maar maakt het kind er onvoldoende gebruik van, bijvoorbeeld door impulsiviteit?
- Motivatie voor behandeling.
- Taalontwikkeling.
- Motoriek.
- Angst.
- Dwangmatigheid en rigiditeit.
- Tics.

Ad 4 Informatie van andere bronnen

Er dient informatie te worden ingewonnen uit de verschillende relevante leefmilieus van het kind of de jongere (school, stageplek, werk; thuis; vrienden, vereniging). Het inwinnen van informatie bij de school heeft als doel zicht te krijgen op het voorkomen van symptomen en voor ODD en CD kenmerkende verschijnselen op school en de impact ervan op het didactische niveau van het kind of de jongere, evenals op het sociale en emotionele functoren. Meer specifiek wordt informatie ingewonnen over het didactische niveau (lezen, taal en rekenen) en het gedrag bij het leren (aandacht, werkattitude, activiteitsniveau, impulsbeheersing), het sociale functioneren (plaats in de groep, vrienden, acceptatie van leiding door leerkracht en relatie met leerkracht), de emotionele ontwikkeling, en de algemene cognitieve ontwikkeling. Ook wordt de vraag gesteld of het gedrag te handhaven is op de huidige school, of extra steun wordt aangeboden of gewenst is (onder andere leerlinggebonden financiering), of dat een ander type onderwijs aangewezen is.

Hierbij kan gebruikgemaakt worden van gestandaardiseerde vragenlijsten (zie 'Ad 5 Gebruik van instrumenten'), indien nodig aangevuld met een telefonisch interview. Een goede beschrijving van het gedrag door de leerkracht volstaat bijna altijd bij ODD en CD, omdat de symptomen van deze stoornissen gemakkelijk waarneembaar zijn. Als twijfels bestaan over deze rapportage, kan een teamlid contact opnemen met de intern begeleider van de school om verheldering te krijgen over tegenstrijdige informatie, of om nadere informatie te vragen. Indien daarna alsnog een schoolobservatie (door een gedragskundige in de klas en/of op het schoolplein) geïndiceerd wordt geacht, levert dit vaak extra informatie op.

Ook andere informanten zoals andere gezinsleden en andere hulpverleners kunnen een belangrijke bijdrage leveren indien men inschat dat hun informatie toevoegt aan de reeds verkregen informatie, evenals aanvullend onderzoek (zie 'Ad 6 Aanvullend onderzoek'). Hierbij is het belangrijk te inventariseren op hoeveel levensgebieden (familie; school, werk; vriendenkring) er sprake is van verminderd functioneren. Hierbij is het goed om te weten dat de rapportage tussen verschillende informanten tegenstrijdig kan zijn, hetzij omdat de symptomen zich niet in alle situaties op dezelfde wijze manifesteren, hetzij omdat de informanten verschillen in hun perceptie, interpretatie van gedrag en normen.

Ook bestaat de mogelijkheid van over- danwel onderrapportage, vanwege belangen van betrokken informanten. Belangrijk is daarom om de betrouwbaarheid van de bron na te gaan en indien nodig meerdere informanten in hetzelfde milieu te raadplegen, zoals bij (vermoeden van) kindermishandeling of -misbruik.

Ad 5 Gebruik van instrumenten

Het verdient aanbeveling om gebruik te maken van relatief gemakkelijk in te zetten gestandaardiseerde ouder- en leerkrachtvragenlijsten; die zijn ook toepasbaar voor zelfrapportage door jongeren. Deze vragenlijsten helpen niet alleen bij de diagnostiek van ODD en CD, maar geven ook aanknopingspunten voor alternatieve diagnoses (differentiële diagnose) en voor comorbiditeit. Voor (semi-) gestructureerde DSM-georiënteerde interviews is een specifieke training aangewezen voor afname en scoring. Op de website van het Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie staan de meest gebruikte instrumenten vermeld (onder Instrumentarium). Ook het NJI geeft een overzicht (NJI, 2012). Er zijn geen specifieke vragenlijsten beschikbaar voor kinderen en jongeren met lichte verstandelijke beperkingen; zeker ook bij hen is betrouwbare afname van de anamnese van belang. Voor alloctonen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, bestaan er vragenlijsten (Child Behavior Checklist: CBCL; Youth Self Report: YSR) in het Engels, Frans, Spaans, Turks, Arabisch en Papiaments (www.aseba.nl, 2012). Voor anderstalige kinderen kan het

beste gebruikgemaakt worden van een professionele tolk en is gebruikmaken van een tolkend familielid niet conform vigerend KNMG-beleid (KNMG, 2011).

Aangaande gestandaardiseerde vragenlijsten voor ouders, leraren en kinderen en jongeren zijn de volgende opmerkingen nog van belang. Zij zijn vaak niet opgezet vanuit het perspectief van de DSM-criteria maar vanuit het perspectief van vaak voorkomende gedragsproblemen. Infrequent voorkomende gedragsproblemen worden dan ook over het hoofd gezien. Zelfrapportage is belangrijk om bedekte symptomen zoals stelen te achterhalen. Er moet echter rekening mee gehouden worden dat kinderen en jongeren er belang bij hebben niet volledig te zijn in de rapportage van hun gedragsproblemen en dat de zelfrapportage daarom onbetrouwbaar kan zijn.

Praktijkrelevante overwegingen instrumenten

In de overwegingen om te komen tot een advies speelt, naast de wetenschappelijke onderbouwing van het instrument in kwestie, tevens mee de beschikbaarheid van de Nederlandstalige instrumenten, en de efficiëntie wat betreft tijdsinvestering en kosten. Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten is kosteneffectief. (Semi-) gestructureerde DSM-georiënteerde interviews daarentegen vormen vaak een grote belasting voor kinderen, jongeren en ouders, en vereisen training van de diagnostici.

Ad 6 Aanvullend onderzoek

Psychologisch onderzoek

Psychologisch onderzoek is onder meer zinvol voor het mede bepalen van de sterke en zwakke kanten van het kind, voor begeleiding in het onderwijs en het eventueel aanvragen van aanvullende financiering daarvoor, voor de benadering van het kind in het gezin en andere situaties, en voor het maken van behandelkeuzes bij opstelling van het behandelplan. Het psychologische onderzoek kent verschillende onderdelen die afzonderlijk of tezamen aangevraagd kunnen worden.

- Intelligentieonderzoek is geïndiceerd als er aanwijzingen zijn voor een achterstand in de cognitieve ontwikkeling: op grond van de schoolinformatie, de informatie van de ouders en de eigen inschatting in het psychiatrisch onderzoek. Bij jonge kinderen zijn ontwikkelingsachterstanden vaak nog niet onderkend en wordt aanbevolen om standaard intelligentieonderzoek te verrichten, om de risicofactor van een lager dan gemiddeld IQ of disharmonische intelligentie tijdig te onderkennen, zodat hier in de opvoeding en het onderwijs rekening mee kan worden gehouden.

- Neuropsychologisch onderzoek op indicatie wordt aanbevolen bij een vermoeden van neuropsychologische tekorten of bij moeilijk te verklaren symptomen (bijvoorbeeld indien de behandeling langdurig blijkt te stagneren). Dit onderzoek wordt veelal met een gerichte vraagstelling in combinatie met intelligentieonderzoek verricht.
- Taalonderzoek op indicatie wordt aanbevolen bij vermoedens van een taalstoornis.
- Persoonlijkheidsonderzoek op indicatie kan vooral bij jongeren bij vermoedens van persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling aangevraagd worden. Indien de onderzoeker ‘trekken van’ bepaalde persoonlijkheidspathologie waarneemt en deze van belang acht voor een juiste benadering en behandeling van de jongere, is verdere vaststelling door middel van persoonlijkheidsonderzoek aangewezen.

Didactisch onderzoek

Als er aanwijzingen zijn dat er achterstanden zijn die het schoolfunctioneren verhinderen die niet verklaard kunnen worden vanuit psychiatrisch of intelligentieonderzoek (bij discrepantie tussen leerniveau zoals aangegeven door leerkracht enerzijds en intelligentie en onderwijsaanbod anderzijds), kan onderzoek verricht worden naar het niveau en de kwaliteit van lezen, schrijven en rekenen. Dit onderzoek behoeft niet binnen een kinder- en jeugdpsychiatrische setting plaats te vinden.

Gezinsdiagnostisch onderzoek

Als er uit de gezinsvragenlijst duidelijke problemen naar voren komen met het gezinsfunctioneren in relatie tot de aanmeldklachten, kan een gezinsdiagnostisch onderzoek geïndiceerd zijn. Een gezinsdiagnostisch onderzoek is bijzonder informatief, maar niet noodzakelijk om de diagnose ODD of CD te kunnen stellen. Gezinsonderzoek kan helpen zicht te krijgen op factoren die de stoornis in stand houden en relevant zijn voor de behandeling. Een gezinsdiagnostisch onderzoek is ook aan te raden in geval van:

- twijfel bij onderzoeker over de adequaatheid van het oordeel van de ouders over eigen opvoedingsvaardigheden;
- ernstige problemen en conflicten in de interactie tussen gezinsleden;
- indicatiestelling voor behandeling bij ernstige echtpaardisharmonie of problemen tussen de ouders als gevolg van echtscheiding.

Lichamelijk, medisch specialistisch en paramedisch onderzoek

Er is geen bloedonderzoek, functieonderzoek of beeldvormend onderzoek waarmee de diagnose vastgesteld kan worden. Bij vermoeden van mishandeling wordt gevraagd naar littekens; indien nodig worden deze gecontroleerd in lichamelijk onderzoek. Op indicatie kunnen lichamelijk onderzoek en aanvullende medisch specialistische of paramedische onderzoeken

zoeken worden gedaan, bijvoorbeeld bij lichamelijke klachten in relatie tot probleemgedrag, een vermoeden van erfelijke syndromen of dysmorphieën, en bij sterke familiële aandoeningen, via de huisarts, de kinderarts of de klinisch geneticus. Bij onzekerheid over het voorkomen van een coördinatieontwikkelingsstoornis kan het kind worden verwezen naar een (kinder) fysiotherapeut; bij duidelijke afwijkingen in de motoriek naar een kinder-neuroloog, en bij spraak- of communicatieproblemen naar een logopedist.

Ad 7 Weging informatie en besluitvorming classificatie en beschrijvende diagnose

Weging van de gegevens vanuit de verschillende informatiebronnen dient te leiden tot integratie van alle verkregen kennis. Toch wordt wel eens geadviseerd om het symptoom als aanwezig te beschouwen zodra het door één bron wordt gerapporteerd (Angold, 2002). Dan zou het voldoende zijn om de symptomen die vanuit diverse bronnen zijn gerapporteerd, bij elkaar op te tellen. Hierbij wordt voorbijgegaan aan de mogelijkheid van over- of onderrapportage. De werkgroep hanteert het principe dat alle informatie die is verkregen en die voor waar wordt aangenomen, wordt gebruikt in de weging. Weging kan eventueel in een teamvergadering plaatsvinden. In het dossier moet vermeld worden welke symptomen van ODD of CD voorkomen en bij elk genoemd symptoom vermeld moet worden wat de informatiebron is. Hierdoor wordt zorgvuldigheid betracht in het stellen van de diagnose. Na besluitvorming over classificatie en beschrijvende diagnose wordt een behandeladvies opgesteld.

Ad 8 Herevaluatie van de diagnose

Over geslacht van het kind of de jongere is het van belang dat in literatuur over oudere kinderen wordt beschreven dat disruptief gedrag bij meisjes zich deels anders lijkt te manifesteren dan de symptomen die in DSM-IV beschreven staan voor ODD en vooral CD. Dit heeft er mee te maken dat de conceptvorming over deze stoornissen voornamelijk voortgekomen is uit onderzoek naar jongens. In zijn algemeenheid wordt naar anderen of op de omgeving gericht (*overt*) schadelijk gedrag, zoals vechten en destructiviteit, meer gezien bij jongens, terwijl internaliserend (*covert*) gedrag zoals angst, verlegenheid, teruggetrokkenheid, overgevoeligheid en somatische klachten meer bij meisjes voorkomen. Zulk internaliserend gedrag kan leiden tot een ander patroon van antisociaal, misbruikend en exploitatief gedrag bij meisjes met ODD of CD. Bepaalde vormen van schendingen van regels en wetten, zoals winkeldiefstal komen bijvoorbeeld vaker voor bij vrouwen. Dit soort heimelijke schendingen worden minder vaak opgemerkt dan het externaliserende gedrag van disruptieve jongens, wat kan leiden tot onderdiagnostiek en onderbehandeling. Zo blijken meisjes met CD minder vaak een strafblad te hebben, maar hebben zij wel vaak politie-

contact gehad. Hiernaar zou ook specifiek gevraagd kunnen worden bij diagnostiek.

Bij diagnostiek bij meisjes is het ook van belang om te bevragen naar relationele agressie, zoals het uitsluiten van anderen, kwaadspreken over anderen, of bestelen van vriendinnen en vrienden. Naast een subgroep meisjes met CD die even ernstig agressief gedrag als jongens vertoont, lijkt er een grotere groep meisjes met CD te bestaan die subtiele sociale agressie en verstoting van anderen vertoont. Vanwege het bedekte karakter van de relationele agressie bij meisjes wordt gesuggereerd dat medeleerlingen de beste informanten kunnen zijn, naast de jongere zelf. Vanuit privacyoverwegingen kan men dit niet doen als een kind wordt aangemeld. Er kan wel een vraag hierover gesteld worden aan de ouders, of in een individueel gesprek met het meisje. Ook is van belang dat informanten van hetzelfde geslacht als het kind of de jongere vaker problematisch gedrag over het hoofd zien. Daarom is het wenselijk om ook te kijken of informanten van beide geslachten kunnen worden benaderd en is het wenselijk om beide ouders in het diagnostische proces te betrekken. Ook is het bij meisjes van belang om eventuele comorbide angst en/of depressie uit te vragen gezien de hoge prevalentie daarvan bij meisjes.

Aanbevelingen

- Voer een breed opgezet onderzoek uit met het oog op de differentiële diagnose met andere psychiatrische stoornissen, zoals een autismespectrumstoornis en comorbiditeit met bijvoorbeeld ADHD of een stemmingsstoornis.
- Informeer in het interview met de ouders over het kind of de jongere behalve naar de gedragsproblemen ook naar:
 - uitstoting uit de groep leeftijdgenoten of aansluiting bij (pre) delinquente leeftijdgenoten;
 - tekorten in sociale vaardigheden;
 - contacten met politie en justitie;
 - zich snel benadeeld voelen;
 - moeite hebben om zich in een ander verplaatsen;
 - moeite hebben met empathie;
 - de neiging hebben om problemen op agressieve wijze op te lossen;
 - weinig oog hebben voor nadelige langetermijngevolgen van gedrag.
- Informeer in het interview met de ouders over het gezin en de familie in het bijzonder naar:
 - individuele problemen van de ouders (ADHD, delinquentie, verslaving, depressie);
 - echtpaarrelatie (wederzijdse ondersteuning in de opvoeding);
 - sociaal netwerk (ondersteuning).

- Informeer in het interview met de ouders in het bijzonder naar kenmerken van de opvoeding:
 - mate van ondersteuning (belangstelling en affectie tonen, gezamenlijke activiteiten ondernemen, helpen en prijzen);
 - mate van mate van regulering (consequent hanteren van regels en afspraken, opdrachten in positieve zin formuleren, milde vormen van ongewenst gedrag negeren, adequaat hanteren van time-out, stellen van gedoseerde negatieve consequenties na ernstige vormen van ongewenst gedrag).
- Verzamel informatie van school zowel over de gedragsproblemen als over de inschatting van het cognitieve niveau.
- Besteed in het interview en de observatie van het kind of de jongere aandacht aan:
 - eigen mening over problemen;
 - mate van probleembesef;
 - mate van lijden onder problemen;
 - motivatie voor verandering;
 - vóórkomen van traumatisering;
 - vóórkomen van specifieke verschijnselen (dwarsheid en opstandigheid; boosheid; prikkelbaarheid; regelovertreding; verbale agressie; weinig emoties; zich snel benadeeld voelen; moeite hebben om zich in een ander te verplaatsen; weinig empathie hebben; onvoldoende besef van normen en waarden; afwijkende normen en waarden).
- Doe bij meisjes specifiek navraag naar internaliserend gedrag, heimelijke of bedekte vormen van antisociaal gedrag, en relationele agressie.
- Indiceer een intelligentieonderzoek als er aanwijzingen zijn voor een achterstand in de cognitieve ontwikkeling op grond van de schoolinformatie, de informatie van de ouders en de eigen inschatting in het psychiatrische onderzoek. Licht de wenselijkheid van een intelligentieonderzoek toe tegenover de ouders en het kind of de jongere.
- Laat bij jonge kinderen standaard intelligentieonderzoek verrichten omdat bij hen ontwikkelingsachterstanden vaak nog niet zijn onderkend en een lagere dan gemiddelde intelligentie consequenties heeft voor het onderwijs.
- Indiceer persoonlijkheidsonderzoek bij jongeren wanneer er aanwijzingen zijn voor een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling. Licht de wenselijkheid van een persoonlijkheidsonderzoek toe aan de ouders en de jongere.
- Voer getrapte diagnostiek uit, waarbij de (meer)waarde van elk onderzoek wordt afgewogen. Niet alles hoeft bij elk kind of jongere te worden ingezet.

- Maak, waar mogelijk, bij het in kaart brengen van problemen zoals die worden waargenomen door de ouders of leraren en door de jongere zelf, gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten. Behalve op een aantal symptomen van ODD en CD geven deze vragenlijsten zicht op symptomen van andere stoornissen; dit is van belang voor overwegingen van de differentiële diagnose en de comorbiditeit.
- Streef niet naar verkorte diagnostiek van ODD en CD, bijvoorbeeld door het gebruik van slechts één vragenlijst of informatie van één informant. Dit wordt afgeraden vanwege de complexiteit van de diagnostiek ODD en CD en de mogelijke consequenties van deze stoornissen.

4 Uitgangspunten rubricerende diagnostiek (classificatie)

De werkgroep is ervan uitgegaan dat de kinder- en jeugdpsychiaters in Nederland ten behoeve van classificatie gebruikmaken van het classificatiesysteem met diagnostische criteria van de DSM (APA, 2000). Voor het stellen van de diagnostische classificatie ODD of CD is naast informatie van het kind of de jongere zelf, minimaal een afname van anamnese bij ouders en/of verzorgers noodzakelijk, naast het inwinnen van informatie bij derden, vooral de leraar.

Het opstellen van een classificatie kent (net als de diagnostische formulering) een procesmatig karakter. Na het eerste contact wordt een differentiële diagnose opgesteld, waarbij tijdens de verschillende onderdelen van het daarop volgende diagnostische proces mogelijke diagnoses vervallen en andere overeind blijven of naar voren komen.

Met het oog op de classificatie wat betreft het in kaart brengen van de symptomen (als onderdeel van de criteria) van de DSM is het nodig dat eventueel tegenstrijdige informatie over de symptomen gewogen wordt en dat in het dossier vermeld wordt op grond van welke informatiebron (ouders, kind of jongere, leraar, eigen observatie) besloten wordt dat het symptoom bij het kind of de jongere voorkomt. In de praktijk komt het voor dat de rubricerende diagnose ODD of CD niet gesteld wordt omdat men vanuit etiologische overwegingen (bijvoorbeeld: de rol van ongunstige omgevingsfactoren) oordeelt dat er niet kan worden gesproken van een psychiatrische stoornis. Bij rubricerende diagnostiek echter, wordt de aanwezigheid van de symptomen nagegaan, mede vanuit het oogpunt van duur en de mate waarin het functioneren wordt beperkt. Als aan de nodige criteria wordt voldaan, wordt de rubricerende diagnose ODD of CD gesteld, onafhankelijk van etiologische overwegingen.

Bij de toekenning van de diagnose dient oog te zijn voor de tijdsduur van de symptomatologie: voor ODD dienen minimaal vier symptomen te zijn voorgekomen in de laatste zes maanden; voor CD minimaal drie symp-

tomen in het afgelopen jaar, waarvan voor één van de drie symptomen tevens geldt dat het moet zijn voorgekomen het afgelopen halfjaar. Voor wat de ernst van de stoornis betreft is het voor CD, maar niet voor ODD nodig om de ernst van de stoornis te vermelden (licht, matig of ernstig). Het aantal symptomen (criteria) kan hierbij als uitgangspunt dienen, maar ook de mate van ernst van afzonderlijke symptomen, onder andere samenhangend met de negatieve consequenties ervan.

Voor ODD is het van belang dat de diagnose kan worden gesteld wanneer de symptomen zich slechts in één setting manifesteren: hetzij thuis, hetzij op school. Abusievelijk wordt de diagnose wel eens niet gesteld wanneer het kind bijvoorbeeld geen evident oppositioneel gedrag vertoont in de schoolsituatie. Indien het gedrag echter alleen voorkomt in het contact met één persoon binnen het gezin, mag de classificatie niet vastgesteld worden (daarvoor zijn classificaties met V-codes beschikbaar zoals ouder-kindrelatieprobleem); als de symptomen voorkomen in relatie tot beide ouders of in relatie tot een ouder en een broer of zus, kan de diagnose ODD wél gesteld worden. Voor het classificeren van ODD dient tevens de comorbiditeit zodanig nagevraagd te worden dat het gelijktijdig bestaan van een psychotische- of stemmingsstoornis wordt uitgesloten. Specifiek voor ODD en CD zijn bij de differentiële diagnose de volgende aandachtspunten in het bijzonder van belang.

- Prikkelbaarheid kan voorkomen in het kader van een dysthyme stoornis, maar ook in het kader van ODD (Stringaris & Goodman, 2009), traumatisering, of een posttraumatische stressstoornis.
- Het niet uitvoeren van opdrachten kan voortkomen uit concentratieproblemen bij ADHD of vanuit dwarsheid en opstandigheid bij ODD.
- Anderen met opzet ergeren en ruziemaken met volwassenen kunnen de uiting zijn van een reactieve hechtingsstoornis, vooral van het ontremde type.
- Oppositionaliteit kan passend zijn bij de omstandigheden en/of leeftijdsfase, vooral de adolescentie. Afgewogen moet worden in hoeverre een kind of de jongere hiermee adequaat omgaat. Deze weging valt meestal goed te doen door het aantal criteria te toetsen en voldoende informatiebronnen te gebruiken.
- Ook middelenmisbruik en verslaving, evenals traumatisering, kunnen gepaard gaan met ernstige gedragsproblemen.
- Bij jonge kinderen komen niet gehoorzamen, driftbuien en fysieke agressie vaak voor. Bij zich gunstig ontwikkelende peuters speelt de behoefte aan autonomie of zelfbepaling een belangrijke rol. Zich gunstig ontwikkelende kleuters gaan bij opdrachten van ouders onderhandelen dankzij hun toegenomen taalvaardigheden, maar zij blijven vanuit een positieve opstelling openstaan voor alternatieven die hun ouders noemen. Klinisch relevant oppositioneel gedrag van kleuters

echter, gaat gepaard met een negatief affect, is hardnekkig en moeilijk om te buigen via negeren of de aandacht afleiden. Driftbuien binnen het gebied van de normaliteit duren kort; klinisch relevante driftbuien daarentegen zijn gemakkelijk op te wekken, zijn langdurig (meer dan 10 minuten), zijn geassocieerd met agressief en destructief gedrag (zoals zich op de grond storten) en vereisen een aanzienlijke inspanning van volwassenen om het kind te kalmeren (Wakschlag e.a., 2005).

