

Praktische
Kindergeneeskunde

Gedrags- problemen bij kinderen

Dr. J. Huisman
Dr. B.C.T. Flapper
Drs. L.J. Kalverdijk
Dr. M.P. L'Hoir
Dr. E.A.F. van Weel

Bohn Stafleu van Loghum

Gedragsproblemen bij kinderen

Reeks Praktische Kindergeneeskunde

Redactie:

V.R. Drexhage, *kinderarts*

L.W.E. van Heurn, *kinderchirurg*

C.M.F. Kneepkens, *kinderarts*

R. Pieterse, *kinderarts*

E. van Rijswijk, *huisarts*

Gedragsproblemen bij kinderen

Dr. J. Huisman, kinderpsycholoog, VU medisch centrum,
Amsterdam

Dr. B.C.T. Flapper, kinderarts, sociale pediatrie, UMCG,
Beatrix Kinderziekenhuis, Groningen

Drs. L.J. Kalverdijk, kinderpsychiater, Accare, Universitair
Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Groningen

Dr. M.P. L'Hoir, psychotherapeut, TNO, Kwaliteit van
Leven, Leiden

Dr. E.A.F. van Weel, kinderpsychiater, Stichting De Jutters,
Centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden, Den Haag



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Houten 2010

© 2010 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevens-
bestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze,
hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of
op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toe-
stemming van de uitgever.

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

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak
een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen. Niettemin
kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor onjuistheden
die eventueel in deze uitgave voorkomen.

Eerste druk, 2010

ISBN 978 90 313 8656 7

ISSN 1569-3651

NUR 870/876

Ontwerp omslag en binnenwerk: TOSM, Den Haag

Opmaak: Pre Press Media Groep, Zeist

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Distributeur in België:

Standaard Uitgeverij

Mechelsesteenweg 203

2018 Antwerpen

www.standaarduitgeverij.be

Woord vooraf

Op het gebied van kindergeneeskunde bestaat een aantal kwalitatief goede handboeken. Er zijn echter geen of weinig uitgaven met beknopte praktische klachtgerichte informatie. De reeks *Praktische Kindergeneeskunde* beoogt deze lacune te vullen door informatie op een toegankelijke wijze vorm te geven, zodat de lezer deze snel en eenvoudig tot zich kan nemen. Ieder deel van de reeks zal een vakgebied van de kindergeneeskunde behandelen, waarbij de klachten van het kind het uitgangspunt vormen. Door deze klachtgerichtheid streeft de reeksredactie naar een boekenreeks op het gebied van kindergeneeskunde welke bij uitoefening van de dagelijkse praktijk van huisarts, jeugdgezondheidsarts, niet-academisch werkzame kinderarts en andere specialisten werkzaam op het gebied van de kindergeneeskunde goed te gebruiken is. De beknopte schema's, tabellen en beslisbomen kunnen hier eveneens aan bijdragen.

Gezien het doel van de reeks *Praktische Kindergeneeskunde* is bewust gekozen voor een beperkte omvang van ieder deel waarbij de onderwerpen kernachtig worden behandeld. In ieder deel komen onderwerpen aan de orde die veel in de praktijk voorkomen en/of ernstig van aard zijn. Daarnaast is er ook aandacht voor zeldzame en acute ziektebeelden en voor nieuwe ontwikkelingen en onderzoeksmethoden binnen het vakgebied. Vanuit het streven om de doelgroep optimaal te kunnen bereiken, is ieder deel uit de reeks geschreven door een aantal deelspecialisten op het betreffende terrein in samenwerking met een algemeen kinderarts of huisarts.

Wij hopen dat de reeks *Praktische Kindergeneeskunde* een bruikbaar hulpmiddel wordt voor het dagelijks handelen

van alle genoemde medici werkzaam op het brede terrein
van de kindergeneeskunde.

