

Gedragsproblemen bij jonge kinderen

INLEIDING

We spreken van gedragsproblemen als een kind gedrag vertoont dat vooral voor zijn omgeving storend of verontrustend is. Dit gedrag kan externaliserend zijn, bijvoorbeeld druk, dwars of agressief gedrag, driftbuien, pesten en slecht luisteren, of internaliserend, zoals zich terugtrekken, slecht slapen of eten, bedplassen of dwangmatig gedrag. Gedragsproblemen kunnen samenhangen met de ontwikkelingsfase van het kind, maar zijn soms ook een uiting van een bedreigde ontwikkeling door omgevingsfactoren of de eerste symptomen van een psychische aandoening, zoals de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een autismespectrumstoornis of een ontwikkelingsachterstand [tabel].

Bij meisjes doen zich vaker internaliserende gedragsproblemen voor, terwijl bij jongens juist meer externaliserende gedragsproblemen op de voorgrond staan. Het betreft gedrag dat op zichzelf niet als afwijkend kan worden beschouwd, maar waarvan men vindt dat het kind het te vaak of in een grote intensiteit vertoont. Het is belangrijk om af te wegen of het gedrag waarover men klaagt, werkelijk abnormaal is of dat het wellicht past bij de ontwikkelingsleef-

tijd. Zo vertonen bijna alle jonge kinderen wel eens agressief gedrag. Vooral tweejarigen slaan, schoppen en bijten vaker. Tussen de twee en twaalf jaar neemt dit soort uitingen geleidelijk af.¹ Het is daarom belangrijk om kennis te hebben van de normale ontwikkeling. In deze nascholing beschrijven we hoe we onschuldige gedragsproblemen kunnen onderscheiden van gedragsproblemen die extra zorg en aandacht behoeven.

PREVALENTIE VAN GEDRAGSPROBLEMEN

Drie tot 9 procent van de ouders van kinderen van 0 tot 12 jaar zegt dat hun kind gedragsproblemen heeft.² Op basis van gegevens van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft 11 tot 28% van de kinderen psychosociale problemen, met een piek bij de 5- tot 6-jarigen. Dit zijn vooral lichte problemen, waarbij uitleg en advies aan de ouders vaak voldoende is. Twee tot 7 procent van de kinderen wordt behandeld voor een psychosociaal probleem, de jongste kinderen minder vaak dan oudere. JGZ-teams van het consultatiebureau of de GGD geven de meeste behandelingen. Volgens de JGZ-gegevens heeft 1 tot 3% van de kinderen ernstige psychosociale problemen die hulpverlening behoeven.

RISICO- EN BESCHERMENDE FACTOREN

Langdurige spanningen en disharmonie binnen het gezin of pedagogisch onvermogen van de verzorgers vergroten de kans op ontwikkelingsproblematiek en bevorderen het ontstaan van gedragsstoornissen. Zo hebben kinderen van ouders met een laag inkomen of met een relatief jonge moeder meer kans op problemen.³ Andere sociale factoren die de kans op psychische problemen vergroten zijn een bij herhaling afwezige ouder, een psychische stoornis bij een van de ouders, huiselijk geweld, alcohol- of drugsgebruik, misbruik of verwaarlozing. Belangrijke kindgebonden risicofactoren zijn zwakbegaafdheid of een disharmonisch intelligentieprofiel. Deze kinderen kunnen gemakkelijk overvraagd worden en komen daardoor

Samenvatting

Hassink-Franke LJA, Oud MJT, Beeres MPJ. *Gedragsproblemen bij jonge kinderen*. Huisarts Wet 2015;58(7):378-81.

Gedragsproblemen bij jonge kinderen worden door de omgeving gesignaleerd. Het als problematisch ervaren gedrag kan soms passen bij de emotionele rijpingsfase van het kind. Het kan echter ook een uiting zijn van een emotionele ontwikkeling die door psychosociale stressfactoren wordt bedreigd. Problematisch gedrag kan samenhangen met psychische stoornissen als depressie, angst, een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) of een autismespectrumstoornis. Risicoverhogende of beschermende factoren kunnen de kans op een psychische stoornis beïnvloeden. Het functioneren van het kind thuis, op school en op sociaal gebied moet in kaart worden gebracht. Indien het probleem meer symptomen omvat en zich op verschillende sociale domeinen voordoet, is de kans op een psychische stoornis groter. De huisarts moet het kind afhankelijk van het lijden en disfunctioneren naar de kinderpsychiater, kinderpsycholoog of orthopedagoog verwijzen. Dat moet ook gebeuren als de draagkracht van de ouders beperkt is. De praktijkondersteuner ggz, het consultatiebureau of het Centrum voor Jeugd en Gezin kunnen kinderen met eenvoudige problemen vaak goed begeleiden.

De kern

- Gedragsproblemen komen veel voor bij jonge kinderen, maar zijn meestal niet gerelateerd aan psychische stoornissen.
- Aandacht voor psychosociale factoren is essentieel voor een goed begrip van de gedragsproblemen.
- Onderzoek naar veiligheid, structuur en pedagogische vaardigheden is van cruciaal belang.
- De kans op een psychische stoornis is groter als de gedragsproblemen in verschillende sociale domeinen voorkomen en als symptomen in combinaties voorkomen.
- Achterstanden in de motorische en taalontwikkeling en sociale vaardigheden zijn belangrijke symptomen en vragen om een verwijzing voor verdere diagnostiek.