- Met het oog op het onderscheid tussen normaliteit en psychopathologie bij jonge kinderen is voor de oppositioneel-opstandige stoornis in DSM-5 het volgende leeftijds criterium opgenomen: om het als symptoom te laten gelden, moet het symptoom bij kinderen onder de 5 jaar op de meeste dagen van de week voorkomen en bij kinderen vanaf 5 jaar op zijn minst één keer per week. Uitzondering hierop vormt het ernstiger symptoom 'hatelijk en wraakzuchtig zijn': dit moet bij alle kinderen in de afgelopen 6 maanden minstens 2 keer zijn voorgekomen.

Ten behoeve van een volledige diagnostische classificatie wordt op het DSM-assessysteem gevraagd om een onderzochte (of vermoede) afwijkende intelligentie te vermelden, naast persoonlijkheidsproblematiek, relevante somatische aandoeningen, psychosociale en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld criminaliteit van ouders; financiële problemen). Belangrijk is dat diagnostici deze aspecten systematisch nalopen dan wel inschatten of aanvullend onderzoek in de loop van het diagnostiektraject aangewezen is. Voor zowel CD als ODD geldt dat op As V de mate van beperking van het sociale functioneren aangegeven wordt met een getal tussen 0 en 100. Deze geeft daarmee de ernst weer van de stoornis, in samenhang met eventuele comorbiditeit.

Aanbevelingen rubricerende diagnostiek (classificatie)

- Loop voor de rubricerende diagnostiek de symptomen van ODD en CD na, besluit tot het voorkomen van het symptoom na weging van de informatiebronnen, en vermeld in het dossier op grond van welke bron het symptoom werd vastgesteld.
- Besef dat etiologische overwegingen zoals de rol van ongunstige omgevingsfactoren geen belemmering mogen vormen voor het stellen van de rubricerende diagnose ODD of CD: als aan de nodige criteria wordt voldaan, wordt de diagnose gesteld.
- Besef dat de rubricerende diagnose ODD kan worden gesteld wanneer de symptomen zich slechts in één setting manifesteren: hetzij thuis, hetzij op school. Indien het gedrag echter alleen voorkomt in het contact met één persoon binnen het gezin, wordt niet de diagnose ODD gesteld maar een V-code (bijvoorbeeld ouder-kindrelatieprobleem).

5 Uitgangspunten beschrijvende diagnostiek

De beschrijvende diagnose (diagnostische formulering) vormt de basis van het behandelplan. Bij beschrijvende diagnostiek (in de NVvP-*Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* structuurdiagnose genoemd) wordt naast classificatie (rubrieksdiagnose) van de vastgestelde stoornissen (inclusief symptomatologie en duur van de symptomen), de eventuele samenhang tussen rubrieksdiagnosen beschreven. Daarnaast wordt de mate van ernst van de stoornissen en de invloed daarvan op het psychosociale functioneren vermeld. Verder worden in de structuurdiagnose overwegingen geformuleerd over factoren die wellicht de stoornis hebben uitgelokt en in stand houden (en daarvan in het bijzonder die factoren die veranderbaar worden geacht), naast de protectieve factoren en sterke eigenschappen. Tevens worden opvallende relationele en interactieve processen vermeld en copingstijlen die ook een rol kunnen spelen bij de symptomatologie.

Er dient voor gewaakt te worden dat men niet ongefundeerd krachtige uitspraken doet over mogelijke etiologische factoren. Niet alleen is het wetenschappelijk inzicht in de etiologie nog beperkt, maar deze kennis op groepsniveau kan nog niet leiden tot uitspraken op het niveau van het individuele kind of de jongere en zijn of haar gezin. Aangezien het hier hypothesen betreft over de pathogenese, is grote voorzichtigheid in de formulering gepast. Ook verdienen factoren die de stoornis(sen) thans in stand lijken te houden, voorrang op die welke de stoornis destijds mogelijk hebben doen ontstaan. Immers, de factoren die de stoornis(sen) thans in stand houden, kunnen beter beoordeeld worden dan die welke soms jaren geleden een rol hebben gespeeld in het ontstaan van de stoornis(sen). Bovendien bieden de factoren die de stoornis(sen) in stand houden, in ieder geval aanknopingspunten voor de behandeling. Dit sluit aan bij het uiteindelijke doel van het opstellen van de structuurdiagnose, namelijk: het vermelden van mogelijke aangrijpingspunten voor behandeling. Vanuit de ernst van de stoornis(sen) en de mate van het psychosociale disfunctioneren volgt een besluit of behandeling dient plaats te vinden, in welke setting en met welke intensiteit deze gegeven wordt en op welke doelen de behandeling zich richt. Bij het opstellen van een beschrijvende diagnose moet de clinicus specifiek alert zijn op de volgende aspecten.

- Er moet voor gewaakt worden dat de luxerende en in stand houdende factoren niet in deterministische zin geformuleerd worden.
- De beschrijvende diagnose dient aanknopingspunten te bieden voor behandeling; daarom dient de aandacht uit te gaan naar factoren die veranderbaar zijn en zowel ODD en CD als comorbide stoornissen in stand houden.

- Het kan voorkomen dat een diagnose niet direct met zekerheid kan worden vastgesteld. Men spreekt dan van een ‘voorlopige diagnose’, gevolgd door een differentiële diagnose. Een voorlopige diagnose kan gehanteerd worden als werkhypothese. Hiermee worden niet alleen mogelijkheden voor detaillering en nuancering opengehouden, maar ook voor de bevinding van een aandoening van andere aard. Het is van belang dat gedurende het diagnostische proces en de op basis hiervan ingestelde behandeling de diagnose ter discussie blijft staan (NVvP, 2004).
- De beschrijvende diagnose moet kunnen leiden tot een uitspraak over de aanbevolen behandeling. Welk type behandeling kan plaatsvinden en op welke wijze dit gebeurt, hoeft niet in de diagnose zelf te staan, maar moet hieruit wel kunnen worden afgeleid.

Aanbevelingen beschrijvende diagnostiek

- Breng bij beschrijvende diagnostiek symptomatologie en duur van de symptomen in kaart, naast etiologische overwegingen: vermoedens over mogelijke etiologische factoren en pathogenese. Beschrijf daarnaast de eventuele samenhang tussen rubricerende diagnoses, naast de mate van ernst van de stoornissen, risicofactoren, sterke kanten, relationele en interactieve processen, en copingstijlen.
- Combineer in de uiteindelijke diagnostische conclusie de classificatie van ODD of CD met een meer specifiek voor het betreffende kind (en systeem) geldend profiel van sterke en zwakke kanten en belangrijke voorvallen uit diens levensgeschiedenis.
- Waak ervoor, ongefundeerd krachtige uitspraken te doen over mogelijke etiologische factoren.
- Geef voorrang aan de factoren die stoornis(sen) thans in stand houden boven die welke de stoornis(sen) destijds mogelijk hebben doen ontstaan. Immers, factoren die stoornis(sen) thans in stand houden, kunnen beter beoordeeld worden dan die welke jaren geleden mogelijk een rol hebben gespeeld in het ontstaan van de stoornis(sen).
- Zorg ervoor dat de beschrijvende diagnose aanknopingspunten biedt voor de behandeling. Belangrijk hierbij zijn de ernst van de stoornis, de nadelige gevolgen van de symptomen voor het actuele psychosociale functioneren en de factoren die de stoornis(sen) thans in stand houden. Welk type behandeling kan plaatsvinden en op welke wijze dit gebeurt, hoeft niet in de diagnose zelf te staan, maar moet hieruit wel kunnen worden afgeleid.

6 Uitgangspunten adviesgesprek

Een gezamenlijk adviesgesprek wordt als afsluiting van het diagnostische proces en voorafgaand aan alle interventies gevoerd met de ouders, en het kind of de jongere. Een goede vertaalslag van diagnostiek naar behandeling vergroot de kans op samenwerking en op behandel succes aanzienlijk (Westerman, 2010). Het is van belang om aan de ouders en het kind of de jongere terug te melden welke probleemgedragingen in het eigen onderzoek zijn waargenomen. Ouders zijn vaak opgelucht dat onderzoekers dit gedrag nu zelf ook hebben geobserveerd. Op inzichtelijke wijze moet voor ouders en kind of jongere worden weergegeven welke diagnose(n) er word(en) gesteld en op basis waarvan onderzoeker tot deze conclusie gekomen is. Bespreking van de ernst van de stoornis is van belang voor het behandeladvies.

Naast het bespreken van de stoornis is het benoemen van individuele sterke en zwakke kanten van een kind en diens systeem onmisbaar voor het adviseren van de passende behandeling. Daarbij worden hypothesen over etiologische factoren besproken, waarbij niet alleen wordt gesproken over mogelijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan van de stoornis, maar vooral aandacht uitgaat naar de factoren die de stoornis in stand houden.

Naast het geven van de meer feitelijke informatie wordt in dit gesprek gepeild of ouders en het kind of de jongere het eens zijn met de aard en ernst van de diagnose en hoe de diagnose ervaren wordt. Aandacht voor stigmatiserende aspecten is daarbij belangrijk, evenals ruimte bieden om misverstanden te bespreken. Ook is het belangrijk om na te gaan wat ouders en het kind of de jongere verwachten van de behandeling. Dit gesprek is er tevens op gericht overeenstemming te krijgen over de doelen van behandeling en de middelen die daarbij ingezet zullen worden. Gestreefd moet worden naar overeenstemming over wie verantwoordelijk is voor het bereiken van de verschillende doelen.

Behandeling kan pas starten als de ouders (en de jongere indien 12 jaar en ouder) en hulpverlener in grote lijnen overeenstemming hebben over diagnose, behandel doelen en in te zetten middelen. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) (1994) heeft deze rechtspositieve aspecten van een behandelrelatie in het belang van patiënten in juridische zin vastgelegd.

Aanbevelingen adviesgesprek

- Sluit het diagnostische proces af met een adviesgesprek met de ouders, en het kind of de jongere.
- Bespreek in het adviesgesprek openlijk welke probleemgedragingen in het eigen onderzoek zijn waargenomen. Ouders zijn vaak opgelucht dat onderzoekers een deel van het gedrag zelf hebben geobserveerd.
- Bespreek de ernst van de stoornis met het oog op de noodzaak (of niet) van het starten van een behandeling.
- Ga na of ouders het eens zijn met de aard en ernst van de diagnose en hoe zij de diagnose ervaren.
- Besef dat ouders de onjuiste vooringenomenheid kunnen hebben dat ODD en CD louter het gevolg zijn van ongunstige omgevingsinvloeden. Bespreek de kwetsbaarheden van het kind of de jongere zelf als risicofactoren voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD.
- Bespreek met de ouders of zij zich kunnen vinden in het behandeladvies en wat hun verwachtingen zijn van de behandeling. Het adviesgesprek is er immers op gericht overeenstemming te krijgen over de doelen van behandeling en de middelen die daarbij ingezet zullen worden.
- Besteed ook aandacht aan sterke eigenschappen van het kind of de jongere, en de ouders, met het oog op het gebruikmaken van het behandel aanbod.

Literatuur

- AACAP. (1997). *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder*. Washington, DC: American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.
- AACAP. (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder*. Washington, DC: American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.
- Angold, A. (2002) Diagnostic interviews with parents and children. In M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed., pp.32-51). Oxford, UK: Blackwell.
- Colins, O., Vermeiren, R., Schuyten, G., Broekaert, E., & Soyez, V. (2008). Informant agreement in the assessment of disruptive behavior disorders in detained minors in Belgium: A diagnosis-level and symptom-level examination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 141-148.
- KNMG. (2011). Standpunt tolken in de zorg. Raadpleegbaar via: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/KNMGstandpunt-Tolken-in-de-zorg-2011.htm>.

- Landelijk kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2010a). Diagnostiek binnen de forensische jeugdpsychiatrie [Webpagina]. Raadpleegbaar via: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Forensische-psychiatrie/Diagnostiek-14/Algemeen-15>.
- Landelijk kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2010b). Diagnostiek bij ODD/CD in kinderen en adolescenten [Webpagina]. Raadpleegbaar via: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/ODD-CD/Diagnostiek-7#.Ub9ZvPnhJBl>.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Matthys, W. (2011). *Gedragstoornissen bij kinderen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd.
- Moffitt, T.E., & Scott, S. (2009). Conduct disorders of childhood and adolescence. In M. Rutter, D.V.M. Bishop, D.S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 543-564). Oxford: Blackwell Publishing.
- Nederlands Jeugd Instituut. (2012). *Databank Instrumenten en Richtlijnen* [Webpagina]. Raadpleegbaar via: <http://www.nji.nl/dirk>.
- NVvP. (2004). *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen*. Amsterdam: Boom.
- Wakschlag, L.S., Leventhal, B.L., Briggs-Gowan, M.J., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., e.a. (2005). Defining the 'disruptive' in preschool behavior: What diagnostic observation can teach us. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 183-201.
- Westermann, G.M.A. (2010). *Ouders adviseren in de jeugd-ggz: Het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek* [dissertatie]. Maastricht: Datawyse/Universitaire Pers.
- Wet van 17 november 1994 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opneming van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. *Staatscourant*, 22 december 1994.

Hoofdstuk 6

Behandeling

Hoofdstuk 6.1 Algemene uitgangspunten behandeling

Hoofdstuk 6.2 Psychologische behandelingen

Hoofdstuk 6.3 Farmacologische behandeling

Hoofdstuk 6.4 Behandelmethoden op elkaar afstemmen

Hoofdstuk 6.1

Algemene uitgangspunten behandeling

1 Inleiding

Een groot goed van het ontwikkelen van evidence-based medicine is dat we steeds meer inzicht krijgen in welke behandelingen werkzaam zijn, en zo mogelijk ook of behandelingen kosteneffectief zijn. Een van de gevaren die schuilt in het toekennen van bewezen werkzaamheid aan specifieke behandelmethodes is dat deze methodes min of meer klakkeloos toegepast gaan worden zonder aandacht voor de bredere context waarbinnen de behandeling vormgegeven wordt. Om een parallel te trekken naar koken: het volgen van een recept wil nog niet zeggen dat het eten lekker wordt. Essentieel is het gebruik van de juiste instrumenten, het toepassen met feeling en goede timing, en een aangepaste werkomgeving.

Alvorens in te gaan op specifieke interventies (hoofdstuk 6.2 en 6.3), gaan we in dit hoofdstuk daarom eerst in op enkele algemene uitgangspunten die we voor behandeling en het beoordelen van de literatuur belangrijk vinden. Voor het beoordelen van het predikaat bewezen werkzaam is het nodig dat men de betekenis kent van enkele statistische en onderzoekstheoretische begrippen. Daarna zal stilgestaan worden bij het vormgeven van de context van de behandeling.

2 Effectiviteit

In de hoofdstukken over behandeling richten we ons op effectieve en in opzet curatieve psychologische en medicamenteuze interventies bij de behandeling van ODD en CD. Effectiviteit wordt in het kader van deze gedragsstoornissen geoperationaliseerd in termen van: afname van probleemgedrag zoals prikkelbaarheid, opstandigheid en verbale of fysieke agressie; of een verbetering van sociale aanpassing of sociale vaardigheden. In de wetenschappelijk onderzoek is *Cohen's d* de meest gebruikte maat voor het berekenen van een effectgrootte (*effect size*, ES) van bijvoorbeeld het verschil op een uitkomstmaat tussen de interventiegroep en de controlegroep. Cohen's *d* is gedefinieerd als het verschil tussen 2 gemiddelden gedeeld door de standaarddeviatie: een positieve waarde van *d* duidt op een gunstig effect van de onderzochte interventie. Een *d* van 0,20 komt overeen met een klein effect, een *d* van 0,50 komt overeen met een middel-

matig of matig groot effect, en een d van 0,80 komt overeen met een groot effect.

Tabel 6.1.1 Cohen's d en effectgrootte

<i>Cohen's d</i>	<i>Effectgrootte (ES)</i>
0,20	Klein
0,50	Middelmatig
0,80	Groot

Aangetekend moet worden dat een grotere effectgrootte (ES) vaker gevonden wordt als er bij de voormeting sprake was van een meer ernstige problematiek. Omgekeerd kan een effectgrootte klein zijn als bij voormeting weinig symptomen aanwezig waren. Bij ernstige problematiek kan zelfs een kleine effectgrootte klinische relevant zijn, bijvoorbeeld in het verminderen van lijdensdruk of het voorkomen van verdere achteruitgang, en maatschappelijk relevant, bijvoorbeeld in het verminderen van kosten. De beoordeling van de literatuur naar bewezen effectieve interventies bij ODD en CD wordt gecompliceerd door het gegeven dat de meeste onderzoeken zich richten op gedragsproblemen in brede zin in plaats van op ODD en CD. Voorbeelden van omschrijvingen van gedragsproblemen in brede zin zijn disruptief gedrag met inclusie van ADHD, algemene externaliserende problematiek, of moeilijk hanteerbaar gedrag op de kleuterleeftijd. Er zijn minder onderzoeken voorhanden die zich heel specifiek richten op de klinische populatie van kinderen en jongeren met ODD en CD. Ofschoon we de richtlijn specifiek voor ODD en CD geschreven hebben, maken we in dit hoofdstuk over behandeling hierop een uitzondering; ook onderzoeken bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen maar zonder vastgestelde diagnose ODD of CD werden hierbij betrokken. In het algemeen is het effect groter naarmate de problematiek meer uitgesproken is (bijvoorbeeld vergelijking tussen behandelonderzoeken en preventieve onderzoeken), maar of dit ook geldt voor de meest ernstige vormen van ODD en CD, is onzeker. Waar onderzoek verwijst naar een breder gedefinieerd concept van gedragsproblemen, wordt dit expliciet vermeld.

3 Werkzame elementen psychologische behandelingen

Zodra van een behandeling effectiviteit is aangetoond, dient zich ook de vraag aan waarom deze specifieke methode werkzaam is: wat zijn de elementen die een interventie effectief maken? Wat is het relatieve aandeel van therapiefactoren, therapeutfactoren en kind- en ouderfactoren in het effect van de behandeling? (Zie onder andere Garland e.a., 2008; Eyberg

e.a., 2008.) Door meer zicht te krijgen op de werkzame elementen, kunnen behandelingen verbeterd worden of specifiekere op subgroepen toegesneden worden. Ook kunnen de bevindingen ondersteunend zijn bij het inrichten van een doelmatige behandelcontext.

Overzicht van de empirische evidentie

Garland e.a. (2008) deden onderzoek naar de werkzame factoren van psychologische behandelingen op basis van literatuuronderzoek gecombineerd met de mening van diverse experts in het veld. Eerst stelden zij acht bewezen effectieve behandelingen vast voor kinderen van 4-13 jaar met een disruptieve gedragsstoornis. Daarna werden van deze acht behandelvormen de gemeenschappelijke elementen vastgesteld. Vervolgens beoordeelden experts (delphi-methode) de relatieve waarde van elk element voor de behandel-effectiviteit. Bij de oudertrainingen kwamen de volgende werkzame elementen naar voren:

- principes van positieve bekrachtiging;
- principes van effectieve begrenzing en bestraffen;
- bevorderen van een positieve ouder-kindrelatie;
- vergroten van probleemoplossende vaardigheden;
- training om boosheid te reguleren;
- algemene psycho-educatie;
- gebruik van huiswerkopdrachten;
- praktisch oefenen van gedrag in een rollenspel;
- de therapeut staat actief model;
- verschaffen van achtergrondmateriaal zoals literatuur en video;
- behandeldoelen stellen en evalueren.

Voor vaardigheidstrainingen van de kinderen kwamen de volgende werkzame elementen naar voren:

- probleemoplossende vaardigheden vergroten;
- training om boosheid te reguleren;
- focus op herkennen en begrijpen van eigen emoties;
- training in het anticiperen op terugval;
- positieve bekrachtiging van gewenst gedrag;
- algemene psycho-educatie;
- gebruik van huiswerkopdrachten;
- praktisch oefenen van gedrag in een rollenspel;
- de therapeut staat actief model;
- achtergrondmateriaal zoals literatuur en video verschaffen;
- behandeldoelen stellen en evalueren.

Experts vinden eveneens dat een behandeling minstens uit twaalf sessies moet bestaan met wekelijkse contactmomenten, dat de sessies per keer ongeveer een uur moeten beslaan, en dat zowel kinderen als de ouders moet participeren (Garland e.a., 2008).

Samenvatting van de empirische evidentie:

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen voor werkzame elementen in oudertrainingen en vaardigheidstrainingen voor kinderen. D: Garland, 2008.
-----------------	---

Praktijkrelevante overwegingen

Een belangrijk aandachtspunt is dat men zich ervan moet verzekeren dat het behandelstelsel voldoende uitgerust is om de geadviseerde behandelingen op een goede manier vorm te geven: is de behandelorganisatie in staat voldoende te waarborgen dat de werkzame elementen van een behandeling gehandhaafd blijven? Voor de diverse psychologische interventies bestaat er gemiddeld genomen een klein tot middelmatig behandel­effect bij de behandeling van ODD en CD. Dit effect is gemeten onder optimale omstandigheden (bijvoorbeeld behandelingen gegeven door gecertificeerde therapeuten) bij onderzoeksgroepen die niet altijd representatief zijn voor de klinische populatie. Tegen deze achtergrond mag men zich afvragen hoe de effectgrootte is in de alledaagse klinische praktijk waarin therapeuten soms niet gecertificeerd zijn en minder tijd hebben terwijl de kinderen en jongeren met ODD of CD en hun gezinnen vaak gekenmerkt worden door een grote complexiteit.

Om eenzelfde effectgrootte te benaderen, zal het behandelstelsel zo optimaal mogelijk ingericht moeten zijn. Een parallel met de chirurgische praktijk waarbij aangetoond is dat een bepaalde frequentie van uitvoering nodig is om operaties state of the art uit te voeren, is aannemelijk. Ook binnen de psychiatrische behandeling van ODD en CD zal men voldoende vaak met de problematiek in aanraking moeten komen om in staat te zijn deze complexe en vaak hardnekkige problematiek adequaat te behandelen.