De Reeksredactie:

V.R. Drexhage, *kinderarts*

L.W.E. van Heurn, *kinderchirurg*

C.M.F. Kneepkens, *kinderarts*

R. Pieterse, *kinderarts*

E. van Rijswijk, *huisarts*

Inhoud

Woord vooraf 5

Inhoud 7

Inleiding 9

1	Gedragsproblemen bij het jonge kind	11
2	Gedragsproblemen bij adolescenten	19
3	Gedrags- en emotionele problemen bij kinderen met een chronische ziekte	27
4	Slecht eten	41
5	Slecht slapen	57
6	Bedplassen	69
7	Fecale incontinentie	81
8	Slecht luisteren	93
9	Slecht leren	101
10	Onbegrepen lichamelijke klachten	109
11	Het mishandelde kind	127
12	Het drukke kind	139
13	Het agressieve kind	147
14	Depressie	153
15	Angst	169
16	Het kind met contactproblemen	185
17	Tics	191

Register 199

Inleiding

Dit boek neemt een aparte plaats in binnen de reeks Praktische kindergeneeskunde. Het heeft namelijk niet, zoals de voorgaande delen, betrekking op een specifiek (deel-)specialisme van de kindergeneeskunde. Onder de titel *Gedragsproblemen bij kinderen* komen gevarieerde gedrags- en ontwikkelingsproblemen, alsmede enkele kinderspsychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen aan bod. De onderwerpen worden besproken door auteurs die verschillende disciplines vertegenwoordigen: kinderarts, kinderpsychiater, psychotherapeut en kinderpsycholoog.

Bij het selecteren van de onderwerpen is de relevantie voor de praktijk van de huisarts uiteraard leidend geweest. Hierbij hebben we echter wel keuzes moeten maken. We hopen dat deze aansluiten bij de praktijk en we zijn er in ieder geval van overtuigd dat de besproken problemen in alle gevallen regelmatig aan de orde komen.

Zoals gebruikelijk in deze reeks hebben de hoofdstukken een vaste indeling. Soms is hiervan echter enigszins afgeweken, omdat bepaalde hoofdstukonderdelen niet van toepassing waren bij het betreffende onderwerp. Voor de leesbaarheid zijn in de tekst zo min mogelijk verwijzingen naar de literatuur opgenomen. Aan het einde van ieder hoofdstuk worden de bronnen genoemd waaruit de auteurs geput hebben. Vaak zijn tevens relevante websites vermeld.

Gestreefd is naar korte en bondige bespreking van de onderwerpen. Steeds worden de belangrijkste en meest recente gegevens betreffende voorkomen, diagnostiek en behandeling gepresenteerd. Omdat is uitgegaan van toegankelijkheid en toepasbaarheid voor de huisarts, ligt

het accent over het algemeen op anamnese en onderzoek. Met betrekking tot behandeling wordt vooral ingegaan op therapeutische opties die voor de huisarts relevant en toepasbaar zijn en verder op indicaties voor verwijzing. Behandelvormen die over het algemeen met name worden toegepast door kinderpsychologen, pedagogen en kinderpsychiaters in de eerste lijn, of in de jeugdzorg of tweede en derde lijn van de somatische gezondheidszorg, komen beknopt aan bod.

We hopen van harte dat we in onze opzet zijn geslaagd en dat dit boek behulpzaam zal blijken te zijn in de huisartsenpraktijk. Het woord is echter aan u als gebruiker en elke suggestie voor verbetering wordt door ons zeer op prijs gesteld.

Jaap Huisman

VU medisch centrum, Amsterdam

Boudien Flapper

Universitair Medisch Centrum, Groningen

Luuk Kalverdijk

*Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie,
Groningen*

Monique L'Hoir

TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

Jeanne van Weel

St. De Jutters, Den Haag

Juli 2010

I Gedragsproblemen bij het jonge kind

Definitie en etiologie Jonge kinderen kunnen forse gedragsproblemen vertonen, bijvoorbeeld te druk, te teruggetrokken of agressief gedrag. Meestal zijn het problemen die min of meer bij de leeftijd passen (bijten, slaan, niet tot spel komen, ouders claimen). Of klachten die specifiek zijn voor baby's en peuters: veelvuldig huilen, slaapproblemen, ontlastingsproblemen en voedingsproblemen. Jonge kinderen vertonen soms heftige gedragsvariaties, die varianten zijn van normaal gedrag (bijvoorbeeld hoofdbonken, driftbuien). Maar het kunnen evenzeer vroege uitingen zijn van ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder), autisme, een ontwikkelingsachterstand of somatische aandoeningen. Problemen op jonge leeftijd zijn diffuser en minder stabiel over de tijd. Al met al zijn gedragsproblemen bij jonge kinderen moeilijk te objectiveren en te plaatsen.

Ontwikkeling vindt plaats in een nauwe interactie tussen aan de ene kant kindfactoren en aan de andere kant omgevingsfactoren. Tot de *kindfactoren* kunnen lichamelijke factoren (bijvoorbeeld motoriek of ziekte) worden gerekend en sterk genetisch bepaalde eigenschappen zoals het temperament en cognitieve mogelijkheden. Extreme vroeggeboorte met de daaropvolgende complicaties van behandeling vormen een bekend risico voor de ontwikkeling. Bij *omgevingsfactoren* moet gedacht worden aan opvoedingsaspecten of (ruimer) het gedrag van ouders, en aan sociaaleconomische status, steun van de familie en het al of niet aanwezig zijn van twee ouders, enzovoort. Maar ook biologische omgevingseffecten, die overigens deels weer door ouderfactoren worden gemedieerd, zijn van belang. Zo kunnen blootstelling aan roken of alcoholgebruik door de moeder als vroege omgevingsfactoren voor de foetus worden opgevat, en een postpartum-

depressie bij de moeder voor de baby. Of er problemen ontstaan wordt niet door één ongunstige factor bepaald, meestal is er sprake van combinaties. Dikwijls is het helaas zo dat meerdere risicofactoren cumuleren in gezinnen: geringere economische mogelijkheden, slechtere voeding, alcohol- en tabaksgebruik, minder mogelijkheden voor ontwikkelingsstimulering. En al deze risico's zijn onderling ook nog eens in interactie.

VOORBEELD Een prikkelbaar kind dat veel huilt heeft onmiskenbaar een grote invloed op de relatie met en tussen de ouders. Het stressniveau wordt hoger bij de ouders en daarom zullen zij hun kind wellicht een minder voorspelbaar en rustgevend klimaat kunnen bieden. Dit heeft weer invloed op de stressregulatie van het kind. Het verhoogde niveau van stresshormonen beïnvloedt mogelijk weer de ontwikkeling van het brein.

De grens waar een probleem als abnormaal wordt beschouwd, wordt in eerste instantie vooral door de (draagkracht van) ouders bepaald. En ook bij de etiologie speelt de omgeving een belangrijke rol, door het nog beperkte vermogen van het jonge kind tot zelfregulatie. De diagnostiek en de interpretatie van gedragsproblemen zijn daarom sterk gericht op de *interactie* met de omgeving. De gevolgen van ernstige verstoringen in de *relatie met de ouderfiguur* kunnen groot zijn. Bij ernstig verwaarloosde kinderen komen depressies (anaclitische depressie) en reactieve hechtingsstoornissen voor. Maar problemen in de hechtingsrelatie komen ook in mildere vorm voor. Hechtingsstoornissen uiten zich door klampend, angstig gedrag, of juist te vlak en afstandelijk gedrag naar de ouder. Bovendien kan sprake zijn van een wisselend patroon van afstoten en aantrekken. Ook in relatief normale gezinnen komen overprikkeling en chaotische stimulering vaak voor. Bij jonge kinderen is het ontwikkelingsperspectief zeer nadrukkelijk aanwezig. Jonge kinderen ontwikkelen zich snel

en schoksgewijs. Daarom is de diagnostiek van het jonge kind meer op het *proces* dan op een *toestand* gericht.