Checklist inrichting behandelstelsel

- Zijn de therapeuten voldoende opgeleid?
 - Handhaven therapeuten de integriteit van het behandelprotocol?
 - Krijgen therapeuten regelmatig supervisie?
 - Hebben therapeuten voldoende uren beschikbaar, zowel voor behandeling als voor overheadtijd (administratie, overleg, reflectie)?
 - Omvat het gebruikte behandelprotocol voldoende werkzame ingrediënten?
 - Bestaan er binnen de organisatie mogelijkheden tot doelgroepspecialisatie?
-

Aanbevelingen

- Zorg voor goed opgeleide trainers die de integriteit van het behandelprotocol handhaven en regelmatig het eigen handelen evalueren binnen een supervisiemodel.
- Zorg voor voldoende behandel- en overheadtijd van therapeuten en stuur binnen de organisatie op doelgroepspecialisatie.

4 Mediatoren en moderatoren in psychologische behandelingen

In onderzoek naar de effectiviteit van psychologische behandelingen wordt vaak nagegaan of bepaalde factoren een medierende of modererende invloed hebben op het behandel-effect. Een mediator is een factor die het causale verband tussen interventie en het gemeten behandel-effect verklaart, bijvoorbeeld: in welke mate wordt het gunstige effect van een oudertraining in opvoedingsvaardigheden op de afname van opstandig gedrag verklaard door het adequater geven van opdrachten of het meer consequent omgaan met dwars gedrag? Een moderator is een factor die de grootte en richting van het behandel-effect bepaalt, bijvoorbeeld: in welke mate wordt het genoemde effect beïnvloed door de ernst van het probleemgedrag bij aanvang van de behandeling of door de leeftijd van het kind? (Baron & Kenny, 1986). Voor een illustratie van deze begrippen, zie figuur 6.1.1.

Empirische evidentie

Mediatieonderzoek is complex en wordt daarom relatief weinig uitgevoerd (Kazdin & Nock, 2003). In algemene zin kan geen uitspraak worden gedaan over het effect van mediatie, aangezien die per definitie afhankelijk is van de specifieke interventiemethode. Er zijn aanwijzingen voor een mediatie-effect bij de meest onderzochte psychologische behandelingen, namelijk de oudertraining in opvoedingsvaardigheden (bijvoorbeeld DeGarmo e.a., 2004; Posthumus e.a., 2012), en in mindere mate bij de cognitieve gedragstherapie voor kinderen (bijvoorbeeld Lochman & Wells, 2002). Ook het effect van moderatoren is afhankelijk van de interventiemethode, maar bovendien van de kenmerken van de steekproef van de studie. Wellicht om die reden zijn er veel tegenstrijdige bevindingen in het onderzoek naar moderatoren.

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 3

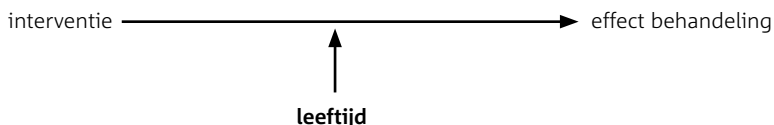
Er zijn aanwijzingen voor een mediatie-effect van de oudertraining. DeGarmo e.a., 2004; Posthumus e.a., 2012.

Figuur 6.1.1 Mediatoren en moderatoren

Mediator:



Moderator:



5 Empirische en klinische aspecten van een adequate behandeling

Behalve de inzet van bewezen effectieve behandelmethoden is ook voldoende klinische ervaringskennis nodig om adequaat evidence-based te kunnen werken. Juist de klinische ervaring leert dat het van belang is regie te voeren over het gehele behandelproces van aanmelding tot afsluiting om de kans op een succesvolle behandeling te vergroten. Zowel psychologische behandelingen als medicamenteuze interventies moeten daarom ingebed zijn in een bredere behandelcontext.

Overzicht van de empirische evidentie

Hoewel onder andere buitenlandse richtlijnen (AACAP en NICE) wijzen op het belang van een adequate behandelcontext, is er nauwelijks empirisch onderzoek dat dit goed onderbouwt. In de studie van Hogue e.a. (2008) komen aanwijzingen naar voren dat een goede werkrelatie van belang is. In deze studie werd namelijk onderzocht wat het effect op behandeluitkomst was van zowel de kwaliteit van de werkrelatie als van de competentie van de therapeut. Het onderzoek betrof adolescenten die een diagnose middelennisbruik en gerelateerde gedragsproblemen hadden. Van de jongeren kregen er 62 individuele cognitieve gedragstherapie (*cognitive behavioral therapy*, CBT); 74 adolescenten werden toegewezen aan Multi Dimensional Family Treatment (MDFT). Bij de groep die CBT kreeg, was er een grotere afname in middelennisbruik wanneer de therapietrouw groter was. Bij zowel CBT als MDFT was sprake van een vermindering van externaliserend gedrag bij grotere therapietrouw. Er werd geen invloed gevonden van de

competentie van de therapeut. Dit is waarschijnlijk te wijten aan grote variaties in subjectieve waardering van deze competenties tussen de verschillende beoordelaren. In het algemeen zijn therapeutische competenties niet gemakkelijk te meten.

In de studie van Garland e.a. (2008) vinden de experts dat het van belang is dat er een goede werkrelatie is met consensus over de behandeldoelen en opbouwen van een wederkerige affectieve band. Aangenomen wordt dat het samenwerken met de therapeut (*alliance*) en grotere therapietrouw (*adherence*) leiden tot minder uitvallers tijdens behandeling. Daarmee is een grotere effectiviteit te verwachten.

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat een goede werkrelatie de behandeluitkomst kan verbeteren bij jongeren met middelenmisbruik en gerelateerde gedragsproblemen.
Hogue, 2008.

Niveau 4 Experts vinden dat bij de behandeling van ODD en CD een goede werkrelatie van belang is om de effectiviteit van de behandeling te vergroten. De werkrelatie moet gebaseerd zijn op consensus over de behandeldoelen en opbouw van een wederkerige affectieve relatie.
Garland, 2008.

Praktijkrelevante overwegingen

Tijdens het proces van diagnostiek, advisering en behandeling dient men afwegingen te maken over timing, prioritering en proportionaliteit van interventies. Zo kan ontbrekende veiligheid van een jongere in het gezin reden zijn om eerst andere maatregelen te nemen: voor bescherming van het kind. Vaak is in deze situaties een samenwerking met Bureau Jeugdzorg aan de orde. Bureau Jeugdzorg kan specifieke interventies inzetten voor het wegnemen van gevaar. In meer ernstige situaties wordt daarbij een onmiddellijke uithuisplaatsing overwogen, eventueel een ontheffing uit de ouderlijke macht.

Waar nodig wordt gewerkt met een behandelkader gefundeerd op verschillende gradaties van extrinsieke motivatie of dwang. Dit kan variëren van orthopedagogische plaatsing tot een juridische maatregel. Bij een onder-toezichtstelling (OTS) wordt aan het gezin een gezinsvoogd toegevoegd die mede het gezag draagt en beslissingen neemt over de veiligheid van de jongere. Voor de therapeut heeft dit als voordeel dat hij of zij daarmee op de behandelstoel kan blijven zitten en zowel met ouders als jongere een behandelrelatie kan aangaan. Behandelingen bij ODD en CD kunnen ook

niet starten als in de actualiteit sprake is van agressie tegen het behandelstelsel of als sprake is van ernstige vormen van gedrag waarbij de jongere zichzelf beschadigt of ernstig in gevaar brengt, zoals bij automutilatie, suïcidaliteit en middelenmisbruik.

Checklist aanvullende afwegingen voor start behandeling

- Is het de fysieke en emotionele veiligheid van de jongere binnen het gezin voldoende gegarandeerd?
 - Is er een bepaalde mate van extrinsieke motivatie of dwang nodig?
 - Is er actuele agressie tegen het behandelstelsel waardoor behandeling niet kan beginnen?
 - Is er sprake van een ernstige vorm van (auto)agressief gedrag die prioriteit in behandeling behoeft?
 - Staat de geadviseerde behandeling in proportie tot de ernst en omvang van de problematiek?
-

Daarnaast moeten diverse aspecten van de werkgelatione in beeld gebracht en bewerkt worden. Beoordeeld wordt of er in de loop van het diagnostisch proces, dankzij interventies van de diagnosticus, sprake is van voldoende intrinsieke motivatie voor de behandeling, en of er consensus bestaat over de diagnostiek en de behandeldoelen. Waar nodig worden motiverende technieken ingezet. De relatie tussen de patiënt en de behandelaar moet berusten op voldoende wederzijds vertrouwen. Behandeldoelen moeten zo veel mogelijk geformuleerd worden in de taal van het patiëntstelsel zelf en op een competentiegerichte, concrete en specifieke manier. Dit vraagt om een proces van overleg waarin samen met het patiëntstelsel haalbare behandeldoelen in onderlinge overeenstemming geformuleerd worden. Een ondubbelzinnige en concrete formulering kan de samenwerking positief beïnvloeden en wantrouwen wegnemen. Vanuit de therapeut is een niet-veroordeelende maar wel grenzen stellende houding belangrijk om samenwerking te faciliteren. Bij kinderen en jongeren met een reactieve hechtingsstoornis dient bijzondere aandacht besteed te worden aan de opbouw van de behandelrelatie.

Checklist werkgelatione en motivatie

- Is er sprake van een voldoende werkgelatione en motivatie tot verandering bij zowel de ouders als de jongere?
 - Hebben behandelaars en patiëntstelsel een gedeelde probleemdefinitie en bestaat er overeenstemming over behandeldoelen?
-

Ook moet de haalbaarheid van een behandeling nog afgewogen worden tegen de achtergrond van eventuele praktische belemmeringen of factoren die de draagkracht van ouders of jongere ernstig ondermijnen. Zo kan het zijn dat er op grond van de diagnostiek een duidelijke indicatie bestaat voor een oudertraining waar toch van afgezien moet worden omdat draagkracht bij ouders ontbreekt. Het gaat hierbij nadrukkelijk om relatieve contra-indicaties. Denk bijvoorbeeld aan ouders met een verslaving of een ernstige depressie die te veel interfereert. Of denk aan ouders die door socio-economische factoren niet over voldoende middelen beschikken om naar een behandelcentrum te reizen. In deze situatie kan het van belang zijn eerst ondersteuning te bieden bij de actuele problemen van respectievelijke gezinsleden.

Checklist mogelijkheden patiëntensysteem

- Is er voldoende draagkracht om de behandeling aan te gaan en vol te houden bij ouders en/of verzorgers; dit gegeven maatschappelijke, psychologische en psychiatrische problemen?
 - Zijn er praktische belemmeringen die het volgen van een behandeling in de weg staan? Denk bijvoorbeeld aan reisproblemen, geen verlof kunnen krijgen.
-

De nadere besluitvorming over de inrichting van het behandelproces voor een individuele patiënt berust op het klinische oordeel van de professional. Er kunnen altijd redenen zijn om van de richtlijn ODD en CD af te wijken. De motivatie om een andere route te kiezen, moet dan beargumenteerd in het dossier beschreven worden. Wel verdient het aanbeveling ambulante interventies zo vroeg mogelijk in te zetten, om institutionalisering, aggregatie van risicogroepen en *deviancy training* (het van elkaar leren van de verkeerde dingen) te voorkomen (Dishion e.a., 1999). Dit geldt des te meer omdat de effectiviteit van enkele ambulante behandelingen aangetoond is, dit in tegenstelling tot residentiële behandelingen.

Aanbevelingen

- Ga na of de fysieke en emotionele veiligheid van het kind of de jongere binnen het gezin voldoende is gegarandeerd.
- Ga na of een ernstige vorm van (auto)agressief gedrag prioriteit behoeft in de behandeling.
- Start geen behandeling bij agressie tegen het behandelstelsel.
- Ga na of behandelaars en patiëntensysteem een gedeelde probleemdefinitie hebben en of er overeenstemming is over de behandeldoelen.
- Ga na of er voldoende motivatie tot verandering aanwezig is dan wel of extrinsieke motivatie of dwang nodig is.

- Beoordeel of de draagkracht om de behandeling aan te gaan en vol te houden bij de ouders of verzorgers voldoende is, gegeven maatschappelijke, psychologische en psychiatrische problemen.
- Ga na of er praktische belemmeringen zijn die het volgen van een behandeling in de weg staan (reisproblemen, verlof).
- Zorg binnen de behandeling voor een goede werkwetenschap met wederzijds vertrouwen. Wantrouwen wordt weggenomen als behandelobjectief positief en zo concreet mogelijk worden geformuleerd in de taal van het patiëntensysteem zelf. Formuleer conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zowel de behandelobjectief op korte termijn en langere termijn, als de verschillende behandelmethodes om die objectief te bereiken.
- Zet tijdig ambulante interventies in om institutionalisering met aggregatie van jongeren met gedragsproblematiek zo veel mogelijk te voorkomen.

Literatuur

- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- DeGarmo, D.S., Patterson, G.R., & Forgatch, M.S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5, 73-89.
- Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M., & Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychological treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Garland, A.F., Hawley, K.M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M.S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.
- Hogue, A., Henderson, C.E., Dauber, S., Barajas, P.C., Fried, A., & Liddle, H.A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Kazdin, A.E., & Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.

- Lochman, J.E., & Wells, K.C. (2002a). Contextual social-cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology, 14*, 945-967.
- Posthumus, J.A., Raaijmakers, M.A.J., Maassen, G.H., van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 487-500.

Hoofdstuk 6.2

Psychologische behandelingen

1 Hoofdlijnen

In Nederland is het gebruikelijk de behandeling van ODD en CD te starten met psycho-educatie over de stoornis en ouderbegeleiding gericht op de opvoeding. Daarna is er een heel scala aan methodieken beschikbaar die alle ontwikkeld zijn voor de behandeling van ODD en CD. De verschillende psychologische behandelingen richten zich in grote lijnen op de factoren die verondersteld worden ten grondslag te liggen aan het ontstaan en vooral het in stand houden van ODD en CD. Overkoepelende behandeldoelen zijn daarom het vergroten van disciplinerende en affectieve opvoedingsvaardigheden van ouders, het vergroten van zelfregulerende en prosociale vaardigheden bij het kind of de jongere, en het verbeteren van het gezinsfunctioneren.

Hiermee samenhangend zijn overwegend behandelmethodieken ontworpen met een gedragstherapeutische of systeem- of gezinstherapeutische signatuur. Deze behandelvormen komen dan ook het meest in onderzoek naar voren. Bij de nadere beschrijving van de effectiviteit van interventies zullen wij de hoofdstromingen van de diverse methodes van behandeling bespreken en niet ingaan op de uitwerking van die methoden in behandelprogramma's. Voor nadere informatie over specifieke behandelingen verwijzen wij naar de websites van respectievelijk het Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) en van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut (www.nji.nl).

Overzicht van de empirische evidentie

Volgens verschillende meta-analyses die meegenomen zijn in deze richtlijn, blijkt dat de effectgrootte van psychologische interventies in het gebied van klein tot middelmatig te vallen. Hierbij moet aangetekend worden dat de onderzoeken van een verschillende kwaliteit zijn. Ook zijn er verschillen in definiëring van de gedragsproblematiek en maten van gedragsverandering. De methoden waarvan het effect het duidelijk is aangetoond, zijn: *behavioral parent training* (oudertraining), *cognitive behavioral therapy* (cognitieve gedragstherapie) en *systems of family therapy* (systemische behandeling).

Tabel 6.2.1 Onderzoek naar psychologische behandeling

Onderzoek	Kwaliteit	Jaar publicatie	Aantal kinderen of onderzoeken	Leeftijd in jaren	Interventie	ES
Maughan e.a., 2005	A2	2005	2.083 kinderen	3-16	BPT	0,30
McCart e.a., 2006	?	2006	2.745 kinderen	6-18	CBT	0,35
McCart e.a., 2006	?	2006	1.892 kinderen	6-18	BPT	0,47
Lundahl e.a., 2006	A2	2006	63 onderzoeken	?	BPT	0,42
Fossum e.a., 2008	?	2008	4.971 kinderen	?	CBT, BPT, FT	0,62
Kaminski e.a., 2008	A1	2008	77 onderzoeken	0-7 jr	BPT	0,43
Litschge e.a., 2010*	A1*	2010	17 meta-analyses	9.7**-18	BPT, CBT	0,49
Litschge e.a., 2010*	A1*	2010	21 meta-analyses	Tot 18	FT	0,41

* Litschge e.a., 2010 betreft een gestapelde meta-analyse die in totaal 26 meta-analyses meeneemt (2.000 onderzoeken)

** 9.7: 9 jaar en 7 maanden

BPT: behavioral parent training; CBT: cognitive behavioral therapy; ES: effect size [effectgrootte]; FT: family therapy

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 1	<p>In meta-analyses is aangetoond dat de effectgrootte van de volgende methoden klein tot middelmatig zijn:</p> <p><i>behavioral parent training</i> (oudertraining);</p> <p><i>cognitive behavioral therapy</i> (cognitieve gedragstherapie);</p> <p><i>systems of family therapy</i> (systemische behandeling).</p> <p>A1: Kaminski, 2008; Lundahl, 2006; A2: Litsche, 2010; Fossum, 2008; Maughan, 2005.</p> <p>B: McCart, 2006.</p>
-----------------	---

Praktijkrelevante overwegingen

Tot dusverre hebben de interventies voor ODD en CD zich vooral gericht op de in het oog springende gedragsproblemen die bij deze stoornissen behoren. Zoals al in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.1) beschreven, maakten Stringaris en Goodman (2009) aannemelijk dat binnen ODD verschillende dimensies te onderscheiden zijn met een eigen etiologie, prognose

en responsiviteit op behandeling. Zij bechreven drie symptoomclusters: brutaal en koppig gedrag; een boze en prikkelbare stemming; wraakzuchtig gedrag. Zo bleek de aanwezigheid van de dimensie boze en prikkelbare stemming een voorspeller voor emotionele stoornissen zoals angststoornissen en depressie later in het leven. Bij de verdere ontwikkeling van behandelmethodes zou specifiek met deze dimensies rekening gehouden moeten worden, en vooral met de stemmingscomponent. Aan de emotieregulatieproblemen die met een dysfore (boze) stemming samenhangen, wordt in cognitieve gedragstherapie wel aandacht besteed wanneer gewerkt wordt aan het beter leren omgaan met boosheid.

Bij de psychologische behandelingen is ook weinig aandacht voor het onderscheid dat door Dodge en Coie in 1987 werd gemaakt in proactieve en reactieve agressie (voor de betekenis voor ODD en CD, zie: Kempes e.a., 2005). Proactieve agressie werd door hen gezien als berekenend, instrumenteel en doelgericht. De dader heeft een bepaald belang of doel voor ogen dat hem of haar motiveert of beloont. Vaak is er voldoende zelfvertrouwen en sociaal inzicht. Reactieve agressie zagen zij als een veelal emotionele en impulsieve reactie op vijandigheid of bedreiging. Deze provocaties hoeven niet in de realiteit aanwezig te zijn, maar worden in ieder geval door de agressieve persoon zo ervaren. Deze kinderen en jongeren interpreteren hun omgeving vaak vijandig terwijl daar geen grond voor is.

In de klinische praktijk is het echter lastig om deze twee vormen van agressie goed te onderscheiden. Vaak bestaan bij een persoon beide vormen van agressie, of zijn zelfs binnen een agressieve handeling aspecten van proactief en reactief gedrag te onderkennen. Toch is het onderscheid tussen beide vormen van agressief gedrag zinvol. Beide vormen vragen immers om een verschillende behandeling. Zo zijn bij reactieve agressie gepaard gaand met hoog oplopende boosheid, belangrijke onderwerpen in de cognitieve gedragstherapie: vijandige intentietoekenning en boosheids-hantering.

Halverwege de kindereleeftijd gaan jongens en meisjes verschillen in de uitingsvorm van gedragsproblemen. Bij jongens is dan over het algemeen sprake van meer frequente en openlijke agressie. In tegenstelling hiermee wordt bij meisjes een andere vorm van agressie onderscheiden, de zogeheten relationele agressie. Onder relationele agressie wordt gedrag verstaan dat erop gericht is een ander te kwetsen door afbreuk te doen aan zijn of haar relaties met anderen (Crick & Grotpeter, 1995). Voorbeelden van relationele agressie zijn roddelen, negeren, buitensluiten of manipuleren door vorming van wisselende coalities. Deze vorm van agressie is een meer verstopte vorm en wordt door omstanders moeilijker waargenomen. Hipwell en Loeber (2006) stelden vast dat in vele onderzoeken met gemengde steekproeven niet gekeken is naar seksspecifieke uitkomsten.

Zij vinden het aannemelijk dat sommige gedragingen van meisjes, zoals relationele agressie, onvoldoende in interventies en onderzoeken meegenomen zijn. Door de matige zichtbaarheid wordt relationele agressie aldus te weinig onderkend, en bij behandelingen vaak onderbelicht.

Een algemeen probleem bij de behandeling van ODD en CD is dat er vaak sprake is van grote groepen uitvallers tijdens de behandeling. Veel kinderen worden dus niet of onvoldoende bereikt met de ons beschikbare behandelmethoden. Hoe deze uitval te verklaren en eventueel te voorkomen is, verdient nader onderzoek. Nock en Kazdin (2005) stellen dat vooral bij vaardigheidstrainingen en/of gedragstherapie met een overwegend focus op gedragsverandering het gevaar bestaat dat maatregelen gericht op het vergroten van therapietrouw en motivatie te weinig aan bod komen. Zij stellen voor de eerste interventies specifiek op vergroten van therapietrouw te richten.

Ook is onvoldoende goed onderzocht of gemeten behandel-effecten kort na behandeling leiden tot een uiteindelijke betere prognose later in het leven. Een recent voorbeeld van dergelijk onderzoek is de studie van Dekovic e.a., uit 2011. Zij deden bij volwassenen follow-uponderzoek van diverse programma's naar de langetermijneffecten op delinquentie en een aantal andere indicatoren. Er was een klein maar significant effect meetbaar op criminaliteit. (OR 1,26; $p = 0,011$). Meer positieve en consistente uitkomsten waren er op gebied van scholing en arbeidsdeelname. (OR 1,36; $p < 0,001$). Dit soort onderzoek moet vaker gerepliceerd worden om te bezien of deze resultaten bestendig zijn.