Voorkomen De incidentie en prevalentie kunnen sterk variëren, afhankelijk van de populatie die wordt bestudeerd. Zeldzame maar specifieke, sterk genetisch bepaalde aandoeningen, zoals vroegkinderlijk autisme, komen door de hele populatie in een vrij stabiele mate voor. Gedragsproblemen en een breed verstoorde ontwikkeling komen in laagrisicogroepen voor bij circa 2 tot 3% van de kinderen, maar in hoogrisicogroepen veel vaker, tot wel bij 30%.

Anamnese Het verhaal van de ouders staat centraal, maar het vraagt vaak enige ervaring om de kernelementen boven water te krijgen. Als ouders onervaren zijn, of weinig zicht hebben op de normale behoeften van het kind, is dat enerzijds een belemmering bij de diagnostiek, maar tevens ook een factor in de etiologie. Veel gedrag is non-verbaal en meestal ontbreekt in eerste instantie de interactiecomponent in het verhaal. Dat is een reden om sneller gebruik te maken van observaties of video-opnamen. Veel informatie zit in het verhaal dat ouders over de beleving van hun kind hebben, en hoe zij hun eigen leven met hun kind ervaren. Aspecten van het gedrag en de ontwikkeling van het kind moeten daarna ook met gerichte vragen worden geëxploreerd. Gedragsproblemen bij jonge kinderen moeten worden beoordeeld met kennis van de normale ontwikkeling, zoals in welke fasen exploratief gedrag en de normale emotionele ontwikkeling tijdelijk heftig kunnen verlopen. Alleen de ernstigste stoornissen zijn met zekerheid vast te stellen. In ieder geval zijn achterstanden in de motorische ontwikkeling, de taalontwikkeling en stoornissen in het contact alarmsignalen. Het ontbreken van *shared attention* wordt gezien als een specifiek signaal van contactstoornissen, zoals de autistische stoornis. Shared attention is het vermogen van het heel jonge kind (al vanaf enkele maanden!) om gezamenlijk met een ander naar objecten

te kijken en daarover (non-verbaal) contact en plezier te hebben. ADHD, ODD (oppositieel-opstandige gedragsstoornis), depressie of angst zijn moeilijker vast te stellen, en meestal pas in retrospectief. Voor de classificatie van gedragsproblemen wordt een ander systeem gebruikt dan de DSM-IV, namelijk de DC 0-3 (Classificatie van Psychische en Ontwikkelingsstoornissen op Zuigelingenleeftijd en Vroege Kinderleeftijd; zie Literatuur).

Lichamelijk onderzoek Het lichamelijk onderzoek is een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. Soms is er sprake van eenvoudige oorzaken, bijvoorbeeld een besmetting met aarsmaden bij druk gedrag. Huilen kan optreden bij voedings- of maagproblemen. Druk, of juist lusteloos gedrag komen voor bij obstipatie en voedselintoleranties. Hoofdbonken kan optreden bij een otitis media, enzovoort. Het neurologisch onderzoek kan een algehele ontwikkelingsachterstand objectiveren. Eventuele dysmorphieën en stigmata kunnen worden opgemerkt en een syndromale afwijking aan het licht brengen. Een afwijking van lengte, gewicht of hoofdomvang kan (mits vastgelegd op een groeicurve) de arts op het spoor brengen van een onderliggende ziekte of stoornis.