Aanbevelingen

- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit. Die programma's behoren tot de volgende behandelmethoden:
 - *behavioral parent training* (oudertraining);
 - *cognitive behavioral therapy* (cognitieve gedragstherapie);
 - *systems of family therapy* (systemische behandeling).
- Begin bij elke psychologische behandeling met interventies voor vergroten van de therapietrouw.
- Ga na in welke mate er sprake is van reactieve en van proactieve agressie. Besteed bij reactieve agressie in de behandeling aandacht aan impulsiviteit, vijandige intentietoekenning en boosheidshantering.
- Onderzoek bij meisjes of sprake is van relationele agressie en maak relationele agressie expliciet focus van behandeling.
- Besteed in de behandeling van ODD ook aandacht aan de affectieve en stemmingscomponent: boos en gepikeerd zijn, prikkelbaar zijn en zich gemakkelijk aan anderen ergeren, driftig zijn.

2 Psycho-educatie

Psycho-educatie is het proces van verstrekken van relevante informatie over het ziektebeeld en de mogelijke behandelwijze van ODD of CD.

Psycho-educatie wordt gegeven zowel aan ouders en of overige opvoeders als aan het betrokken kind of de jongere zelf. Het geven van deze informatie leidt in het gunstigste geval tot andere inzichten over het gedrag van het kind en de jongere, en daarmee eventueel ook tot een andere, meer positieve gekleurde ouder-kindinteractie.

Door het ervaren van meer grip op de gedragsproblemen van het kind en de jongere kunnen deze in frequentie en ernst verminderen. Voor het kind of de jongere zelf zal de informatie concreter aangeboden worden op een manier die passend is bij het ontwikkelingsniveau. Kinderen en jongeren leren daarbij bewuster te kijken naar de eigen beperkingen en mogelijkheden. Om te voorkomen dat zowel ouders als kinderen en jongeren zich veroordeeld voelen en om een hoopgevend perspectief te bieden, heeft het de voorkeur psycho-educatie zo veel mogelijk in positieve termen te formuleren: 'Wat moet ik nog leren' in plaats van: 'Wat doe ik verkeerd'. In het behandelproces van psycho-educatie komen vaak breed gedeelde negatieve of argwanende overtuigingen naar voren die bewerkt en genuanceerd kunnen worden. De rouw die dit oproept, maar ook de verwerking en acceptatie van de implicaties van de diagnose, horen zowel voor ouders als jongeren ook bij psycho-educatie.

Overzicht van de empirische evidentie

Er zijn geen publicaties gevonden specifiek over psycho-educatie bij ODD dan wel CD. In de Nederlandse richtlijn voor ADHD verwijst men naar een artikel van Konijn e.a. (1997) waarin men stelt dat psycho-educatie kan leiden tot realistische verwachtingen van de behandeling en daarmee tot grotere tevredenheid over de hulpverlening. Goede voorlichting zou leiden tot betere acceptatie van zowel farmaceutische als psychosociale behandelingen. Tot slot wordt in de richtlijn ADHD ingegaan op het beïnvloeden met behulp van van psycho-educatie van cognities van ouders over zichzelf, hun kind en hun opvoedgedrag. Deze cognities zouden voor ADHD de behandeluitkomst voorspellen.

Vanuit de beroepsvereniging voor psychiaters zijn sinds 2007 folders ontwikkeld over gedragsstoornissen. Hierin wordt psycho-educatie expliciet als onderdeel van de behandeling genoemd. In de richtlijnen van het AACAP-consensusdocument van NICE over ODD en CD noemt men psycho-educatie niet afzonderlijk. In deze richtlijnen lijkt het impliciet te gaan om een samengaan van training en educatie.

Samenvatting empirische evidentie

Niveau 4

Er is geen literatuur die het effect van psycho-educatie bij ODD of CD onderzocht heeft. Indirecte evidentie geeft aanwijzingen dat psycho-educatie een positieve invloed heeft op verwachtingen, behandelresultaten en opvattingen van ouders over zichzelf, hun kind en hun opvoedgedrag.

D: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005.

Praktijkrelevante overwegingen

Op basis van klinische ervaring en de praktijk is het aannemelijk dat methodische psycho-educatie aan ouders invloed heeft op de cognities van de ouders over hun kind, en leidt tot meer realistische verwachtingen over mogelijkheden en beperkingen. Hierdoor neemt waarschijnlijk het aantal negatieve ouder-kindinteracties af. Naast het verminderen van deze ouderlijke vooringenomenheid kan psycho-educatie ook weer hoop voor de toekomst geven. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is dit een algemeen gedragen opvatting.

Over psycho-educatie aan kinderen en jongeren is nog minder bekend dan over psycho-educatie aan ouders. De richtlijncommissie is van mening dat kinderen en jongeren in elke fase van de behandeling zo veel mogelijk erbij betrokken moeten worden om kans op een succesvolle behandeling te vergroten. Zeker jongeren vanaf 12 jaar zouden een eigenstandig traject van psycho-educatie moeten krijgen. Onder 12 jaar is dit afhankelijk van het cognitieve niveau en de sociaal-emotionele rijping. Behandelaars staan hier nog voor de uitdaging materialen te ontwikkelen die voor jongeren aantrekkelijk zijn en meer passen in de huidige ontwikkelingsomgeving van de jeugd. Denk daarbij bijvoorbeeld aan gedigitaliseerde programma's met een spelelement, en gebruik van social media. Het belang van aanvullende digitale psycho-educatie aan ouders moet niet onderschat worden. Naast mogelijkheden voor toetsing kunnen digitale behandelonderdelen ook bijdragen aan efficiënt omgaan met beschikbare middelen zoals geld en tijd.

Psycho-educatie begint vaak met uitleg over wat kenmerkend is voor de stoornis. Daarbij wordt ook ingegaan op oorzaken, voorkomen, subtype-ringen en beloopkenmerken van ODD of CD. Beschermende factoren en risicofactoren komen aan bod, naast mogelijke onderhoudende factoren vanuit de leefomgeving van de jongere. Bij al deze zaken is het goed om onderscheid te maken tussen meer algemeen geldende kenmerken en een vertaalslag te maken naar kenmerken die relevant zijn in de situatie van het onderzochte individu. Vervolgens geeft men informatie over beste behandel mogelijkheden en beste alternatieven. Ook worden ouders, kinderen

en jongeren op weg geholpen om andere informatiebronnen te gebruiken, zoals boeken, folders, patiëntverenigingen. Tot slot worden ook de mogelijkheden van ontlastende interventies besproken, zoals gezinsondersteuning, naschoolse opvang, of een logeerhuis.

Checklist psycho-educatie

De volgende factoren liggen ten grondslag aan het ontstaan en in stand houden van ODD of CD.

- Prevalentie van ODD of CD.
 - Beschermende factoren van ODD of CD.
 - Subtyperingen en beloopkenmerken van ODD of CD.
 - Bestaande negatieve cognities van ouders over het kind, en interactiepatronen.
 - Invloed van de leefomgeving en de groep leeftijdgenoten.
 - Behandel mogelijkheden en alternatieven.
 - Bronnen van aanvullende informatie zoals boeken, artikelen, foldermateriaal van beroepsverenigingen, websites, belangenverenigingen.
 - Ontlastende interventies zoals logeeropvang, gezinshulp, naschoolse dagbehandeling.
-

Aanbevelingen

- Besteed bij de start van de behandeling specifiek aandacht aan de motivatie voor de behandeling en aan de werkrelatie.
- Zet hiervoor psycho-educatie in.
- Neem in de psycho-educatie voor de ouders informatie op over de symptomen, de comorbiditeit, de risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, hoe deze factoren aanknopingspunten vormen voor de verschillende behandelmethoden, en het beloop. Leg goed uit dat onder risicofactoren verstaan wordt factoren die de kans vergroten voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, maar dat risicofactoren dat niet doen in deterministische zin.
- Geef bij de start of in de loop van de behandeling ook psycho-educatie aan het kind of de jongere afgestemd op zijn of haar cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Gebruik hierbij aantrekkelijk materiaal waarbij aangesloten wordt op de huidige digitale leefwereld van kinderen en jongeren.
- Tijdens psycho-educatie moeten ten minste de navolgende onderwerpen besproken worden.
 - De risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en in stand houden van ODD of CD.
 - Prevalentie van ODD of CD.

- Het beloop van ODD en CD symptomen over de tijd.
- Beschermende en risicofactoren van ODD of CD.
- Subtyperingen en beloopkenmerken van ODD of CD.
- Bestaande negatieve cognities en interactiepatronen vanuit ouders over het kind.
- Invloed van de leefomgeving en de groep leeftijdgenoten.
- Hoe ouders, het kind of de jongere de diagnose beleven en wat ze uit zowel de naaste als wijdere omgeving aan reacties kunnen verwachten.
- Behandel mogelijkheden, zowel psychologische behandelmethoden als farmacotherapie: wat is het doel, welk effect mag worden verwacht, welke fasering is mogelijk?
- Bronnen van aanvullende informatie zoals boeken, artikelen, foldermateriaal van beroepsverenigingen, websites, belangenverenigingen.
- Mogelijke ontlastende interventies zoals logeeropvang, gezinshulp, naschoolse opvang.
- Deze informatie moet zo veel mogelijk aansluiten op het kennisniveau van ouders en kind of jongere. Ook verdient het aanbeveling de meer algemene informatie zo specifiek mogelijk toe te snijden op de diagnose van het kind of de jongere. De informatie wordt bij voorkeur inzichtelijk gemaakt aan de hand van ervaringen uit de dagelijkse praktijk van ouder en kind of jongere. Aanvullende digitale vormen van psycho-educatie zowel voor ouders als voor kinderen en jongeren sluiten aan op actuele methoden van kennisoverdracht. Ook biedt digitale psycho-educatie kansen om te toetsen of er voldoende begrip en kennis aanwezig is alvorens te starten met behandelingen.

3 Ouderbegeleiding

Ouderbegeleiding is een pluriform begrip. Ouderbegeleiding kan zowel verwijzen naar een functienaam binnen een organisatie (de ouderbegeleider), naar een gespreksvorm (een medewerker of teamlid heeft een gesprek met één of twee ouders) als naar een methodische vorm van werken. Deze laatste is een vorm van behandeling die zich specifiek richt op het vergroten van ouderlijke opvoedvaardigheden. In Nederland maakt ouderbegeleiding in deze verschillende hoedanigheden vaak deel uit van de behandeling van ODD en CD.

Overzicht van de empirische evidentie

Er zijn geen empirische gegevens over het effect van ouderbegeleiding in de verschillende betekenissen zoals in het voorafgaande beschreven, dus ook niet over de methodische vorm van ouderbegeleiding die verwantschap vertoont met de oudertraining.

Praktijkrelevante overwegingen

Ouderbegeleiding kan een belangrijke ondersteuning bieden aan het gezin bij de oplossing van praktische problemen van het leven van alledag, zoals toegang tot financiële ondersteuning, of hulpverlening organiseren door de jeugdzorg (bijvoorbeeld thuiszorg). Ouderbegeleiding draagt aldus bij tot creëren van behandelvoorwaarden. Als de draagkracht weer voldoende is, kunnen gezinnen gaan deelnemen aan geprotocolleerde interventies voor gedragsstoornissen.

Bij de methodische vorm van ouderbegeleiding, namelijk ouderbegeleiding als vorm van behandeling, staat de opvoeding centraal zoals gegeven door de ouders, met aandacht voor: de ouders als individuele personen, hun relatie, en het gezin ingebed in andere systemen (familie, vrienden, buurt). Deze vorm van behandeling kan als alternatief gezien worden van de oudertraining. Empirisch onderzoek naar het effect van deze behandelmethode ontbreekt.

Ouderbegeleiding kan ook aangewezen zijn als vervolg op psycho-educatie: soms wordt een deel van de psycho-educatie ook door de ouderbegeleider gegeven. Een aanvullend traject van psycho-educatie in de vorm van ouderbegeleiding kan nodig zijn naarmate de situatie complexer is, ouders meer tijd nodig hebben voor verwerking en acceptatie, of als ouders meer moeite hebben de informatie te vertalen naar praktisch handelen. De richtlijncommissie adviseert om binnen deze vorm van ouderbegeleiding verder te werken aan de doelen zoals eerder geformuleerd bij psycho-educatie. De indruk bestaat dat bij de inzet van ouderbegeleiding niet altijd helder is welke doelen men nastreeft en wanneer een behandelresultaat behaald is. Het is wenselijk om scherp te blijven op doelen en bij aanvang ook de duur van de ouderbegeleiding en evaluatiemomenten te bepalen. Echter, vooral bij multiprobleemgezinnen kunnen de omstandigheden geregeld veranderen en kunnen zich nieuwe onderwerpen aandienen. In deze gevallen kan een meer continue ouderbegeleiding aangewezen zijn, doch steeds met de afspraak het nut – met het oog op stabilisatie of vooruitgang – te evalueren. Het is belangrijk om bij de evaluatie de ouders te betrekken.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Laat bij gezinnen met complexe problematiek (individuele problemen van ouders, relatieproblemen) psycho-educatie overgaan in ouderbegeleiding. Het versterken van de opvoedingsvaardigheden kan individueel goed afgestemd worden op de wisselende behoeften van het gezin.
- Wees bij langlopende ouderbegeleiding alert op het stellen van behandeldoelen en op regelmatige evaluatie van het behandelproces zowel met het team als de ouders.
- Gebruik ouderbegeleiding voor het creëren van behandelvoorwaarden, door ondersteuning te bieden aan het gezin bij de oplossing van praktische problemen van het leven van alledag, zoals het krijgen van toegang tot financiële ondersteuning en het organiseren van andere hulpverlening.

4 Oudertraining

In de oudertraining (*behavioral parent training*; BPT) worden ouders individueel of in groepen getraind om vanuit een gedragstherapeutisch perspectief gewenst gedrag van het kind positief te bekrachtigen. Daarbij leren ouders om ongewenst gedrag te negeren of te herformuleren als gewenst gedrag, leren ze om meer en adequater te belonen en te prijzen, en worden ouders gemotiveerd om duidelijke en eenduidige consequenties stellen voor ongewenst gedrag, en een consistent en bij de situatie passend systeem van bestraffen te hanteren. Veelal is ook het focus gericht op vergroten van de sensitiviteit van ouders voor signalen van het kind of de jongere, meer of minder expliciet gekoppeld aan het verbeteren van de ouder-kindrelatie en het bevorderen van een positiever gezinsklimaat. Omdat ouders gedragstherapeutische technieken leren onderkennen en hanteren, overstijgen deze trainingen duidelijk het gewone opvoeden. In deze paragraaf staan we nader stil bij de effectiviteit van oudertrainingen.

Overzicht van de empirische evidentie

Diverse meta-analyses onderbouwen dat oudertrainingen een succesvolle interventie zijn in het verminderen van diverse vormen van opstandig en antisociaal gedrag bij kinderen en adolescenten, waaronder delinquent en agressief gedrag (Kaminski e.a., 2008; Lundahl e.a., 2006; Maughan e.a., 2005; McCart e.a., 2006.). Bij de diverse onderzoeken is sprake van een matig effect wat betreft de afname van de gedragssymptomen onmiddellijk na afloop van de behandeling.

Lundahl e.a. (2005) stelden in een meta-analyse vast dat bij follow-up van enkele maanden nog steeds een klein positief effect van de behandelingen bestond. Andere onderzoeken spreken over een mogelijke toename van

het effect het eerste jaar na behandeling (Maughan e.a., 2005; De Graaf e.a., 2008). Een bijkomstig effect van de BPT is dat ook een kleine maar significante effectgrootte (0,2-0,5) gevonden wordt voor ouderlijke adaptatie; dat wil zeggen: ouders ervaren een verminderde psychosociale belasting (McCart, 2006). Het is mogelijk dat de ouder-kindinteractie met minder stress omgeven is en dat dit ook een positief effect op de kinderen heeft.

Tabel 6.2.2 Onderzoek naar oudertraining

<i>Onderzoek</i>	<i>Kwaliteit</i>	<i>ES direct na behandeling</i>	<i>ES bij follow-up</i>
Maughan e.a., 2005	A2	0,30	0,40
Lundahl e.a., 2006	A2	Tussen 0,40 en 0,60 op verschillende maten	Tussen 0,21 en 0,45 na enkele maanden
Kaminski e.a., 2008	A1	0,34 bij kinderen 0-7 jaar	
McCart e.a., 2006	B	ES 0,47	

ES: effect size [effectgrootte]

Maughan e.a. (2005) vonden een indicatie voor een leeftijdseffect. In deze studie was de ES van BPT voor kinderen van 9-11 jaar significant groter dan bij kinderen van 3-5 jaar en van 6-8 jaar. Omdat er echter maar twee onderzoeken waren die kinderen van 9-11 specifiek in de analyse meenamen, konden hier geen verstrekkende gevolgtrekkingen uit gedaan worden.

McCart e.a. (2006) onderzochten de verschillen in effectiviteit van BPT versus CBT. Bij kinderen in de leeftijd van 6-12 jaar bleken oudertrainingen (effectgrootte (ES): 0,45) effectiever dan cognitieve gedragstherapieën voor het kind (ES 0,23). Er is echter geen overtuigend bewijs dat leeftijd een modererende factor is in geval van alleen toepassen van BPT.

In sommige onderzoeken wordt genoemd dat in groepen met veel deelnemers met een lage sociale status de kans vergroot op met het behandelresultaat interfererende processen zoals overnemen van negatief gedag en versterking van collectief wantrouwen tegenover het behandelstelsel (Lundhal e.a., 2005; Maughan e.a., 2005). De bevinding dat sociale status hierin een moderator is, moet om meerdere redenen met de nodige voorzichtigheid bekeken worden.

Allereerst is er de mogelijke invloed van selectiebias van de interventiegroepen. In een onderzoek was bijvoorbeeld sprake van werving van patiënten gekoppeld aan een voedselprogramma. Vanwege de grotere onderlinge verschillen in sociaal-economische status (SES) in de Amerikaanse samenleving kunnen de resultaten van onderzoek niet zomaar geprojecteerd worden op de Nederlandse samenleving. Bovendien wordt

BPT overwegend in groepen aangeboden en zijn er erg weinig onderzoeken die effectiviteit van individuele behandeling gedaan. Daardoor is het verschil tussen groepsbehandeling en individuele behandeling met het oog op sociaal-economische status (SES) niet betrouwbaar te meten (Maughan e.a., 2005).

Dekovic e.a. (2011) hebben het gegeven van de sociaal-economische status in een follow-uponderzoek meegenomen. Zij onderzochten de langetermijneffectiviteit van 9 behandelprogramma's die voor het 12e levensjaar ingezet werden. Na het 18e levensjaar werd vervolgens gekeken naar het effect op zowel criminaliteit als op andere mogelijke uitkomsten zoals scholing en arbeidsproductiviteit. Zij vonden dat kinderen met een hoog risico en kinderen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status meer verbeterden door behandeling. Na statistische correctie voor de ernst van het probleemgedrag bleek sociaal-economische status geen invloed te hebben op het behandelresultaat.

Naast oudertrainingen is het in individuele gevallen nuttig ook extra aandacht te hebben voor financiële problemen, echtpaardisharmonie en persoonlijke problematiek van de ouders, omdat deze factoren de toepassing van de geleerde opvoedvaardigheden in de praktijk van alledag kunnen belemmeren. Thomas en Zimmer-Gembeck (2007) vonden een verbetering van het behandelresultaat als specifiek aandacht besteed wordt aan geringe sociale steun, armoede of gezondheidsproblemen bij gezinnen met lage SES.

Kamisky e.a., in 2008 deden een meta-analyse naar het effect van oudertrainingen en includeerden 77 onderzoeken. Zij vonden significant positieve effecten zowel voor maten voor ouderlijk gedrag als voor maten voor externaliserend gedrag van de kinderen. Positieve effecten hingen samen met een toegenomen aantal positieve ouder-kindinteracties, grotere vaardigheden op het gebied van emotionele communicatie, gebruik van goede time-outprocedures door de ouders en consequent handelen door de ouders. Minder effect werd bereikt met het leren van probleemoplossende vaardigheden aan ouders, of als ouders cognitieve of sociale ontwikkeling van hun kinderen stimuleerden.

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 1	Het is aangetoond dat oudertrainingen effectief zijn in de behandeling van gedragsproblemen bij kinderen tot 12 jaar.
A1:	Lundahl, 2006; Maughan, 2005.
A2:	Eyberg, 2008; Fossum, 2008.
B:	McCart, 2006.

-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat oudertrainingen op de kinderleeftijd (6-12 jaar) effectiever zijn dan cognitieve gedragstherapieën voor het kind.
A1: Maughan, 2005.
B: McCart, 2006.
-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat de positieve effecten van oudertrainingen ook op langere termijn blijven bestaan.
A1: Lundahl, 2006; Maughan, 2005.
A2: Decovic, 2011.
De Graaf, 2008.
-
- Niveau 3** Er zijn aanwijzingen dat een bijkomstig effect van oudertrainingen kan zijn dat ouders minder stress voortkomend uit psychologische belasting ervaren.
B: McCart, 2006.
Kazdin, 2000.
-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat oudertrainingen een beter resultaat hebben als zij zich specifiek richten op:
het vergroten van positieve ouder-kindinteracties;
gebruik van time-outprocedures;
het hanteren van een consequente opvoedingsstijl.
Het effect neemt eveneens toe als ouders deze nieuwe vaardigheden met hun kinderen in de praktijk oefenen tijdens de training (*controlled learning*).
A1: Kaminski, 2008.
-
- Niveau 1** Bevindingen over modererende factoren als lage sociaal-economische status (SES) of groepsbehandeling versus individuele behandeling zijn inconsistent.
A1: Maughan, 2005.
A2: Dekovic, 2011; Lundahl, 2006.
B: McCart, 2006.
Thomas, 2007.
-
- Niveau 2** Het is aannemelijk dat in de tijd begrensde maar intensieve behandelprogramma's die zich specifiek richten op sociale vaardigheden en aanpak van gedragsproblemen, meer effect hebben dan programma's die zich richten op algemene probleemoplossende vaardigheden, sociale steun en cognitieve stimulering.
A1: Kaminski, 2008.
A2: Dekovic, 2011.
-

Praktijkrelevante overwegingen

De overwegend Amerikaanse literatuur beschrijft onderzoek met grote concentraties van mensen uit de lagere sociaal economische klassen. Het is de vraag of behandelde groepen in Nederland wel vergelijkbaar zijn met die in de Amerika. In de Verenigde Staten zijn er grotere steden, is er een grotere kloof tussen arm en rijk, en zijn er minder sociale voorzieningen. Mogelijk spelen daarom omgevingsfactoren een grotere rol in de persistentie van gedragsstoornissen en heeft dit zijn invloed op de effectiviteit van de behandelprogramma's.

Er kon niet aangetoond worden dat een lage sociaal-economische status (SES) interfereert met effectiviteit van groepsbehandelingen. Het werken met groepen kan een enkele keer door een individuele ouder ernstig verstoord worden. Ook komt het voor dat ouders zich niet prettig voelen binnen een groep. In beide gevallen is een individueel vormgegeven behandeltraject aangewezen.

De bevindingen van McCart e.a. (2006) en Maughan e.a. (2005) dat bij kinderen van 6-12 jaar oudertrainingen effectiever zijn dan cognitief gedragstherapeutische trainingen van het kind, ondersteunt de hypothese dat respons op interventies mede bepaald wordt door het ontwikkelingsniveau van kinderen. Een en ander sluit ook aan bij de algemene klinische praktijk in Nederland dat oudertraining bij kinderen tot ongeveer 8 a 9 jaar volstaat en dat bij oudere kinderen bij wie onvoldoende effect bereikt werd met oudertraining, of bij wie ernstige vormen van ODD of CD voorkomen, de combinatie met cognitieve gedragstherapie aangewezen is. Als bij deze kinderen eerst gestart wordt met een oudertraining, vraagt dit soms extra uitleg aan ouders; soms is het voor ouders moeilijk te verteren dat zij zelf tijd en moeite moeten investeren terwijl het kind de problemen veroorzaakt.

McCart e.a. stellen dat het nuttig is om booster-sessies te organiseren om het effect van training te onderhouden en daarmee het langetermijnperspectief te verbeteren. Geredeneerd vanuit de strategie van empowerment, waarbij ouders de boodschap mee krijgen dat ze geleerd hebben om het nu zelf te doen, kan een terugkombijeenkomst een ondermijnend effect hebben. De ervaring leert echter ook dat de gedragsproblemen van het kind in diverse levensfasen een ontwikkelingsspecifieke aanpak vergen. In dit licht bezien kan het voor ouders ook prettig zijn om laagfrequent opfrisbijeenkomsten te hebben. Herhaling kan ook bijdragen aan een groter leereffect en betere generalisatie. De vraag is echter of ouders het nut zien van een terugkombijeenkomst als het thuis redelijk gaat. Beter lijkt het om pas een herhalingsbijeenkomst aan te bieden als het gedrag van de jongere, of handelingsverlegenheid bij ouders, echt aanleiding geven om het geleerde weer op te frissen.

Aanbevelingen

- Zet een oudertrainingen in als standaardonderdeel van de behandeling van kinderen met ODD of CD, en op indicatie ook bij ouders van jongeren met ODD of CD. Bij jongeren kan de oudertraining deel uitmaken van een systemische behandeling.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.
- Besteed extra aandacht aan het motiveren van ouders voor een oudertraining: ouders moeten begrijpen waarom zij moeten investeren terwijl het kind de gedragsproblemen heeft.
- Besteed aandacht aan belemmerende factoren zoals persoonlijke problemen van de ouders (psychiatrische stoornis) en ouderlijke disharmonie.
- Bewaak in groepsbehandelingen de aanwezigheid van een prosociale attitude van de diverse deelnemers.
- Bied ouders die zichzelf niet in staat achten in groepen te functioneren, een individuele interventie aan.
- Bied opfrisbijeenkomsten aan bij het opnieuw voorkomen van ernstige gedragsproblemen en bij hernieuwde handelingsverlegenheid van de ouders.
- Betrek zo nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandelresultaat op school te bereiken.

5 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De individuele- en groepstrainingen voor kinderen of jongeren hebben overwegend een cognitief-gedragstherapeutisch karakter (*cognitive behavioral therapy; CBT*). De behandeling richt zich voornamelijk op het leren hanteren van situaties die woede en agressief gedrag uitlokken. Hierbij worden inadequate cognities die deze kinderen en jongeren over de omgeving hebben, waaronder negatieve attributies, beïnvloed (model Crick & Dodge, 1994). Dit vindt plaats binnen het kader van een training in sociaal probleemoplossende vaardigheden waarbij het oefenen met sociale vaardigheden veel aandacht krijgt. Veel programma's zijn geschikt voor zowel een ambulante als een klinische setting. Sommige programma's zijn specifiek toegesneden op de schoolse situatie. In deze paragraaf zullen de uitkomsten van onderzoek naar de effectiviteit van gedragstherapeutische interventies bij ODD en CD besproken worden.

Overzicht van de empirische evidentie

Diverse onderzoeken laten zien dat cognitieve gedragstherapie gericht op de jongere een effectieve interventie is. De effectgrootte van cognitieve gedragstherapie is klein (0,23-0,26) en cognitieve gedragstherapie is

daarmee minder effectief dan de oudertrainingen (Bennett & Gibbons, 2000; Eyberg, 2008; Fossum, 2008; Hogue e.a., 2008; Kaminski e.a., 2008; Litschge e.a., 2010; McCart e.a., 2006).

McCart e.a. (2006) vonden een positieve correlatie tussen leeftijd en effectiviteit: het behandelresultaat wordt beter naarmate de jongere ouder is. Deze bevinding werd eveneens beschreven door Durlak e.a., 1991. Zij vonden een effectgrootte van 0,92 bij kinderen van 11-13 jaar, wat bijna 2 keer zo groot was als de effectgrootte van 0,57 voor kinderen van 5-6 jaar. Resultaten werden hierbij eveneens gekoppeld aan het cognitieve-ontwikkelingsniveau. Cognitieve gedragstherapie zou daarmee dus effectiever zijn op oudere leeftijd. Dit contrasteert met de bevindingen in paragraaf 4, dat oudertraining juist bij jongere kinderen effectiever is. Deze bevinding geeft meteen ook richting aan behandelbeleid: het is rationeel om bij kinderen jonger dan 8 jaar te starten met oudertrainingen en bij oudere kinderen indien nodig cognitieve gedragstherapie toe te voegen. Ook bij jongeren komt cognitieve gedragstherapie in aanmerking. Het lijkt erop dat het positieve behandel-effect ook op termijn behouden blijft: diverse onderzoekers vonden bij een follow-up van gemiddeld 1 jaar nog steeds een significant positieve effectgrootte (McCart e.a., 2006, Bennett & Gibbons 2000, Naar analogie van eventuele negatieve effecten van groepsbehandeling van ouders heeft men ook over groepsbehandeling bij jongeren de zorg geuit dat deze een negatief effect zouden hebben. Dishion e.a. (1999) deden onderzoek naar de iatrogene effecten van groepsinterventies bij jongeren met gedragsproblemen. In twee onderzoeken onderzochten zij zowel de kortetermijneffecten als de resultaten na langdurige follow-up. Er werden aanwijzingen gevonden dat groepsinterventies bij jonge adolescenten met gedragsproblemen een negatieve uitkomst hadden. Deze negatieve uitkomsten konden ook in een andere studie met een follow-upmeting na 30 jaar nog vastgesteld worden.

Het veronderstelde mechanisme is *deviancy training*: het groepsproces waarbij jongeren elkaar versterken in ongewenst gedrag en criminaliteit. Het ongewenste gedrag roept dan binnen de subcultuur van de groep bewondering en navolging op. Vooral bij jonge adolescenten zou invloed van de peergroup groter zijn en kan deze invloed niet geneutraliseerd worden door een eventueel ernaast lopende oudertraining. Sterker nog: het lijkt erop dat effecten van oudertraining ondermijnd worden. De bevinding dat deviancy training een rol speelt, wordt bevestigd in een gestapelde meta-analyse van Litschge e.a. (2010). Cognitieve gedragstherapie heeft in deze studie een middelmatig effect (mediane effectgrootte: 0,49). Ang en Hughes (2001) deden een meta-analyse van 38 onderzoeken naar de effectiviteit van gedragstherapeutische programma's bij jongeren met risico op het ontwikkelen van een gedragsstoornis. Hierin kwam naar voren dat het effect van behandeling groter was als jongeren werden behandeld

in een gemengde groep waaraan ook prosociale jongeren deelnamen, of als jongeren individueel behandeld werden. Op grond van al deze bevindingen waarschuwen de diverse auteurs dat er reden is voorzichtig te zijn om adolescenten met hoog risico voor het ontwikkelen van probleemgedrag te behandelen met groepsinterventies, vooral als de behandeling wordt gegeven in homogene groepen. Er zijn onvoldoende gegevens om uitspraken te doen over een eventuele modererende invloed van IQ, geslacht, comorbiditeit en etniciteit.

Samenvatting empirische evidentie

Niveau 1	<p>Bewezen is dat cognitief-gedragstherapeutische behandelingen effectief zijn in de behandeling van gedragsproblemen bij kinderen en jongeren. Het gaat om een klein effect.</p> <p>A1: Kaminski, 2008; Litschge, 2010. A2: Eyberg, 2008; Hogue, 2008. B: Bennett, 2000; Fossum, 2008; McCart 2006.</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie groter wordt met toename van de leeftijd.</p> <p>B: Durlak, 1991; Fossum, 2008; McCart, 2006.</p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat positieve behandel-effecten ook op langere termijn aanwezig blijven.</p> <p>B: Bennett, 2000; McCart, 2006.</p>
Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie als groepsbehandeling en individuele cognitieve gedragstherapie beide effectief zijn. In homogene groepen jongeren met gedragsproblemen bestaat echter het risico op <i>deviancy training</i> (het groepsproces waarbij jongeren elkaar versterken in ongewenst gedrag en criminaliteit).</p> <p>A1: Litschge, 2010. Dishion, 1999.</p>

Praktijkrelevante overwegingen

Cognitief-gedragstherapeutische interventies met kinderen en jongeren vinden in Nederland niet geïsoleerd plaats, maar zijn ingebed in een breder behandelpalet waarbij ook ouders betrokken zijn. Ouders zijn echter niet altijd in beeld, of zijn niet te motiveren tot interventies omdat zij het kind of de jongere als het probleem zien. Het streven van behandelaars zou echter wel moeten zijn om in alle gevallen ouders zo veel mogelijk bij de behandeling te betrekken en waar mogelijk mee te laten doen aan oudertraining. Slechts in de situaties waar elk perspectief op thuisplaatsing

ontbreekt, kan op voorhand met een geïsoleerde gedragstherapie volstaan worden.

De literatuur is redelijk arbitrair met aangeven van een leeftijd waarop het toepassen van cognitief-gedragstherapeutische programma's geschikt is. Gewezen wordt op het ontwikkelingsniveau van kinderen. In de praktijk wordt de geschiktheid voor gedragstherapeutische programma's niet zozeer door de leeftijd bepaald maar door de cognitieve en sociaal-emotionele rijpheid. Er zijn geen instrumenten beschikbaar om de geschiktheid voor cognitieve gedragstherapie te bepalen. Bij de klinische inschatting behoren de beoordeling van het probleembesef, het eigen aandeel in conflicten en het voorkomen van enige lijdensdruk.

Op de kindereleeftijd zijn volgens effectiviteit oudertrainingen te verkiezen en hoeft een cognitieve gedragstherapie zeker niet standaard toegevoegd te worden. Dit kan echter wel bij ernstige gedragsproblematiek of nadat is gebleken dat een oudertraining onvoldoende effectief was. Ook als ouders drempels hebben om zelf in behandeling te investeren terwijl het kind geen behandeling krijgt, kan de combinatie overwogen worden. Het kan bijvoorbeeld gaan om ouders die zich tot zondebok gemaakt voelen als de interventie voor de gedragsproblemen van het kind zich alleen op hen richt. Voor veel oudere kinderen en jongeren kan het volgen van een groepsbehandeling aantrekkelijker zijn dan een therapie met een individuele therapeut. Groepen worden vaak als levendiger ervaren, er is herkenning en steun van gelijkgestemden. Ook heeft leren van leeftijdgenoten een lagere drempel: vooral bij jongeren ontstaat gemakkelijk het gevoel dat volwassenen hen toch niet begrijpen. Vanwege het risico voor deviancy training is het belangrijk dat therapeuten over specifieke vaardigheden beschikken om deviancy training te voorkomen; deze vaardigheden horen deel uit te maken van de opleiding van therapeuten (Matthys & Lochman, 2010).

Aanbevelingen

- Zet bij ernstige vormen van ODD en CD cognitieve gedragstherapie in bij kinderen vanaf 8 jaar en bij jongeren, echter steeds in combinatie met een interventie gericht op de ouders: bij kinderen in combinatie met een oudertraining of ouderbegeleiding, bij jongeren in de context van een systemische interventie.
- Zet ook de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie in als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.
- Wees bij jongeren bedacht op **deviancy training** (het van elkaar leren van de verkeerde dingen) wanneer cognitieve gedragstherapie in groepsverband wordt gegeven, vooral wanneer de groepen homogeen zijn samengesteld. Therapeuten dienen daarom te beschikken over

- specifieke vaardigheden om deviancy training te voorkomen.
- Betrek indien nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandel-effect op school te bereiken.

6 Combinatie oudertraining-CGT-school

De combinatie van oudertraining en cognitieve gedragstherapie werd ontwikkeld om voldoende effect te bereiken bij ernstige vormen van ODD en CD, vooral op de kinderleeftijd. Het is nodig om de school bij de behandeling te betrekken wanneer de gedragsproblemen zich aldaar manifesteren. Deze paragraaf behandelt de combinatie oudertraining-kindtraining en de combinatie oudertraining-leerkrachttraining.

Overzicht van de empirische evidentie

Kazdin e.a. (1992) onderzochten of combinatiebehandeling meer effect heeft dan oudertraining hetzij cognitieve gedragstherapie afzonderlijk bij kinderen met antisociaal gedrag tussen 7-13 jaar. Zowel direct na afsluiting van de behandeling als na een jaar follow-up bleek het effect van de gecombineerde behandeling groter dan dat van de afzonderlijke behandelvormen.

Evenzo onderzochten Webster-Stratton e.a. (2004) bij jonge kinderen met gedragsproblemen het effect van de combinaties van oudertraining, leerkrachttraining en kindtraining. De combinatie van oudertraining met kindtraining en de combinatie van oudertraining met leerkrachttraining kwamen als het meest effectief naar voren.

Feinfield e.a. (2004) onderzochten het effect van een gecombineerde behandeling bij kinderen van 4 tot 8 jaar: zowel de ouders als het kind werden getraind. Voor de effectmaten zoals gerapporteerd door ouders na behandeling was de effectgrootte matig en bij een follow-up van 5 maanden bleek dit effect gehandhaafd; leerkrachten zagen direct na behandeling geen gedragsverbetering maar rapporteerden na 5 maanden wel een significante verandering.

In Nederland werd het effect onderzocht van een combinatie van een oudertraining met een cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ODD of CD, waarbij de gebruikelijke behandeling (*care as usual*) de controleconditie was (Van de Wiel e.a., 2007). In vergelijking met gezinstherapie was de gecombineerde behandeling meer effectief in het doen afnemen van openlijk agressief gedrag; in vergelijking met individuele gedragstherapie was er geen verschil. De kosten van de geprotocolleerde gecombineerde behandeling waren de helft van die van de gebruikelijke behandeling (Van de Wiel e.a., 2003). Bij follow-up vier jaar na beëindiging van de behandeling gebruikten de adolescenten die hadden deelgenomen aan de gecombi-

neerde behandeling minder nicotine en cannabis dan zij die de gebruikelijke behandeling hadden gekregen (Zonneville-Bender e.a., 2007).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de combinatie van oudertraining en cognitieve gedragstherapie op de kinderleeftijd meer effectief is dan elke behandeling afzonderlijk. Deze combinatie is effectief en kosteneffectief bij ODD en CD in de alledaagse klinische praktijk. B: Feinfield, 2004; Kazdin, 1992; Webster-Stratton, 2004; Van de Wiel, 2007; 2003; Zonneville, 2007.
-----------------	---

Praktijkrelevante overwegingen

Het leren van meer aangepast gedrag vraagt veel herhaling om nieuwe patronen in te slijpen; daarnaast is het van belang het geleerde in meerdere sociale contexten te kunnen toepassen. Zowel geredeneerd vanuit de herhaling als met het oog op het proces van generalisatie van leerervaringen kan het een meerwaarde hebben trainingen te combineren. Daarom komt de combinatie van de oudertraining met cognitieve gedragstherapie in aanmerking bij ODD en CD, zeker bij ernstige vormen van ODD en CD, maar ook als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.

Wanneer de gedragsproblemen zich op school manifesteren, is het nodig om de school bij de behandeling te betrekken (De Pagter e.a., 2008). De generalisatie van het behandelresultaat van de thuissituatie naar de school bij de oudertraining of de cognitieve gedragstherapie loopt meestal niet vanzelf. Ook op school dient met nieuwe vaardigheden te worden geoefend om generalisatie van het behandelresultaat op school te bereiken.

Aanbevelingen

- Overweeg de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ODD en/of CD vanaf 8 jaar, zeker bij ernstige vormen van ODD en CD, maar ook indien het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Betrek indien nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandelresultaat op school te bereiken.

7 Systemische behandelingen

Vanaf 13 jaar is de problematiek als regel meer gecompliceerd. De negatieve invloed van leeftijdgenoten en dreigende schooluitval spelen een grotere rol dan voorheen. De psychopathologie kan zich uiten in middelengebruik, middelenmisbruik en delicten. Ook is specifieke aandacht nodig voor het motiveren van adolescenten, vanwege de sterke autonomiebehoefte die kenmerkend is voor deze levensfase. Als het probleemgedrag al jarenlang bestaat, kan de motivatie om deel te nemen aan de behandeling ook bij de ouders beperkt zijn. Er zijn gezinsinterventies ontwikkeld, waarin ook andere systemen betrokken worden, vanwege hun rol in het in stand houden van het probleemgedrag. Die worden hier dan ook 'systemische behandelingen' genoemd.

Systemische behandelingen richten zich op de bredere sociale context waarbinnen de jongere functioneert: het gezin, de bredere familiecontext, de buurt, de school, het werk, de groep leeftijdgenoten, en de situaties waarin de vrije tijd wordt besteed. Veranderingen in deze bredere sociale context worden dan gezien als een essentieel middel om gedragsverandering te bewerkstelligen. Vele onderhoudende factoren van gedrag worden op deze manier beïnvloed. Hierbij wordt gebruikgemaakt van elementen uit de oudertraining, cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie.

Voor wat gezinstherapie betreft, worden grenzen tussen subsystemen (bijvoorbeeld tussen ouders en kinderen) beïnvloed en wordt een vastgelopen communicatie tussen gezinsleden weer op gang gebracht. De ouders worden geholpen om de sociale contacten met verkeerde vrienden te beïnvloeden door de contacten met prosociale leeftijdgenoten te bevorderen. De ouders maken activiteiten thuis met prosociale leeftijdgenoten aantrekkelijk en zoeken contact met de ouders van deze prosociale leeftijdgenoten. Dit laatste helpt bij het gezamenlijk op de hoogte blijven van het doen en laten van de jongere. Ook activiteiten in georganiseerd verband op sportief en creatief gebied kunnen de adolescent in contact brengen met prosociale leeftijdgenoten.

Andere aangrijpingspunten in de behandeling zijn de affectieve relatie tussen de jongeren en de ouders, de communicatiepatronen tussen hen, het adequaat begrenzen van het gedrag van de jongere door de ouders, en het bieden van gepaste ondersteuning. Er zijn meerdere vormen van systemische behandelingen die op een continuüm gezet kunnen worden qua intensiteit van behandelen en inzet van middelen.

Overzicht van de empirische evidentie

Het effect van systemische behandelingen is vooral onderzocht bij jongeren met uitgesproken gedragsstoornissen, namelijk die welke gepaard gaan met delinquentie en/of middelenmisbruik. Uit een meta-analyse van

onderzoeken naar het effect van een systemische behandeling waarbij telkens een actieve controle conditie werd betrokken (onder andere ouder-training, individuele therapie), bleek een gemiddelde effectgrootte van 0,55 (Curtis e.a. (2004). Daarentegen is de effectgrootte voor externaliserend gedrag van een andere meta-analyse naar het effect van deze methode kleiner (0,18) (Littell e.a., 2009). Op basis van 21 meta-analyses van gezinstherapie bij kinderen en jongeren met gedragsproblemen berekenden Litschge e.a. (2010) de mediaan van de effectgrootte: 0,41 (spreiding $-0,15-1,06$). Nederlands onderzoek naar het effect van middelenmisbruik van jongeren met gedragsproblemen laat zien dat systemische behandeling en cognitieve gedragstherapie even effectief zijn in het verminderen van cannabisgebruik (Hendriks e.a., 2011).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 2 Effectiviteit van systeemgerichte behandelingen bij jongeren met ernstige gedragsproblemen gepaard gaand met delinquentie en middelenmisbruik is aannemelijk.

A1: Curtis, 2004; Hendriks, 2011; Litell, 2009.

Praktijkrelevante overwegingen

Voor de behandeling van de complexe problematiek van jongeren met ODD en CD al dan niet gepaard gaand met delinquentie en middelenmisbruik is het nodig zich te richten op meerdere aspecten van functioneren en disfunctioneren. Jongeren zijn door hun toenemende zelfstandigheid meer beïnvloedbaar door factoren buiten het gezin. Ook moeten ze steeds beter in staat zijn zichzelf te reguleren los van ouders en zich kunnen redden in sociaal opzicht. Deze levensfase brengt dus een tweeledige opdracht met zich mee. Adolescenten moeten in staat zijn de buitenwereld tegemoet te treden vanuit de normen en waarden die in het gezin van herkomst gelden. Anderzijds verwachten we dat adolescenten toenemend in staat zijn invloeden van de buitenwereld op een verantwoorde manier toe te laten zodat autonoom functioneren ontstaat. Met het toenemen van de leeftijd is het daarom belangrijk dat niet alleen het gezin maar dat ook andere systemen bij de behandeling betrokken worden.

Aanbevelingen

- Zet bij jongeren een systemische behandeling standaard in, ook wanneer behalve ODD en CD tevens delinquentie en middelenmisbruik of afhankelijkheid voorkomen.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.

Literatuur

Artikelen waarvan een evidencetabel online is te raadplegen (zie colofon, pagina 4)

- Bennet, D.S., & Gibbons, T.A. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: A meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 1-15.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 714-735.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M., & Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Feinfield, K.A., & Baker, B.L. (2004). Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 182-195.
- Fossum, S., Handegard, B.H., Martinussen, M., & Morch, W.T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 438-451.
- Hogue, A., Henderson, C.E., Dauber, S., Barajas, P.C., Fried, A., & Liddle, H.A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Kaminski, J.W., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Litschge, C.M., Vaughn, M.G., & McCrea, C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 21-35.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 527-543.
- Maughan, D.R., Christiansen, E., Jenson, W.R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34, 267-286.