Aanvullend onderzoek Onderzoek door een kinderarts is gewenst als bij het hiervoorgenoemde onderzoek afwijkingen worden gevonden. Ook bij eetproblemen en ontlastingsproblemen is een somatische begeleiding naast de psychologische begeleiding aangewezen. Bij ernstiger gedragsproblemen moet specialistische diagnostiek worden verricht. Hiervoor zijn er teams voor vroegtijdige ontwikkelingsdiagnostiek (vroeger en soms nog steeds VTO-teams genoemd). Vanuit de jeugdzorg wordt een kind nogal eens op een medisch kleuterdagverblijf (MKD) geplaatst. Voor ernstige stoornissen (met name contactstoornissen) wordt ook wel verwezen naar een kinderpsychiatrische polikliniek of de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waar veelal uitgebreider onderzoek en observatie plaatsvinden.

Differentiaal-diagnose Een enkele keer is het kind niet de echte ‘oorzaak’ van de problemen, maar zijn de gedragsproblemen een uiting van problemen tussen of van ouders. Jonge kinderen kunnen met hun gedrag reageren op heftige ruzies, maar ook kan strijd over de opvoeding inzet zijn van onenigheid tussen de partners. Een psychiatrische stoornis bij een ouder kan zich soms vooral uiten door gedragsproblemen van het kind (bijvoorbeeld claimend gedrag door het kind bij een depressie bij moeder). Kindermishandeling zal niet vaak spontaan worden gerapporteerd, maar mishandeling uit onmacht kan via een niet-aanvallende benadering door hulpverleners wel bespreekbaar worden gemaakt. Een hoge medische consumptie, soms in combinatie met veel ‘ongelukjes’, kan de arts op het spoor zetten om door te vragen. Bijzondere voorbeelden zijn het *shaken infant syndrome* (SIS) en het *shaken baby syndrome* die waarschijnlijk vaker voorkomen dan men vroeger dacht. Ze zijn het gevolg van het (bijvoorbeeld uit onmacht) heen en weer schudden van heel jonge kinderen, en bestaan uit diffuus letsel aan de voor- en achterpool van de hersenen, wat op zijn beurt weer leidt tot neurologische en cognitieve afwijkingen.

Behandeling Voor de begeleiding van eenvoudiger problemen, zoals een probleem met eten, slapen, veelvuldig huilen en claimend gedrag kan gebruikgemaakt worden van de mogelijkheden die consultatiebureau (Jeugdgezondheidszorg; JGZ) en thuiszorg bieden. Daar bestaan groepsgerichte programma’s en kortdurende individuele begeleidingsmogelijkheden (zoals video-interactiebegeleiding) die er vooral op gericht zijn opvoedingsvaardigheden van ouders te ontwikkelen. Niet voor niets blijken veel vroege gedragsproblemen met in ieder geval twee van de drie R’s (rust, regelmaat en reinheid) aangepakt te kunnen worden. Het is belangrijk de vooruitgang goed te monitoren. Bij ernstiger of persisterende problemen moet niet te lang worden afgewacht en worden verwezen (zie Aanvullend

onderzoek). De relatie met het kind en de draagkracht van ouders kunnen anders fors beschadigd raken. Verder bestaat bij erg hinderlijke problemen en een geringe draagkracht van ouders een risico op mishandeling. Tot slot is er een aantal ernstige stoornissen die pas in de loop van de tijd duidelijker herkenbaar zijn en die vroege interventie noodzakelijk maken.

Complicaties, prognose en beloop De prognose van de specifieke syndromen (autisme, ADHD) komt aan de orde in de hoofdstukken over de betreffende stoornissen. De prognose van bredere gedragsproblemen (lichte ontwikkelingsachterstanden, in combinatie met opvoedingsproblemen en opstandig en lastig gedrag) is moeilijk te stellen. Dat komt doordat deze wordt bepaald door de combinatie van meerdere risico's en beschermende factoren.