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

Artikelen in de wetenschappelijke onderbouwing waarvan geen evidencetabel is

- Curtis, N.M., Ronan, K.R., & Borduin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N.R., & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-22.
- Dekovic, M., Slagt, M.I., Asscher, J.J., Boendermaker, L., Eichelsheim, V.I., & Prinzie, P. (2011). Effects of early prevention programs on adult criminal offending: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 532-544.
- Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *The American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Hendriks, V., Schee, E. van der, & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioural therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71.
- Hipwell, A.E., & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221-255.
- Kazdin, A.E., Siegal, T.C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kazdin, A.E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2, 27-40.

- Kempes, M., Matthys, W., Vries, H. de, & Engeland, H. van. (2005). Reactive and proactive aggression in children: A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 11-19.
- Konijn, C., Wijgert, J. van de, & Vermande, M. (1997). *Clënten over Riagg-jeugd zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Littell, J.H., Campbell, M., Green, S., & Toews, B. (2009). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*(4), Article CD004797. The Cochrane Library Database.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Nock, M.K., & Kazdin, A.E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 872-879.
- Pagter, J. de, Stallen, E., & Matthys, W. (2008). Schoolbegeleiding en de kinder- en jeugdpsychiatrie: Geïntegreerde zorg. *Kind en Adolescent Praktijk, 7*, 12-19.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 216-223.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 475-495.
- Wiel, N.M.H. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.T., Maassen, G.H., Lochman, J.E., & Engeland, H. van. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared with care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification, 31*, 298-312.
- Wiel, N.M.H. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., & Engeland, H. van. (2003). Application of the Utrecht Coping Power program and care as usual to children with Disruptive Behavior Disorders in outpatient clinics: A comparative study of cost and course of treatment. *Behavior Therapy, 34*, 421-436.
- Wiel, N.M.H. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.T., Maassen, G.H., Lochman, J.E., & Engeland, H. van. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared with care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification, 31*, 298-312.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., Wiel, N.M.H. van de, & Lochman, J. (2007). Preventive effects of treatment of DBD in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 33-39.

Hoofdstuk 6.3

Farmacologische behandeling

1 Inleiding

Farmacotherapeutische ondersteuning bij ODD en CD heeft drie mogelijke doelen:

- afname van symptomen van ODD en CD;
- afname van de symptomen van comorbide stoornissen;
- patiënten meer toegankelijk maken voor andere interventies. Dit omdat zij via medicamenteuze interventies bijvoorbeeld meer aandacht hebben of een verbeterde impulscontrole.

Farmacotherapie heeft in de behandeling van ODD en CD een vaste plaats ingenomen, in het bijzonder bij comorbiditeit met ADHD en bij ernstige agressie. Bij comorbiditeit met ADHD worden psychostimulantia zoals methylfenidaat gebruikt. Het effect van dit middel voor ADHD is substantieel, en wordt uitvoerig beschreven in de richtlijn ADHD (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ, 2005). Daarnaast zijn ook andere middelen beschikbaar met een aangetoond effect. Voor elk middel geldt echter dat bijwerkingen kunnen voorkomen en dat eventuele nadelige langetermijneffecten niet kunnen worden uitgesloten. Omdat onderzoek naar psychofarmacagebruik bij kinderen van relatief recente datum is, is er thans nog maar weinig bekend over zowel effect als bijwerkingen op de langere termijn.

Farmacotherapie mag daarom niet lichtvaardig worden ingezet. Er moet altijd sprake zijn van een duidelijke beperking veroorzaakt door de symptomen. Bovendien mag medicatie nooit als enige behandelmethode worden toegepast. Het toedienen van de medicatie heeft immers niet enkel als doel de gevolgen van de symptomen te verlichten. Het doel is eveneens om andersoortige behandelingen een grotere kans op succes te geven, zodat langetermijneffecten zich kunnen optimaliseren. Er dient binnen de behandeling steeds ook oog te zijn voor het pedagogische klimaat. Bij de start van en gedurende een behandeling dient men zicht te hebben en te houden op de kansen en kwetsbaarheden op dit vlak en de mate waarin hierbij winst valt te behalen. Dit is belangrijk omdat we medicatie steeds zo laag mogelijk doseren en trachten te voorkomen dat de dosering onnodig wordt opgehoogd.

De mogelijke bijwerkingen en de onzekerheid over de langetermijneffecten leidt bij sommige ouders en hulpverleners tot een negatieve opstelling tegenover het gebruik van psychofarmaca. Hoewel erkend moet worden dat langetermijneffecten en consequenties beperkt bekend zijn, worden vaak argumenten aangehaald die bewezen onjuist zijn, in het bijzonder over gebruik van psychostimulantia. De werkgroep is van oordeel dat potentiële bijwerkingen steeds moeten worden afgewogen tegenover de nadelige gevolgen teweegebracht door de stoornis. Hierbij dient ook geëvalueerd te worden in welke mate het mogelijk is om andere dan farmacologische bewezen interventies in te zetten. Het blijven vóórkomen van symptomen kan leiden tot ernstige negatieve gevolgen, zoals: bedreigende situaties door impulsiviteit, verwijdering van school, afwijzing door leeftijdgenoten, en voortdurend blootgesteld worden aan kritiek. Om die reden vindt de werkgroep dat het gebruik van medicatie die bewezen effectief is, in weloverwogen omstandigheden een plek moet hebben in de behandeling.

Het spreekt voor zich dat farmacotherapie pas gestart kan worden na gedegen diagnostisch onderzoek, zoals beschreven in hoofdstuk 4. Voorafgaand aan het toedienen van medicatie moeten zowel de ouders als het kind adequaat geïnformeerd worden over zowel de werking als bijwerkingen. Men dient hierbij open te zijn over het gebrek aan kennis over de langetermijneffecten. Ouders en kind dienen ermee in te stemmen dat medicatie slechts een onderdeel van een totaalbehandeling is, en dat ze verondersteld worden aan alle componenten te zullen werken. Formeel hebben kinderen geen toestemmingsrecht voor de leeftijd van 12 jaar. De mate waarin de mening van een kind genegeerd wordt, dient te worden geëvalueerd met oog op ernst van de klachten en de maturiteit van het kind. Er dient bij voorkeur ook beneden de 12 jaar toestemming te worden verkregen, vooral omdat de kans verhoogd is dat kinderen ook op latere leeftijd medicatie nodig zullen blijven hebben. Men kan dus het beste anticiperen op toestemming die later wel vereist is.

Een bijzondere situatie bestaat bij kinderen die in een (semi-) residentiële setting verblijven. Hierbij dient bij de start met medicatie tevens rekening te worden gehouden met de langetermijnplanning. Zeker bij minder gemotiveerde kinderen dient men mogelijkheid om medicatie-inname te continueren na opname te evalueren.

Nadat de ouders en het kind besloten hebben tot farmacotherapie, wordt met een proefbehandeling gestart. Hierin wordt onderzocht of en in welke mate het middel een effect heeft op de symptomen, of en in welke mate er bijwerkingen zijn, en wat de werkzame dosering van het middel is. Deze dosering moet in de loop van de tijd worden gevolgd, zowel voor de werking als vanwege bijwerkingen. Het belang van een proefbehande-

ling en van een zorgvuldig uitgevoerde voortgezette behandeling mag niet worden onderschat. Het verminderen dan wel tijdelijk staken van de medicatie is aangewezen, zodat kan worden beoordeeld of de farmacotherapie moet worden gecontinueerd.

In de adolescentie bij jongeren met ODD en CD dient in het bijzonder aandacht te zijn voor en voor misbruik van de medicatie. Het is bekend dat sommige vormen van medicatie, vooral de psychostimulantia, verhandeld worden. Om die reden is het nodig om het voorschrijven van medicatie en de inname zo goed mogelijk te monitoren.

In de volgende paragrafen zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan psychostimulantia, atomoxetine, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren, alpha-adrenerge middelen en antidepressiva. Meerdere geneesmiddelen zijn niet geregistreerd voor behandeling van ODD en/of CD, maar soms wel voor comorbide stoornissen. Aangezien sommige middelen mogelijk bewezen effectief zijn, worden ze hier behandeld. Aanwijzingen voor het off-label voorschrijven van geneesmiddelen bij kinderen en jongeren zijn te vinden in de gelijknamige richtlijn van de NVvP (Troost e.a., 2012).

Uit reviews en meta-analyses blijkt dat medicamenteuze behandeling effectief is. Desondanks dient de overweging om medicatie te geven bij kinderen met ODD of CD niet lichtzinnig te worden genomen. Op basis van 14 RCTs berekende Ipser (2007) een NNT (*number needed to treat*) van 3.1. Om één kind succesvol te behandelen, moeten er dus 3 de betreffende behandeling krijgen. Gezien de potentiële bijwerkingen van behandeling met lithium en antipsychotica is een goede kosten-batenanalyse vereist.

Uitgangsvragen

- Wat is de effectiviteit van psychostimulantia bij ODD en CD? (Paragraaf 2.)
- Wat is de effectiviteit van atomoxetine bij ODD? (Paragraaf 3.)
- Wat is de effectiviteit van antipsychotica bij ODD en CD? (Paragraaf 4.)
- Wat is de effectiviteit van stemmingsstabilisatoren bij ODD en CD? (Paragraaf 5.1.)
- Wat is de effectiviteit van alpha-adrenerge stimulantia bij ODD en CD? (Paragraaf 5.2.)
- Wat is de effectiviteit van antidepressiva bij ODD en CD? (Paragraaf 5.3.)
- Wat is bekend over gebruik van benzodiazepines bij ODD en CD? (Paragraaf 5.4.)

2 Effectiviteit van psychostimulantia bij ODD en CD

Overzicht van de empirische evidentie

Methylfenidaat is het eerste-keuzemiddel voor de behandeling van de aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2005). Bij 70 tot 80% van de kinderen met deze stoornis wordt een afname van symptomen gezien (Buitelaar e.a., 1995). Methylfenidaat behoort, net als dexamfetamine, tot de groep van de psychostimulantia. Methylfenidaat bevordert de dopaminerge neurotransmissie, door blokkage van de dopaminetransporter. Als gevolg hiervan komt meer dopamine in de synaps beschikbaar, wat resulteert in een verbeterde dopaminerge neurotransmissie (Volkow e.a., 1998, 2002). De Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) laat zien dat het effect van methylfenidaat op de symptomen van ADHD op de korte termijn (14 maanden) bij kinderen in de schoolleeftijd niet geringer is indien behalve deze stoornis ook ODD of CD voorkomt (MTA Cooperative Group, 1999). Bovendien toont deze studie niet alleen het effect van methylfenidaat aan op de symptomen van ADHD, maar ook op de symptomen van ODD en CD (Swanson e.a., 2001). Combinatiebehandeling toonde bij comorbiditeit van ADHD met ODD een beter effect dan enkel behandeling met medicatie. Vervolgonderzoek in de jaren na deze eerste 14 maanden liet echter geen verschil zien in uitkomst tussen groepen wat betreft de verbetering van ADHD (Jenssen e.a., 2007). Interpretatie van de bevindingen van dit onderzoek worden bemoeilijkt doordat randomisatie na 14 maanden werd gestopt. Hierdoor zijn deelnemers uit verschillende armen op andere behandelmodaliteiten overgegaan. Dit onderzoek toont dat meer onderzoek nodig is naar de langetermijneffecten van psychostimulantia.

Connor e.a. (2002) verrichtten een meta-analyse waarin 28 onderzoeken betrokken werden waarin ook aandacht besteed aan agressief gedrag. In meer dan de helft van deze onderzoeken was er comorbiditeit van ADHD met ODD of CD, terwijl agressief gedrag ook vaak voorkwam zonder ODD of CD. Psychostimulantia bleken een groot effect te hebben op openlijke agressie, zoals bedreigen en vernielen (Cohen's $d = 0,83$) en een matig groot effect op heimelijke of bedekte agressie zoals stelen en liegen (Cohen's $d = 0,69$). Psychostimulantia, in 3/4 van de onderzoeken methylfenidaat, lijken dus een gunstig effect te hebben op agressief gedrag bij kinderen met ADHD.

Gerardin e.a. (2002) maakten een review van onderzoeken naar effectiviteit van medicatie die minimaal 8 kinderen includeerden met een gemiddelde of benedengemiddelde intelligentie die in elk geval CD als diagnose hadden. Zij concludeerden dat methylfenidaat de symptomen van CD verbeterde in geval van comorbiditeit van ADHD met CD. In het onderzoek

van Klein e.a. (1997) was niet ADHD de invalshoek, maar de gedragsstoornis (CD). Bij 2/3 van de kinderen met een gedragsstoornis werd ook ADHD gediagnosticeerd. Methylfenidaat bleek een duidelijk en direct effect te hebben op antisociaal gedrag, ook na controle voor de ernst van de ADHD-symptomen.

Een ander onderzoek laat echter zien dat het effect van methylfenidaat op de symptomen van ODD en CD niet van de formele diagnose ADHD afhangen, maar van de mate waarin symptomen aanwezig zijn (Taylor e.a., 1987). Bij een groep kinderen met ADHD, een gedragsstoornis, of beide stoornissen bleek allereerst dat de symptomen van ODD of CD bij veel kinderen afnamen door medicatietoediening. Dit effect werd niet voorspeld door de diagnose ADHD zelf, maar door de mate van hyperactiviteit: naarmate meer symptomen op dit vlak voorkwamen, was het effect op ODD en CD groter, terwijl bij kinderen met nauwelijks hyperactiviteit methylfenidaat hierop geen effect had.

In de Preschool ADHD Treatment Study (PATS) werd het effect van methylfenidaat onderzocht bij kinderen tussen 3 en 5,5 jaar met ADHD (Greenhill e.a., 2006). Voorafgaand aan de medicatietrial namen de ouders deel aan een oudertraining in opvoedingsvaardigheden. Alleen als het kind na deze behandeling nog voldeed aan de criteria van ADHD, werd het geïncludeerd voor de medicatietrial. Het betrof aldus een zeer ernstige groep. Bij 55% van de geïncludeerde kinderen werd ook de diagnose ODD gesteld. Bij de beoordeling van het effect werden zowel hyperactief gedrag en aandachtsproblemen als agressief en oppositioneel gedrag betrokken. Het effect van methylfenidaat op deze gedragsverschijnselen was significant (Greenhill e.a., 2006). In een andere publicatie over hetzelfde onderzoek werd nagegaan of comorbiditeit met onder andere ODD een invloed had op het effect (Ghuman e.a., 2007). Het bleek dat comorbiditeit met ODD geen invloed had op de grootte van het effect: het effect op de symptomen van beide stoornissen was groot en van dezelfde orde als bij kinderen in de schoolleeftijd (Cohen's $d = 0,8-1,0$).

Kort werkende en lang werkende psychostimulantia

De genoemde onderzoeken betreffen de kort werkende psychostimulantia zoals methylfenidaat. Bij een werkingsduur van 3-4 uur dient een middel meerdere keren op een dag te worden ingenomen, terwijl dit bij langwerkende middelen met een duur van 10-12 of 6-8 uur in principe 1 keer is. In het onderzoek van Sinzig e.a. (2007) werd het effect van een lang werkend methylfenidaat onderzocht bij kinderen en adolescenten met ADHD; bij 58% onder hen werd ODD of CD gediagnosticeerd. Behalve een effect op symptomen van de ADHD kon ook een effect op de symptomen van de ODD of CD worden aangetoond. De effectgrootte voor oppositioneel en agressief gedrag 'ss morgens op school, gerapporteerd door de leraren, was

groot (Cohen's $d = 1,0$); de effectgrootte voor dit gedrag 's middags gerapporteerd door de ouders was lager (Cohen's $d = 0,4$). Er werd gesuggereerd dat dit een gevolg kan zijn van een afnemende effect van het medicijn over de loop van de dag. Ook was het effect op oppositionele symptomen groter dan op agressieve symptomen.

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 1 Het is aangetoond bij kinderen met ADHD dat psychostimulantia een gunstig effect hebben op symptomen van ODD en CD en agressie.

A1: Connor, 2002; Gerardin, 2002.

A2: Ghuman, 2007; Greenhill, 2006; Klein 1007; MTA Cooperative Group, 1999; Taylor 1987.

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat behandeling met methylfenidaat van ODD en CD ook in de afwezigheid van de diagnose ADHD effectief is, vooral als er wel kenmerken van hyperactiviteit en/of impulsiviteit voorkomen.

A2: Klein, 1997; Taylor, 1987.

Niveau 1 Het is aangetoond dat het bijwerkingenprofiel van psychostimulantia niet anders is bij behandeling van ODD en CD al dan niet in combinatie met ADHD, dan bij de behandeling van ADHD alleen.

A1: Gerardin, 2002.

A2: Tcherenissine, 2006.

Praktijkrelevante overwegingen

De meeste kennis en ervaring met psychostimulantia is opgedaan in de behandeling van ADHD. Vandaar dat deze medicatie voor behandelaren vooral aan die stoornis is gekoppeld. De volgende belangrijke overwegingen dienen in de afweging van de keuze van interventies te worden meegenomen.

- Omdat bij 20% tot 30% van de kinderen met ADHD methylfenidaat niet effectief is (Buitelaar e.a., 1995), is gedegen monitoring vereist. Bij ieder kind moet na de start van behandeling worden nagegaan of methylfenidaat een effect heeft op de symptomen, of de dosering adequaat is, en wat de bijwerkingen zijn. Voor starten en bijstellen van medicatie en monitoring van bijwerkingen wordt verwezen naar de **Multidisciplinaire richtlijn ADHD** (Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2005).
- Onderzoek naar de combinatie van farmacotherapie met psychologische behandelingen bij ODD en CD ontbreekt helaas. De klinisch indruk is echter dat medewerking aan psychologische behandelingen verbetert als bepaalde functies zoals de aandacht en de inhibitie gunstig beïnvloed worden door psychofarmaca. Wanneer ouders bijvoorbeeld in de

oudertraining leren meer adequate opdrachten te geven, kan verwacht worden dat het effect beperkt blijft als de aandachtfuncties van het kind tekort blijven schieten. Het effect van meer adequate opdrachten kan daarentegen vergroten naarmate de aandachtfuncties van het kind verbeteren onder invloed van methylfenidaat. Evenzo mag verwacht worden dat kinderen meer kansen krijgen om de cognitieve vaardigheden die ze in de cognitieve gedragstherapie leren, in alledaagse situaties toe te passen indien hun impulsieve wijze van reageren afneemt onder invloed van psychostimulantia.

- Anderzijds blijkt ook dat ouders in sommige gevallen geneigd zijn te zeer op de medicamenteuze behandeling te leunen, ten koste van de pedagogische aanpak. Bij psychostimulantia is dit bij uitstek een gevaar, omdat het effect snel optreedt en de bijwerkingen beperkt zijn. De behandelaar dient hiervoor beducht te zijn, en dit indien voorkomend zo snel mogelijk ter sprake te brengen.
- Uit de praktijk blijkt dat therapietrouw een belangrijk aspect is. Kinderen staan vaak ambivalent tegenover het innemen van medicatie. Daarnaast hebben ze op oudere leeftijd vaak een levenspatroon dat zich kenmerkt door het ontbreken van voldoende structuur. Beide maken dat het van belang is voldoende aandacht te besteden aan het monitoren van de inname van medicatie. Zo dient te worden besproken wat er moet gebeuren als een dosis niet wordt ingenomen (bijvoorbeeld doordat een jongere uitslaapt).
- Een bijzonder aandachtspunt bij psychostimulantia is het risico op misbruik. Hiermee wordt bedoeld het opsparen met als doel in één keer een grote dosis te nemen, dan wel de medicatie te verhandelen. Het verkopen van vooral kort werkende psychostimulantia kan voor jongeren aardige opbrengsten genereren. Kinderen die naast ADHD ook ODD of CD hebben, zijn in het bijzonder een risicogroep hiervoor. De clinicus dient zich ervan te vergewissen dat inname voldoende gemonitord wordt. Bij twijfel kan het aangewezen zijn een lang werkend preparaat te verkiezen boven een kort werkend, omdat de kans op misbruik hiermee afneemt. Dit alleen al omdat het aantal inname momenten vermindert. Indien er aanwijzingen zijn voor misbruik, wordt dit met de jongere besproken. Als erkend wordt dat er sprake is van misbruik, wordt dit een behandeldoel. De uiterste consequentie van herhaald misbruik kan zijn het staken van de behandeling met psychostimulantia.

Aanbevelingen

- Zet psychostimulantia in wanneer kinderen en jongeren bij comorbiditeit met ADHD in hun functioneren ernstig belemmerd worden.
- Overweeg psychostimulantia wanneer kinderen en jongeren veel symptomen van ADHD vertonen, maar onvoldoende om de diagnose te

stellen, en in hun functioneren ernstig belemmerd worden.

- Verwacht bij comorbiditeit met ADHD, of bij het voorkomen van veel ADHD-symptomen zonder diagnose, een gunstig effect van psychostimulantia op symptomen van ODD en CD.
- Overweeg psychostimulantia wanneer geen effect bereikt wordt met psychologische behandelingen terwijl kinderen en jongeren in hun functioneren ernstig belemmerd blijven, ook wanneer weinig of geen ADHD-symptomen voorkomen.
- Combineer behandeling met psychostimulantia steeds met een psychologische behandeling of op zijn minst met ouderbegeleiding.
- Besteed tijdens behandeling met psychostimulantia bijzondere aandacht aan de monitoring van de inname, om onregelmatige inname en misbruik te vermijden.

3 Effectiviteit van atomoxetine bij ODD

Atomoxetine is het tweede keuze middel voor de behandeling van ADHD. Het bevordert de noradrenerge neurotransmissie door het blokkeren van de noradrenalinetransporter (Bymaster e.a., 2002). Het effect van atomoxetine op de symptomen van ADHD is groot (Cohen's $d = 0,71$) (Michelson e.a., 2002) maar iets geringer dan dat van methylfenidaat.

De resultaten van onderzoek naar het effect van atomoxetine op de symptomen van ODD en CD zijn niet eenduidig. In een onderzoek bij een groep kinderen met ADHD van wie 39% ook een oppositioneel-opstandige stoornis had, werd een afname vastgesteld van de symptomen van beide stoornissen. De afname van ADHD-symptomen was even groot in de groep kinderen met ODD als in de groep zonder deze stoornis. De mate van afname van de oppositionele symptomen correleerde met de afname van de symptomen van ADHD (Newcorn e.a., 2005). Uit een onderzoek naar het effect op iets langere termijn van atomoxetine bij kinderen met ADHD van wie 43% ODD had, blijkt dat het oorspronkelijke gunstige effect op de symptomen van beide stoornissen na 9 maanden bleef, evenals het gunstige effect op het psychosociale functioneren van de kinderen (Michelson e.a., 2004).

De resultaten van een meta-analyse van drie onderzoeken naar het effect van atomoxetine op ADHD met ODD gaf eveneens een genuanceerd beeld (Biederman e.a., 2007). De afname van de symptomen van ADHD was niet afhankelijk van het voorkomen van comorbiditeit met ODD. De afname van oppositionele symptomen werd daarentegen toegeschreven aan de afname van de symptomen van ADHD. Belangrijk was ook dat de afname van de oppositionele symptomen niet significant verschilde tussen de behandeling en de placeboconditie. Ook in een andere studie bij 98 kinderen met een

ADHD en ODD werd geen significant effect op oppositionele symptomen aangetoond, wel op symptomen van ADHD (Kaplan e.a., 2004).

Over bijwerkingen wordt vermeld dat behandeling met atomoxetine bij kinderen en adolescenten met ADHD en comorbide ODD zou kunnen leiden tot toegenomen risico op suïcidale ideaties. Er zijn, zij het zeer zelden, ernstige bijwerkingen bij lever en hart gerapporteerd (Turgay e.a., 2009).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 1	Atomoxetine is effectief op de symptomen van ADHD, ook bij kinderen en adolescenten met comorbide ODD. B: Biederman, 2007; Newcorn 2005
Niveau 2	Er zijn tegenstrijdige bevindingen over het effect van behandeling met atomoxetine op symptomen van ODD bij behandeling van kinderen met ADHD en comorbide ODD. Er zijn geen aanwijzingen voor een direct effect van atomoxetine op symptomen van ODD en/of CD. B: Biederman, 2007; Kaplan, 2004; Newcorn, 2005.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat behandeling met atomoxetine bij kinderen en adolescenten met ADHD en comorbide ODD zou kunnen leiden tot toegenomen risico op suïcidale ideaties. Er zijn, zij het zeer zelden, ernstige bijwerkingen bij lever en hart gerapporteerd. B: Turgay, 2009.

Praktijkrelevante overwegingen

Atomoxetine is middel van tweede keus voor de behandeling van ADHD (zie de *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*). Patiënten die te veel last hebben van de bijwerkingen van psychostimulantia, dan wel niet of onvoldoende reageren op psychostimulantia, komen ervoor in aanmerking. Hoewel atomoxetine geen direct effect lijkt te hebben op ODD en/of CD, zijn er redenen om dit middel als optie te overwegen, ook indien deze klachten niet gepaard gaan met ADHD. Deze klinische overweging is slechts gerechtvaardigd als de klachten ontegensprekelijk andere vormen van behandeling in de weg staan. Reden om dit te poverwegen, is dat de volgende medicamenteuze stap het toedienen van antipsychotica is. Deze middelen zijn effectief doch gaan gepaard met ernstige bijwerkingen, zowel op de korte als de lange termijn. Na start van atomoxetine is monitoring in een specialistische setting aangewezen, met oog op zowel lichamelijke als psychische bijwerkingen, in het bijzonder suïcidaliteit.

Voor het beoordelen van het effect en het instellen is meer tijd nodig dan bij methylfenidaat, omdat atomoxetine een middel is waarbij een bloedspiegel moet worden opgebouwd. Het duurt gemiddeld ongeveer veertien

dagen voordat een effect merkbaar is. Monitoring van het effect is, gezien de mogelijke bijwerkingen, aldus noodzakelijk. Als de patiënt eenmaal goed is ingesteld, geldt dat het voortdurend werkzaam is. In tegenstelling tot behandeling met psychostimulantia is er geen sprake van reboundeffecten tussen de medicatie-innames door.

Aanbevelingen atomoxetine bij ODD

- Zet atomoxetine in wanneer kinderen en jongeren bij comorbiditeit met ADHD in hun functioneren ernstig belemmerd worden en onvoldoende effect van psychostimulantia wordt bereikt, of wanneer psychostimulantia ernstige bijwerkingen hebben.
- Verwacht bij comorbiditeit met ADHD niet noodzakelijk een effect van atomoxetine op de symptomen van ODD en CD.
- Overweeg atomoxetine wanneer geen effect bereikt wordt met psychologische behandelingen terwijl kinderen en jongeren in hun functioneren ernstig belemmerd blijven, ook wanneer weinig of geen ADHD-symptomen voorkomen.
- Combineer behandeling met atomoxetine steeds met een psychologische behandeling of op zijn minst met ouderbegeleiding.
- Besteed tijdens de behandeling met atomoxetine bijzondere aandacht aan het optreden van suïcidale ideaties als bijwerking.

4 Effectiviteit van antipsychotica bij ODD en CD

Overzicht van de empirische evidentie

Het effect van klassieke antipsychotica zoals haloperidol op agressief gedrag is reeds lang bekend (Campbell e.a., 1984). In open onderzoeken werd ook een aanwijzing gevonden voor het effect van pipamperon op gedragsproblemen (Van Renynghe de Voxvrue & De Bie, 1976; Deberdt, 1976). Pipamperon is dan ook geregistreerd voor de behandeling van ernstige vormen van opwinding en onrust; de extrapyramidale verschijnselen zouden beperkt zijn. Het is echter niet aangetoond dat pipamperon de symptomen van ODD en/of CD beïnvloedt. Het is onduidelijk wat het werkingsmechanisme is van antipsychotica voor agressie. De vraag is vooral of er een rechtsreeks invloed is op agressie, dan wel of de werking kan worden toegeschreven aan het sedatieve effect (Gerardin, 2002). Vanwege de nadelige bijwerkingen van klassieke antipsychotica, waaronder extrapyramidale verschijnselen, werd het effect van atypische antipsychotica zoals risperidon herhaald onderzocht. Het effect van antipsychotica op de vermindering van vooral agressief gedrag is herhaaldelijk gerapporteerd (Gerardin, 2002). Risperidon is effectief voor agressief gedrag bij kinderen met CD (Findling e.a., 2000), bij kinderen met een benedengemiddelde

intelligentie en ODD of CD (Snyder e.a., 2002) en bij adolescenten met een benedengemiddelde intelligentie en ernstige vormen van agressief gedrag (Buitelaar e.a., 2001). Er zijn andere atypische antipsychotica die in aanmerking komen, zoals olanzapine, quetiapine en aripiprazol, doch gecontroleerd onderzoek naar het effect van deze middelen bij ODD en/of CD ontbreekt.

Atypische antipsychotica hebben tal van kortetermijn- en langetermijnbijwerkingen. De bijwerkingen van risperidon werden nagegaan in een onderzoek naar langdurig gebruik (48 weken) bij 107 kinderen met enerzijds ofwel ODD en/of CD en anderzijds met zwakbegaafdheid of lichte dan wel matige verstandelijke beperking (Findling e.a., 2004). Gewichtstoename kwam voor bij 1 op de 5 kinderen. Hoewel er gemiddeld op groepsniveau geen stijging te zien was op een schaal voor extrapiramidale symptomen, diende één patiënt vanwege extrapiramidale bijwerkingen medicamenteus behandeld te worden. Tardieve dyskinesie kwam niet voor, evenmin een ongunstig effect op het cognitieve functioneren. Er dient echter vermeld dat deze groep een niet een normale intelligentie had, waardoor deze bevindingen niet generaliseerbaar zijn naar een cognitief normale populatie. Eerder is beschreven dat antipsychotica meer dan andere middelen besproken in dit hoofdstuk het dagelijkse leven beïnvloeden (Campbell e.a., 1984). Een belangrijke reden hiervoor is het sedatieve effect, dat rechtstreeks kan interfereren met het cognitieve functioneren.

Verschillende publicaties hebben mogelijke langetermijngevolgen van atypische antipsychotica beschreven, zoals een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten en diabetes vanwege de invloed van deze middelen op het glucose- en vetmetabolisme (Overbeek e.a., 2010). Voor overige bijwerkingen wordt verwezen naar bespreking van antipsychotica in de formularia zoals beschikbaar via het Kenniscentrum voor Kinder- en jeugdpsychiatrie.

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 1	Het is aangetoond dat antipsychotica, zowel de klassieke als de atypische, symptoomreductie geven bij zowel ODD als CD. A1: Gerardin, 2002; Ipser, 2007.
-----------------	---

Niveau 2	Het is aannemelijk dat risperidon effectief is in de behandeling van agressie en ernstige gedragproblemen bij kinderen met een verstandelijke beperking. A2: Buitelaar, 2001; Snyder, 2002.
-----------------	--

Niveau 2	Het is aannemelijk dat er ernstige langetermijngevolgen kunnen zijn van behandeling met (atypische) antipsychotica, waaronder een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten en diabetes vanwege de invloed van deze middelen op het glucose- en vetmetabolisme. A2: Overbeek, 2010.
-----------------	--

Praktijkrelevante overwegingen

Als in de loop van de behandeling ernstige vormen van agressief gedrag voorkomen, ondanks de inzet van psychologische behandelingen en eerdergenoemde psychofarmaca, kunnen antipsychotica overwogen worden.

Echter, het komt ook voor dat bij de aanvang van behandeling men geconfronteerd wordt met niet hanteerbaar agressief gedrag, waarbij dit gedrag een acuut gevaar vormt voor de patiënt zelf en de omgeving. Naast agressie hanteringsmethodieken kunnen in die situatie antipsychotica overwogen worden.

De keuze van het antipsychoticum zal niet zozeer op basis van werking, maar op basis van vermoedelijk bijwerkingsprofiel van het middel dienen te worden gemaakt.

Door een mogelijk verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten en diabetes vanwege de invloed van deze middelen op het glucose- en vetmetabolisme is systematische monitoring van somatische complicaties met regelmatige bloedcontroles aangewezen (voor een schema zie Overbeek e.a., 2010).

Aanbevelingen

- Overweeg een atypisch antipsychoticum bij ernstige vormen van agressief gedrag die niet reageren op psychologische behandelingen, psycho-stimulantia of atomoxetine.
- Wees terughoudend met het starten van een behandeling met een atypisch antipsychoticum vanwege de bijwerkingen: op korte termijn gewichtstoename en op langere termijn onzekerheid over het risico op hart- en vaatziekten en diabetes.
- Spreek daarom een behandelperiode af van drie maanden of maximaal zes maanden waarna de behandeling wordt afgebouwd.
- Combineer een atypisch antipsychoticum voor de afname van agressief gedrag steeds met een psychologische behandeling.

5 Overige medicatie bij ODD en CD

Van enkele andere psychofarmaca is er enig bewijs van effectiviteit bij ODD en CD. De volgende subparagrafen behandelen achtereenvolgens stemmingsstabilisatoren (paragraaf 5.1), antidepressiva (paragraaf 5.2) en alpha-adrenerge stimulantia (paragraaf 5.3).

5.1 Effectiviteit van stemmingsstabilisatoren bij ODD en CD

Lithium en natriumvalproaat worden ingezet bij kinderen en adolescenten met zeer ernstige symptomen van vooral CD. Het betreft een categorie van medicijnen die met uiterste zorgvuldigheid moeten worden toegediend.

- Lithium is een stemmingsstabilisator die effectief is in de behandeling van manie.
- Natriumvalproaat is een antiepilepticum dat gebruikt wordt bij de behandeling van de bipolaire stoornis.
- Carbamazepine is een antiepilepticum, dat ook onderzocht is op effectiviteit op agressieve symptomen.

Overzicht van de empirische evidentie

Lithium

De hier besproken onderzoeken werden bij opgenomen kinderen uitgevoerd, omdat regelmatige controle van bloedspiegels nodig is. Voor zover bekend zijn er geen onderzoeken in poliklinische populaties uitgevoerd. Daarmee is de mogelijke effectiviteit ook gerelateerd aan een specifieke groep kinderen, namelijk diegenen die worden opgenomen. Poliklinische behandeling wordt hierdoor bemoeilijkt.

Het effect van lithium op agressief gedrag is herhaaldelijk aangetoond bij kinderen met ODD of CD (Turgay e.a., 2009 over Campbell e.a., 1995 en Malone e.a., 2000; Campbell e.a., 1984;), zij het ook soms niet (Rifkin e.a., 1997).

Ipser e.a. (2007) includeerden 2 onderzoeken met in totaal 90 proefpersonen in hun systematische review, waarin zij resultaten voor placebocontroleerde RCT's met lithium bespraken. Het gevonden relatieve risico was 4,22 bij een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 1,83 tot 9,74.

De meta-analyse (Pappadopulos e.a., 2006, in Turgay e.a., 2009) waarbij alle onderzoeken die agressief gedrag behandelden bij kinderen en adolescenten werden bekeken, gaven voor lithium een effectgrootte van 0,4.

Gerardin e.a. (2002) concludeerden dat lithium de meest gedocumenteerde medicatie voor CD bij jongeren zou zijn. Er zijn verscheidene placebocontroleerde onderzoeken die aangetoond hebben dat lithium effectief is ter behandeling van agressie, met minder bijwerkingen dan antipsychotica.

Sommige geïncludeerde onderzoeken wijzen in de richting van langetermijnveiligheid; andere onderzoeken laten zien dat er te weinig bekend is van de bijwerkingen bij gebruik op een dergelijke jonge leeftijd. Echter, de kwaliteit van deze review is matig.

Natriumvalproaat

Aanwijzingen voor effect op explosief gedrag en stemmingslabiliteit bij kinderen met ODD of CD werden gevonden in een niet-gecontroleerde studie (Donovan e.a., 2000). De uitkomst van een gecontroleerde studie bij gebruik van natriumvalproaat bij agressie van kinderen en adolescenten met ontwikkelingsstoornissen was negatief. Geadviseerd wordt om voorzichtig te zijn met gebruik hiervan bij deze jongeren (Conner e.a., 2006). Steiner e.a. (2003) deden een gerandomiseerde gecontroleerde klinische trial met natriumvalproaat, van 7 weken bij 71 normaal begaafde jongens van 1 campus met DSM-IV-criteria voor CD, gemiddeld 15.9 jaar en met minimaal 1 strafrechtelijke vervolging. De interventiegroep werd verdeeld over een *low dose group* (125 mg/dag tot 250 mg/dag) en een *high dose group* (gemiddeld 1.000 mg/dag met variatie tussen 500 mg-1.500 mg). 58 Jongens maakten de trial af. Er werden aanwijzingen gevonden voor een significante dosisafhankelijke verbetering op de impulscontrole en zelfbeheersing. Dit werd zowel door klinici als patiënten gescoord.

Carbamazepine

Carbamazepine is niet effectief gebleken in vergelijking met placebo (Connor e.a., 2006). Ook Cueva e.a. (1996 in Turgay e.a., 2009) toonden geen significant verschil aan tussen carbamazepine en placebo bij een placebogecontroleerde RCT (n = 22 carbamazepine 400-800 mg/dag).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 1 Het is aangetoond dat lithium effectief is op vooral agressiviteit bij zowel ODD als CD bij klinische populaties. Wel worden verschillen gevonden in effectiviteit tussen jonge kinderen (wel effect) en adolescenten (geen effect). De effectiviteit is vergelijkbaar met die van klassieke antipsychotica.

A1: Gerardin, 2002; Ipser, 2007.

C: Turgay, 2009

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat natriumvalproaat effectief is in behandeling van kinderen met disruptief gedrag.

A2: Steiner, 2003.

C: Donovan, 2000.

Niveau 2	Het is aannemelijk dat carbamazepine niet effectief is in de behandeling van symptomen van ODD en/of CD.
A2:	Connor, 2006; Cueva, 1996.

Praktijkrelevante overwegingen

Hoewel voor zowel lithium als natriumvalproaat effect wordt gevonden in empirische onderzoeken, wil de werkgroep een aantal kanttekeningen plaatsen. Behandeling met deze middelen vereist een aantal zaken, waaronder zorgvuldige monitoring bij het instellen op de medicatie. Die monitoring maakt dat instelling alleen mogelijk is in een klinische setting. Daarbij moet voorafgaand aan het opstarten van deze medicatie worden nagegaan of het mogelijk is om de behandeling voort te zetten na afloop van de klinische behandeling. De medicatie is immers gericht op zeer langdurige behandeling. Om ook tijdens de behandeling de compliance en effectiviteit te bespreken, is een goede relatie tussen patiënt, diens familie en de hulpverlener noodzakelijk. Dit leidt ertoe dat in Nederland, voor zover binnen de werkgroep bekend, lithium niet of nauwelijks wordt toegepast voor de behandeling van ODD en CD. Dat geldt ook voor natriumvalproaat. Voor verdere bijwerkingen van deze middelen wordt verwezen naar de betreffende formularia, beschikbaar via het Nederlands Kenniscentrum Kinder & Jeugdpsychiatrie.

Tot slot zij opgemerkt dat de beschikbare evidentie voor antipsychotica veel sterker is dan die voor natriumvalproaat. Bij aanwijzingen voor epilepsie of temporale afwijkingen is natriumvalproaat te overwegen boven antipsychotica.

Aanbevelingen stemmingsstabilisatoren

- Overweeg valproaat als medicatie bij agressie als er sprake is van epilepsie of temporale afwijkingen.
- Overweeg in uitzonderlijke gevallen lithium als behandeling tegen agressief gedrag. Stel in op lithium in klinisch verband, gezien de intensieve monitoring.
- Carbamazepine dient niet als middel voor behandeling van ODD en CD te worden ingezet.

5.2 Effectiviteit van alpha-adrenerge stimulantia bij ODD en CD

Clonidine en guanfacine zijn middelen uit de groep alpha-adrenerge stimulantia. Guanfacine is onvoldoende onderzocht op effectiviteit bij ODD en CD al dan niet in aanwezigheid van ADHD. Derhalve wordt dit middel verder niet besproken.

Overzicht van de evidentie

Uit een meta-analyse met 11 onderzoeken bleek dat clonidine een matig effect (Cohen's $d = 0,58$) heeft op symptomen van ADHD bij kinderen met ADHD en verschillende andere stoornissen waaronder een gedragsstoornis (Connor e.a., 1999). Het effect op ADHD-symptomen is dus geringer dan dat van psychostimulantia. Bijwerkingen kwamen vaak voor. Ook werd onderzocht of de toevoeging van clonidine aan psychostimulantia bij kinderen met ADHD en ODD of CD resulteerde in een afname van hyperactiviteit en gedragsproblemen: deze combinatie leidde tot een afname in gedragsproblemen maar niet in hyperactiviteit (Hazell & Stuart, 2003). Er is evenwel een mogelijk zeer ernstige bijwerking die verder onderzocht wordt: vier doden zijn gerapporteerd bij de FDA. Het betroffen vier kinderen die op een moment tegelijkertijd ('... at one time had been taken...') clonidine en methylfendaat tegelijkertijd innamen. Er wordt nu sowieso aangeraden om voorzichtig te zijn bij gebruik van clonidine met cardiaal belaste patiënten (Turgay e.a., 2009).

Samenvatting van de evidentie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat clonidine als aanvulling op standaardbehandeling met psychostimulantia enig gunstig effect kan hebben op symptomreductie van zowel ADHD als comorbide ODD en CD. A2: Hazel, 2003.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van methylfendaat met clonidine kan leiden tot ernstige cardiale complicaties. B: Turgay, 2009.

Praktijkrelevante overwegingen

Vanwege de mogelijk ernstige bijwerkingen is grote voorzichtigheid aangevoelen bij cardiaal belaste patiënten.

Aanbeveling alpha-adrenerge stimulantia bij ODD en CD

- Overweeg clonidine alleen bij comorbiditeit met ADHD voor de behandeling van ADHD. Echter, grote voorzichtigheid is geboden bij cardiaal belaste patiënten.

5.3 Effectiviteit van antidepressiva bij ODD en CD

Er is geen vergelijkend onderzoek beschikbaar naar effectiviteit van antidepressiva bij behandeling van ODD en CD. Wel zijn er kleine open-labelonderzoeken beschikbaar die in beperkte mate aanwijzingen vinden voor enig effect. In die gevallen gaat het om effect op ODD- en/of CD-symptomen

bij comorbide stemmingsstoornissen. Het gaat daarbij om de volgende middelen en onderzoeken:

- citalopram: Armenteros e.a. (2002);
- desipramine: Conner e.a. (2006);
- bupropion: Turgay e.a. (2009);
- combinatie van psychostimulantia en antidepressiva: Turgay e.a. (2009);
- trazadon: Zubieta e.a. (1992 in Tscherenissine e.a., 2006);
- fluoxetine: Riggs e.a. (1997);
- reboxetine: Mozes e.a. (2005).

Daarbij wordt opgemerkt dat het hierbij gaat om het effect van antidepressiva op symptomen van ODD en CD in aanwezigheid van comorbide depressie of dysthymie. Dit zegt uiteraard niets over mogelijke effecten van antidepressiva op symptomen van depressie bij kinderen en adolescenten met stemmingsstoornissen en comorbide ODD en/of CD, dan wel op invloed van antidepressiva op symptomen van ODD en/of CD zonder comorbide depressie of dysthymie.

In recent onderzoek (Turgay e.a., 2009) wordt bevestigd dat het effect van antidepressiva mogelijk gekoppeld is aan specifieke combinaties van angst- en stemmingsstoornissen hetzij specifieke groepen kinderen met ODD en/of CD.

Voor de inzet van antidepressiva bij kinderen en jongeren met ODD en/of CD met een comorbide dysthymie of depressie wordt verwezen naar het *Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie* (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ, 2009).

Samenvatting van de empirische evidentie

Niveau 3 Er zijn vooralsnog onvoldoende bewijzen voor het gebruik van antidepressiva ter behandeling van ODD en CD.

C: Armenteros, 2002; Conner, 2006; Mozes, 2005; Tscherenissine, 2006; Turgay, 2009; Riggs, 1997; Zubieta, 1992.

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat, bij comorbiditeit van een depressieve stoornis of een angststoornis met ODD of CD, het gebruik van antidepressiva de symptomen van ODD en CD positief kan beïnvloeden.

C: Armenteros, 2002; Conner, 2006; Mozes, 2005; Tscherenissine, 2006; Turgay, 2009; Riggs, 1997; Zubieta, 1992.

Praktijkrelevante overwegingen

Door het inzetten van antidepressiva, en dan vooral die uit de jongere generatie, wordt ingezet op het serotonerge systeem. Dit heeft invloed op onder andere de inhibitie. Dit kan ertoe leiden dat patiënten minder

controle hebben over hun impulsen. Bij suïcidale gedachten en plannen kan dit het risico op suïcide verhogen.

Aanbevelingen antidepressiva bij ODD en CD

- Overweeg inzet van antidepressiva bij ODD- en CD-patiënten die comorbide stemmingsstoornissen hebben.
- Houd bij inzet van antidepressiva bij kinderen en jongeren met comorbide stemmingsstoornissen rekening met mogelijke suïcidaliteit en suïcidale ideatie.

5.4 Benzodiazepinegebruik

Benzodiazepines worden binnen de psychiatrie ingezet als angstremmer, en als kalmeringsmiddel. Dat laatste ook in crisissituatie waarin patiënten zeer onrustig en/of agressief zijn. Bij langdurig gebruik treedt al snel tolerantie op. Daardoor hebben middelen uit deze categorie sterk verslavende eigenschappen.