Voorlichting en preventie Met preventieve voorlichting ten aanzien van vermijdbare risico's dient al begonnen te worden tijdens de zwangerschap (alcohol, roken tijdens de zwangerschap). Immers, met behulp van vroegtijdige, gerichte screening is snel detecteren van een aantal stoornissen mogelijk. Daarna zijn voorlichting en educatie van belang ten aanzien van opvoedingsvaardigheden en het ontwikkelen van realistische verwachtingen bij ouders over het gedrag van hun kind. Voorlichting aan ouders en adequate jeugdgezondheidszorg kunnen tijdige signalering bevorderen. Daarnaast kan voorlichting helpen bij een aantal veelvoorkomende problemen (met betrekking tot slapen, eten, hanteren van pedagogische principes en risico's van mishandeling). Zo heeft voorlichting over de risico's van het in bed nemen van kinderen en het *shaken infant syndrome* aantoonbaar effect gehad op het gedrag van ouders. Helaas komt het nogal eens voor dat diverse zwakke signalen niet tijdig bij elkaar worden gevoegd om te leiden tot een sterk signaal, door versnippering van informatie over de tijd en tussen instanties onderling.

- Literatuur** Bilo RAC, Voorhoeve HWA. Kind in ontwikkeling: een handreiking bij de observatie van jonge kinderen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- Verhulst FC. De ontwikkeling van het kind. Assen: Van Gorcum, 2005.
- Visser JC. (vert.). DC: 0-3 Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants. Assen: Van Gorcum, 2005.
- Website** <http://www.ouders.nl> (boekbesprekingen en veelvoorkomende vragen)

Definitie en etiologie

Onder adolescenten worden meestal jongeren verstaan vanaf de leeftijd van circa 12 jaar. De adolescentie begint met de puberteit, het lichamelijke rijpingsproces onder invloed van hormonale veranderingen. Adolescenten kunnen een bont scala aan problemen vertonen. Het is daarbij van belang er rekening mee te houden dat veel psychiatrische beelden van volwassenen in de late puberteit beginnen. Voorbeelden hiervan zijn de stemmingsstoornissen, schizofrenie en verslavingen. Maar dikwijls hebben de eerste uitingen van deze stoornissen een specifieke ‘kleur’. Bij adolescenten kan een depressie zich bijvoorbeeld vooral door opstandig gedrag uiten en, in tegenstelling tot bij het volwassen beeld, is er meer sprake van hypersomnie dan van in- en doorslaapstoornissen. Bij adolescenten is weliswaar de grove hersenontwikkeling volledig voltooid, maar er vindt wel degelijk nog ontwikkeling plaats in de vorm van ‘fijnafstemming’ van de neuronale connecties. Met name het frontale systeem, dat betrokken is bij planning en integratie van gedrag, vertoont nog veel ontwikkeling tot zelfs na de leeftijd van 20 jaar. Veel van het in de ogen van volwassenen gebrekkig afgestemde gedrag – slordigheid, zelfoverschatting, onvoldoende rekening houden met anderen – is dan ook hierdoor te begrijpen. Zeker als aan de andere zijde van de balans de invloed van ouders en leerkrachten afneemt. Een derde pool is de grote invloed van de rijping van de seksuele functies. De hormonen die daarbij vrijkomen hebben een forse invloed op agressie (testosteron bij jongens) en op sociaal cohesief gedrag (oestrogenen bij meisjes). Voor deze leeftijdsgroep is ten slotte de invloed van het groepsgedrag van leeftijdgenoten (*peer group*) zeer groot. Adolescenten zijn immers bezig zich los te maken van het gezin van oorsprong. Het behoren bij de groep is zeer belangrijk, en bij het wegvallen van oude re-

gels worden de regels van de groep invloedrijk. In de groep moeten ook de toekomstige partner en vriendschappen gevonden worden. De activiteiten van de peer group zijn maatgevend voor het individu. Allerlei hinderlijke of zorgwekkende gedragingen horen daar dus ook bij. Voor de bespreking van de bekende psychiatrische beelden wordt verwezen naar de betreffende hoofdstukken en de literatuur voor volwassenenpsychiatrie. Een aantal typen problemen verdient aparte bespreking.