Overzicht van de empirische evidentie

Er zijn geen onderzoeken bekend naar de effectiviteit van benzodiazepines op symptomen van ODD en/of CD.

Praktijkrelevante overwegingen

Gezien het verslavende karakter van deze medicatie dient inzet hiervan binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie met uiterste zorgvuldigheid te worden uitgevoerd.

Niettemin kunnen er in crisissituaties omstandigheden zijn waarin kalmering van de patiënt noodzakelijk is om de veiligheid van de patiënt en diens omgeving te waarborgen. In de praktijk wordt dan veelal een keuze gemaakt tussen antipsychotica en benzodiazepines, of wordt gekozen voor een combinatie daarvan.

De werkgroep wijst erop dat benzodiazepines in principe slechts kortdurend (niet langer dan twee weken) kunnen worden ingezet, waarbij een aflopend doseringsschema wordt gehanteerd.

Aanbeveling benzodiazepinegebruik

- Overweeg inzet van benzodiazepines alleen in situaties waarbij de patiënt door onrust en/of agressie een direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Die behandeling dient altijd kort te zijn, met het oog op mogelijke verslaving aan benzodiazepines.

Literatuur

Artikelen waarvan een evidencetabel online is te raadplegen (zie colofon, pagina 4)

- Biederman, J., Spencer, T.J., Newcorn, J.H., Gao, H., Milton, D.R., Feldman, P.D., e.a. (2007). Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: A meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology*, *190*, 31-41.
- Connor, D.F., Carlson, G.A., Chang, K.D., Daniolos, P.T., Ferziger, R., Findling, R.L., e.a. (2006). Juvenile maladaptive aggression: A review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 808-820.
- Gerardin, P., Cohen, D., Mazet, P., & Flament, M.F. (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, *12*, 361-370.
- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., e.a. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 1284-1293.
- Ipser, J., & Stein, D.J. (2007). Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology*, *191*, 127-140.
- Klein, R.G., Abikoff, H., Klass, E., Ganeles, D., Seese, L.M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 1073-1080.
- Michelson, D., Buitelaar, J.K., Danckaerts, M., Gillberg, C., Specer, T.J., Zuddas, A., e.a. (2004). Relapse prevention in pediatric patients with ADHD treated with atomoxetine: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 896-904.
- Tcherenissine, O.V., & Lieving, L.M. (2006). Pharmacological aspects of the treatment of conduct disorder in children and adolescents. *CNS Drugs*, *20*, 549-565.
- Turgay, A. (2009). Psychopharmacological treatment of oppositional defiant disorder. *CNS Drugs*, *23*, 1-17.

Artikelen in de wetenschappelijke onderbouwing waarvan geen evidencetabel is

- Armenteros, J.L., & Lewis, J.E. (2002). Citalopram treatment for impulsive aggression in children and adolescents: An open pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 522-529.
- Buitelaar, J.K., Gaag, R.J. van der, Swaab-Barneveld, H., & Kuiper, M. (1995). Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1225-1032.
- Buitelaar, J.K., Gaag, R.J. van der, Cohen-Kettenis, P., & Melman, C.T. (2001). A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 239-248.
- Bymaster, F.P., Katner, J.S., Nelson, D.L., Hemrick-Luecke, S.K., Threlkeld, P.G., Heiligenstein, J.H., e.a. (2002). Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: A potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology*, 27, 699-711.
- Campbell, M., Adams, P.B., Small, A.M., Kafantaris, V., Silva, R.R., Shell, J., e.a. (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 445-453.
- Campbell, M., Small, A.M., Green, W.H., Jennings, S.J., Perry, R., Bennett, W.G., e.a. (1984). Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate: A comparison in hospitalized aggressive children with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41, 650-656.
- Connor, D.F., Fletcher, K.E., & Swanson, J.M. (1999). A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1551-1559.
- Connor, D.F., Glatt, S., Lopez, I., Jackson, D., & Melloni, R. (2002). Psychopharmacology and Aggression. I A Meta analysis of stimulant effects on overt-covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 253-261.
- Cueva, J.E., Overall, J.E., Small, A.M., Armenteros, J.L., Perry, R., & Campbell, M. (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 480-490.
- Deberdt, R. (1976). Pipamperone (Dipiperone) in the treatment of behaviour disorders. A large multicenter evaluation. *Acta Psychiatrica Belgica*, 76, 157, 1.

- Donovan, S.J., Stewart, J.W., Nunes, E.V., Quitkin, F.M., Parides, M., Daniel, W., e.a. (2000). Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: A double-blind, placebo-controlled crossover design. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 818-820.
- Findling, R.L., McNamara, N.K., Branicky, L.A., Schluchter, M.D., Lemon, E., & Blumer, J. (2000). A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 509-516.
- Findling, R.L., Aman, M.G., Eerdeken, M., Derivan, A., & Lyons, B. (2004). Long-term, open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and below-average IQ. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 677-684.
- Ghuman, J.K., Riddle, M.A., Vitiello, B., Greenhill, L.L., Chuang, S.Z., Wigal, S.B., e.a. (2007). Comorbidity moderates response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *17*, 563-580.
- Hazell, P.L., & Stuart, J.E. (2003). A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 886-894.
- Jensen, P.S., Arnold, L.E., Swanson, J.M., Vitiello, B., Abikoff, H.B., Greenhill, L.L., e.a. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. (2007). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 989-1002.
- Kaplan, S., Heiligenstein, J., West, S., Harder, D., Dittman, R., Casat, C., & Wernicke, J.F. (2004). Efficacy and safety of atomoxetine in childhood attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder. *Journal of Attention Disorders*, *8*, 45-52.
- Malone, R.P., Delaney, M.A., Luebbert, J.F., Cater, J., & Campbell, M. (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 649-654.
- Michelson, D., Allen, A.J., Busner, J., Casat, C., Dunn, D., Kratochvil, C., e.a. (2002). Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1896-1901.
- Mozes, T., Meiri, G., Ben-Amity, G., Sabbagh, M., & Weizman, A. (2005). Reboxetine as an optional treatment for hyperkinetic conduct disorder: a prospective open-label trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *15*, 259-269.

- MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The Multimodal Treatment Study of Children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Newcorn J.H., Spencer T.J., Biederman J., Milton D.R., & Michelson, D. (2005). Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 240-248.
- Overbeek, W.A., Vroede, M.A.M. de, Lahuis, B.E., Hillegers, M.H.J., & Graeff-Meeder, E.R. de. (2010). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 311-320.
- Pappadopulos, E., Woolston, S., Chait, A., Perkins, M., Connor, D.F., & Jensen, P.S. (2006). Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: efficacy and effect size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 27-39.
- Rifkin, A., Karajgi, B., Dicker, R., Perl, E., Boppana, V., Hasan, N., e.a. (1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 554-555.
- Riggs, P.D., Mikulich, S.K., Coffman, L.M., & Crowley, T.J. (1997). Fluoxetine in drug-dependent delinquents with major depression: An open trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 87-95.
- Sinzig, J., Döpfner, M., Lehmkuhl, G.; German Methylphenidate Study Group (2007). Long-acting methylphenidate has an effect on aggressive behaviour in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17, 421-432.
- Snyder, R., Turgay, A., Aman, M., Binder, C., Fisman, S., & Carroll, A. (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1026-1036.
- Steiner, H., Petersen, M.L., Saxena, K., Ford, S., & Matthews, Z. (2003). Divalproex sodium for the treatment of conduct disorder: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1183-1191.
- Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ. (2009). *Addendum Jeugd bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ. (2011). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen* (2e revisie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Swanson, J., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Conners, C.K., Abikoff, H.B., e.a. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of the treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168-179.

- Taylor, E., Schachar, R., Thorley, G., Wieselberg, H.M., Everitt, B., & Rutter, M. (1987). Which boys respond to stimulant medication? A controlled trial of methylphenidate in boys with disruptive behaviour. *Psychological Medicine*, *17*, 121-143.
- Troost, P.W., Kalverdijk, L.J., Cohen, A.P. & Beuk, N.J.M. (2012). *Handreiking off-label medicatie voorschrijven in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: NVvP.
- Van Renynghe de Voxvrue, G., & De Bie, M. (1976). Character neuroses and behavioural disorders in children: their treatment with pimipamperone (Dipiperon): A clinical study. *Acta Psychiatrica Belgica*, *76*, 688-695.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Gatley, S.J., Logan, J., Ding, Y.S., e.a. (1998). Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1325-1331.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Logan, J., Franceschi, D., Maynard, L., e.a. (2002). Relationship between blockade of dopamine transporters by oral methylphenidate and the increases in extracellular dopamine: Therapeutic implications. *Synaps*, *43*, 181-187.
- Zubieta, J.K., & Alessi, N.E. (1992). Acute and chronic administration of trazodone in the treatment of disruptive behavior disorders in children. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *12*, 346-351.

Hoofdstuk 6.4

Behandelmethode op elkaar afstemmen

1 Inleiding

Na de vaststelling van ODD of CD en eventuele comorbide stoornissen is het de vraag hoe de verschillende effectieve gebleken behandelmethoden in te zetten. Voor de te maken keuzen hierbij is er geen empirisch bewijs. Klinische overwegingen vormen dan ook het uitgangspunt bij de te maken keuzen.

2 Uitgangspunten

Farmacotherapie en psychologische behandelingen kunnen in combinatie met elkaar worden ingezet, of op elkaar volgend. Als uitgangspunt geldt hierbij allereerst dat farmacotherapie nooit als afzonderlijke behandeling wordt aangeboden, maar steeds in combinatie met een psychologische behandeling. Onder in combinatie met elkaar wordt hier niet verstaan dat farmacotherapie en een psychologische behandeling tegelijkertijd worden gestart; wel dat met de ouders, het kind en de jongere wordt afgesproken dat na de start van de ene behandeling de andere zal volgen. Immers, een adequate beoordeling van het effect van medicatie wordt verstoord door het tegelijkertijd starten van een andere vorm van behandeling. Wanneer bijvoorbeeld in het geval van een ernstige vorm van ADHD de combinatie van psychostimulantia met een psychologische behandeling wordt voorgesteld en afgesproken, zal eerst het effect van de medicatie op de symptomen van ADHD en ODD of CD beoordeeld worden, waarna de psychologische behandeling wordt gestart, ongeacht het gunstige effect van de farmacotherapie.

Onder 'op elkaar opvolgend' wordt verstaan dat voorgesteld en afgesproken wordt dat eerst de ene behandeling wordt afgemaakt alvorens, na evaluatie, indien nodig, de andere te starten. Bij comorbiditeit met een matige vorm van ADHD kan bijvoorbeeld eerst een oudertraining of systemische behandeling worden gestart; echter, na de vaststelling van onvoldoende effect van deze psychologische behandeling en na het vaststellen van de negatieve invloed van tekorten in de aandachts- en inhibitiefuncties op de beïnvloedbaarheid van de ODD- of CD-symptomen, kan alsnog farmacotherapie worden voorgesteld en afgesproken.

Voor wat de combinatie van psychologische behandelingen en farmacotherapie betreft is het volgende nog relevant. De klinische ervaring wekt de indruk dat psychologische behandelingen van kinderen en jongeren met ODD of CD bij comorbiditeit met een ernstige vorm van ADHD meer kans hebben effectief te zijn wanneer de symptomen en ermee samenhangende functiestoornissen van ADHD gunstig beïnvloed worden. Als aandacht- en inhibitiefuncties bijvoorbeeld tekort blijven schieten, belemmert dat de deelname van kinderen en jongeren met ODD of CD en ADHD aan cognitieve gedragstherapie tijdens de sessies. Ook krijgen kinderen en jongeren meer kansen om de cognitieve vaardigheden die ze in de cognitieve gedragstherapie leren, in alledaagse situaties toe te passen indien hun impulsieve wijze van reageren afneemt onder invloed van psychostimulantia. Evenzo suggereert de klinische ervaring dat de oudertraining meer kans maakt effectief te zijn wanneer de comorbiditeit met een ernstige vorm van ADHD door middel van farmacotherapie gunstig beïnvloed wordt. Wanneer ouders bijvoorbeeld in de training leren meer adequate opdrachten te geven, is het effect hiervan beperkt als de aandachtfuncties van het kind tekort blijven schieten. Het effect van meer adequate opdrachten daarentegen kan toenemen naarmate de aandachtfuncties van het kind verbeteren onder invloed van psychostimulantia.

Ten slotte dient de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt te worden gekozen: poliklinisch, dagklinisch of klinisch. De meeste kinderen en jongeren kunnen poliklinisch worden behandeld. In situaties van ernstig gevaar voor anderen of zichzelf is klinische behandeling echter aangewezen. Ook als onvoldoende effect wordt bereikt in poliklinisch verband, of als er ernstige belemmeringen zijn voor de deelname aan de poliklinische behandeling door het gezin, kunnen de genoemde methoden worden ingezet in (dag)klinisch verband. De leefgroep van de (dag)klinische setting biedt kinderen en jongeren bovendien veel kansen om de te leren vaardigheden in te slijpen in hun gedrag. Er dient echter gewaakt te worden voor *deviancy training*, in het bijzonder bij jongeren.

3 Praktijkrelevante overwegingen

Bij de keuze tussen combinatie van behandelmethode dan wel opeenvolging van methoden zijn de volgende invalshoeken relevant: de leeftijd, het vóórkomen van comorbiditeit met ADHD en het vóórkomen van fysieke agressie.

3.1 Alle leeftijden

Voor alle leeftijden van het kind geldt dat psycho-educatie voor de ouders als eerste stap aangewezen is. Psycho-educatie voor kinderen en jongeren,

aangepast aan hun ontwikkelingsniveau, is ook nuttig bij de aanvang en in de loop van de behandeling. Ouderbegeleiding, soms als vervolg op psycho-educatie, kan in de loop van de behandeling in wisselende vorm van intensiteit worden aangeboden. Ouderbegeleiding kan bijdragen tot het creëren van behandelvoorwaarden door ondersteuning te bieden aan het gezin bij de oplossing van praktische problemen van het leven van alledag, zoals toegang krijgen tot financiële ondersteuning en het organiseren van andere hulpverlening.

3.2 Kinderen jonger dan 6 jaar

Voor kinderen jonger dan 6 jaar met ODD of CD is de gedragstherapeutische oudertraining in opvoedingsvaardigheden als behandelmethode aangewezen. Wanneer bij comorbiditeit met ADHD het effect onvoldoende is, komt farmacotherapie met methylfenidaat in aanmerking waarbij de psychologische behandeling wordt gecontinueerd.

3.3 Kinderen van 6 tot 12 jaar

Voor kinderen van 6 tot 12 jaar met ODD of CD zonder comorbiditeit met ADHD is de gedragstherapeutische oudertraining in opvoedingsvaardigheden de eerste stap. Bij een ernstige vorm van ODD of CD is er vanaf 8 jaar een indicatie voor de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie. Wanneer bij evaluatie de symptomen niet zijn afgenomen terwijl ODD of CD in ernstige mate blijft voorkomen, komt methylfenidaat in aanmerking, vooral als er symptomen van ADHD voorkomen zonder formele diagnose van ADHD. Als deze behandelmethoden onvoldoende effectief blijken te zijn en ernstige vormen van fysiek agressief gedrag komen voor, kan een kortdurende behandeling met een atypisch antipsychoticum gestart worden.

Na een periode van maximaal een halfjaar wordt deze behandeling gestaakt om te beoordelen of fysiek agressief gedrag opnieuw voorkomt. Als na het staken ernstige vormen van fysieke agressie blijven voorkomen, vindt heronderzoek plaats. Niet alleen de inzet van de verschillende behandelmethoden wordt heroverwogen, maar ook de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt: in plaats van poliklinische behandeling kan dagklinische of klinische behandeling aangewezen zijn. Mocht de behandeling met een atypisch antipsychoticum hervat worden, dan vindt na een halfjaar opnieuw een evaluatie plaats.

3.4 Kinderen 6-12 jaar en comorbide ADHD

Voor kinderen van 6 tot 12 jaar met ODD of CD en comorbide ADHD is de combinatie aangewezen van oudertraining en psychostimulantia wanneer er een indicatie is voor farmacotherapie voor de behandeling van ADHD.

Van psychostimulantia mag een effect op de symptomen van ODD en CD verwacht worden. Bij onvoldoende effect van psychostimulantia of bij ernstige bijwerkingen komt atomoxetine in aanmerking voor de beïnvloeding van de symptomen van ADHD; een effect op de symptomen van ODD en CD hoeft niet verwacht te worden. Bij een ernstige vorm van ODD en CD is er vanaf 8 jaar een indicatie voor de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie. Als deze behandelmethoden onvoldoende effectief blijken te zijn en ernstige vormen van fysiek agressief gedrag komen voor dan kan een kortdurende behandeling met een atypisch anti-psychoticum gestart worden.

Na een periode van maximaal een halfjaar wordt deze behandeling gestaakt om te beoordelen of fysiek agressief gedrag opnieuw voorkomt. Als na het staken ernstige vormen van fysieke agressie blijven voorkomen, vindt heronderzoek plaats. Niet alleen de inzet van de verschillende behandelmethoden wordt heroverwogen, maar ook de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt: in plaats van poliklinische behandeling kan dagklinische of klinische behandeling aangewezen zijn. Mocht de behandeling met een atypisch antipsychoticum hervat worden, dan vindt na een halfjaar opnieuw een evaluatie plaats.

3.5 Jongeren vanaf 13 jaar

Voor jongeren vanaf 13 jaar met ODD of CD gelden dezelfde uitgangspunten als voor kinderen tussen 6 en 12 jaar waarbij de psychologische behandeling bestaat een systemische behandeling. Bijzondere aandacht verdient de motivatie van de jongere, zowel met het oog op de deelname aan de psychologische behandeling als de therapietrouw bij farmacotherapie. In afwezigheid van comorbiditeit met ADHD is de systemische behandeling de eerste stap. Wanneer bij evaluatie de symptomen niet zijn afgenomen terwijl ODD of CD in ernstige mate blijft voorkomen, komt methylfenidaat in aanmerking, vooral als er symptomen van ADHD voorkomen zonder formele diagnose van ADHD. Als deze behandelmethoden onvoldoende effectief blijken te zijn en ernstige vormen van fysiek agressief gedrag komen voor dan kan een kortdurende behandeling met een atypisch anti-psychoticum gestart worden.

Na een periode van maximaal een halfjaar wordt deze behandeling gestaakt om te beoordelen of fysiek agressief gedrag opnieuw voorkomt. Als na het staken ernstige vormen van fysieke agressie blijven voorkomen dan vindt heronderzoek plaats. Niet alleen de inzet van de verschillende behandelmethoden wordt heroverwogen, maar ook de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt: in plaats van poliklinische behandeling kan dagklinische of klinische behandeling aangewezen zijn. Mocht de behandeling met een atypisch antipsychoticum hervat worden, dan vindt na een halfjaar opnieuw een evaluatie plaats.

3.6 Jongeren vanaf 13 jaar met comorbide ADHD

Voor jongeren vanaf 13 jaar met ODD of CD en comorbide ADHD is de combinatie aangewezen van systemische behandeling, en psychostimulantia wanneer er een indicatie is voor farmacotherapie voor de behandeling van ADHD. Van psychostimulantia mag een effect op de symptomen van ODD en CD verwacht worden. Bij onvoldoende effect van psychostimulantia of bij ernstige bijwerkingen komt atomoxetine in aanmerking voor de beïnvloeding van de symptomen van ADHD; een effect op de symptomen van ODD en CD hoeft niet verwacht te worden. Als deze behandelmethoden onvoldoende effectief blijken te zijn en ernstige vormen van fysiek agressief gedrag komen voor dan kan een kortdurende behandeling met een atypisch antipsychoticum gestart worden.

Na een periode van maximaal een halfjaar wordt deze behandeling gestaakt om te beoordelen of fysiek agressief gedrag opnieuw voorkomt. Als na het staken ernstige vormen van fysieke agressie blijven voorkomen dan vindt heronderzoek plaats. Niet alleen de inzet van de verschillende behandelmethoden wordt heroverwogen, maar ook de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt: in plaats van poliklinische behandeling kan dagklinische of klinische behandeling aangewezen zijn. Mocht de behandeling met een atypisch antipsychoticum hervat worden, dan vindt na een halfjaar opnieuw een evaluatie plaats.

4 Aanbevelingen behandelmethoden op elkaar afstemmen

- Bied als eerste stap in de behandeling psycho-educatie aan voor de ouders. Voorafgaand aan, of in de loop van de behandeling is psycho-educatie aangepast aan het ontwikkelingsniveau ook aangewezen voor kinderen en jongeren.
- Wanneer het gezin ondersteuning behoeft om een behandeling mogelijk te maken, bied dan eerst ouderbegeleiding aan.
- Bied aan de ouders van kinderen jonger dan 6 jaar een oudertraining aan. Vul die indien nodig aan met methylfenidaat voor het kind wanneer ook ADHD voorkomt die onvoldoende beïnvloed wordt door de oudertraining.
- Bied aan de ouders van kinderen tussen 6 en 12 jaar zonder comorbiditeit met ADHD een oudertraining aan. Overweeg bij onvoldoende effect psychostimulantia, vooral als er enkele symptomen van ADHD voorkomen.

- Bied aan de ouders van kinderen tussen 6 tot 12 jaar met ODD of CD en comorbiditeit met ADHD een oudertraining aan. Vul de behandeling aan met psychostimulantia of atomoxetine wanneer het kind in zijn of haar functioneren ernstig belemmerd wordt door de symptomen van ADHD.
- Zet de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie in bij kinderen met ODD of CD (al dan niet met ADHD) vanaf 8 jaar, zeker wanneer sprake is van ernstige vormen van ODD of CD, maar ook als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Bied aan jongeren vanaf 13 jaar en hun ouders een systemische behandeling aan.
- Bied aan jongeren vanaf 13 jaar en hun ouders een systemische behandeling aan aangevuld met psychostimulantia of atomoxetine voor de jongere wanneer het functioneren van de jonger ernstig belemmerd wordt door de symptomen van ADHD.
- Overweeg een kortdurende behandeling met een atypisch antipsychoticum wanneer ondanks een psychologische behandeling en psychostimulantia of atomoxetine ernstige vormen van fysiek agressief gedrag blijven voorkomen bij kinderen en jongeren.
- Besluit tot klinische behandeling in situaties van ernstig gevaar voor anderen, het kind of de jongere.
- Overweeg behandeling in (dag)klinisch verband wanneer onvoldoende effect wordt bereikt met poliklinische behandeling, of wanneer er ernstige belemmeringen zijn voor de deelname aan een poliklinische behandeling door het gezin.