- *Automutilatie* is een gedrag dat meerdere betekenissen kan hebben. Het is zeker onderhevig aan groepsdruk. Soms kunnen groepen jongeren er samen mee bezig zijn. Automutilatie moet niet verward worden met suïcidaal gedrag. Het heeft in sommige gevallen zelfs een adaptieve functie. Bij getraumatiseerde jongeren of bij borderlineproblematiek kan het helpen bij het beëindigen van dissociatie, derealisatie, of depersonalisatie. Het zien van bloed kan soms zelfs een wat geruststellend effect hebben. In sommige gevallen speelt ook een zeker verslavend effect mee.
- *Misbruik van middelen* begint vaak in de adolescentie, veelal in de vorm van experimenteren met alcohol en roken. Niet voor niets is veel reclame voor genotmiddelen gericht op jongeren. De groep bepaalt ook de mate waarin. Het gebruik van drugs, zoals pillen, hasj en cocaïne, komt in sommige subculturen veel voor. Wie verslaafd raakt, wordt mogelijk bepaald door een combinatie van genetische kwetsbaarheid, premorbide psychopathologie en ongunstige omgevingsfactoren.
- *Risicogedrag* is ook een onderwerp dat nadere bespreking verdient. Riskant gedrag kan zich uiten in het verkeer (joyriding), in seksueel gedrag (promiscuïteit), uitgaan ('comazuipen') en in waaghalzerij. De gevolgen kunnen ernstig zijn: politiecontacten, ongevallen, tienerzwangerschap, seksueel overdraagbare aandoeningen. Een deel van deze gedragingen staat natuurlijk onder druk van de groep: wie durft het meest? Daarnaast

zijn kinderpsychiatrische stoornissen een risicofactor: ADHD, de oppositieel-opstandige gedragsstoornis en conduct disorder (CD) geven een verhoogd risico. Sociaal kwetsbare kinderen (autismespectrumstoornis) kunnen gemakkelijk uitgedaagd worden. Sommige kinderen zijn dusdanig naïef dat ze een makkelijke prooi vormen voor bijvoorbeeld loverboys. Maar ook in de context van een depressie kan zich risicogedrag manifesteren.

- *Extreem internaliserend gedrag* kan vooral in deze leeftijdsgroep optreden. Voorbeelden hiervan zijn volledige schoolweigering, extreme somatisatie en het volledig uit de weg gaan van contact met leeftijdgenoten. De prevalentie van sociale fobie neemt toe in deze leeftijdsgroep. Ook kunnen jongeren zich volledig terugtrekken in een eigen leefwereld, soms met fascinaties voor geweld of computers. Deze beelden zijn veelal niet volledig te begrijpen vanuit een depressie of een schizofrene ontwikkeling. Ze moeten dan ook geïnterpreteerd worden vanuit de ontwikkeling. Een falende losmaking en zelfstandigheidsontwikkeling maken dat de jongere zich in feite terugtrekt uit de ontwikkeling. Soms is premorbide kinderpsychiatrische problematiek de oorzaak van dit falen (zoals een autismespectrumstoornis). Deze problematiek is dan enigszins hanteerbaar gebleven binnen het gezin, maar wordt actueel bij het begin van het meer zelfstandig worden. Regelmatig speelt ook forse gezinsproblematiek mee, waarin de jongere verstrikt zit. Een dergelijk gezin beleeft bijvoorbeeld de buitenwereld als bedreigend. Het kind heeft een grote loyaliteit naar het gezinssysteem waardoor het gedrag extreem is afgestemd op de behoeften van het gezin en de normale ontwikkeling stagneert.

Voorkomen Over de hiervoor genoemde, in algemene zin beschreven gedragsproblemen is in veel gevallen geen betrouwbaar getal te geven, ook omdat de cijfers per leeftijdsgroep en per jaar sterk verschillen. Problematisch gedrag is deels