Huisartsenpraktijk Franssens & Hassink-Franke, Langstraat 21a, 3981 ET Bunnik; dr. L.J.A. Hassink-Franke, huisarts, ggz-kaderhuisarts. Huisartsenpraktijk Lewenborg, Groningen; dr. M.J.T. Oud, huisarts, ggz-kaderhuisarts, coördinator van de kaderopleiding ggz, huisartsgeneeskunde UMCG. Praktijk Parklaan, Hoevelaken; M.P.J. Beeres, huisarts, ggz-kaderhuisarts • Correspondentie: lieke_franke@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel Indeling en aanpak van gedragsproblemen

Gedragsproblemen		
<ul style="list-style-type: none"> ■ passend bij emotionele rijpingsfase van het kind: voorlichting en zo nodig verwijzing naar Centrum voor Jeugd en Gezin of POH -jeugd ■ gevolg van psychosociale stressfactoren (gezin, school, vrije tijd): verwijzing naar maatschappelijk werk of POH-ggz of POH-jeugd, of naar AMK bij bedreigende omstandigheden ■ passend bij de volgende psychische stoornis(sen): 		
Aard van het probleem	Kenmerken	Beleid
Internaliserend Kind heeft er vooral last van	Stemmingsstoornis: verdrietig, somber of vlak; verlies van interesse of plezier Angststoornis: schrikachtig, angstig, vermijdend, afhankelijk Posttraumatische stress-stoornis: angst/stemmingsstoornis na trauma Dwangstoornis: obsessieve gedachten en handelingen	Kinderpsycholoog of orthopedagoog; kinderpsychiater bij suïcidegevaar of psychotische kenmerken; kinderarts bij lichamelijke oorzaak/gevolg (bijvoorbeeld eetstoornis, middelengebruik)
Externaliserend Omgeving heeft er vooral last van	ADHD: concentratie- en aandachttekort, onrust, impulsief Gedragsstoornis (ODD of antisociale gedragsstoornis) Driftig, prikkelbaar, boos, niet gevoelig voor correctie, liegen, pesten	Kinderpsycholoog of orthopedagoog
Autismespectrumstoornis Ontwikkelingsstoornis van het kind op meer gebieden	Bepert inlevingsvermogen en oogcontact; door onzekerheid en angst vaak rigide/dwangmatig	Kinderpsychiater
Tics	Zinloze en steeds terugkerende bewegingen of stemgeluiden	Meestal geen behandeling nodig

in de knel.⁴ Als beschermende factoren gelden een goede emotionele band met een volwassene en een warme en stimulerende omgeving. Deze dragen bij aan een gezonde emotionele rijping en ontwikkeling van het zelfbeeld.

ASPECIFIEKE SYMPTOMEN

Veel kinderen die met emotionele problemen kampen, komen met somatische klachten op het spreekuur van de huisarts, zoals buikpijn, hoofdpijn, moeheid of gebrek aan eetlust.⁵ Bij het vermoeden van emotionele problemen kan de huisarts tijdens het lichamelijk onderzoek vier screenende vragen stellen: hoe gaat het thuis, hoe gaat het op school, heb je vriendjes of vriendinnetjes en wat doe je in je vrije tijd?⁶ Als de antwoorden tot een 'niet-pluis'-gevoel leiden, is het raadzaam om verder onderzoek te (laten) doen, bijvoorbeeld door de praktijkondersteuner ggz (gezien de specifieke doelgroep is scholing en ervaring op dit gebied wel een vereiste).

Belangrijk bij problematisch gedrag van kinderen zijn de draagkracht van de ouders en de mogelijkheden die ouders hebben om het gedrag te corrigeren. Verder is van belang om te weten hoe lang het gedragsprobleem bestaat, of er recentelijk verandering in is gekomen en of het zich in meer sociale domeinen voordoet. Geïsoleerde symptomen komen bij kinderen vaak voor en zijn geen reden tot zorg. Een combinatie van verschillende symptomen komt minder vaak voor en wijst bijna altijd op een psychische stoornis. Deze kinderen moet men emotioneel, cognitief en gedragsmatig verder onderzoeken. Maakt het kind goed contact, is er sprake van sociale relaties, hoe verloopt de taalontwikkeling en of is er sprake van starre gedragingen en interessepatronen? Bij afwijkingen moet men denken aan een autismestoornis. Functioneert het kind thuis

anders dan op school? Vertoont het 'tics' of lijkt het zwakbegeaafd? Is er sprake van opvallend dwars gedrag of zijn er aanwijzingen voor depressie, angsten of slaapproblemen?

Achterstanden in de motorische ontwikkeling en de taalontwikkeling, en stoornissen in het contact zijn altijd alarmsignalen en vragen om verwijzing.³ Zeker als blijkt dat de gedragsproblemen geen variant zijn van het normale rijpingsproces en psychosociale stressoren niet de overheersende in stand houdende factoren zijn, is het verstandig om onderzoek te doen naar een onderliggende aandoening, zoals angst, depressie, een autismespectrumstoornis, een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, een oppositioneel-opstandige

Abstract

Hassink-Franke LJA, Oud MJT, Beeres MPJ. Behavioural problems in young children. *Huisarts Wet* 2015;58(7):378-81.

Behavioural problems in young children are detected by the people around them. While problematic behaviour may be appropriate for the stage of emotional maturation, it may also be an expression of a disturbed emotional development as a result of psychosocial stressors. Problematic behaviour may be accompanied by mental disorders such as depression, anxiety, attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or autism spectrum disorder. Risk factors and protective factors influence the likelihood of a child developing a mental disorder. The functioning of a child at home, at school, and socially should be evaluated. The probability of a mental disorder increases if there are multiple symptoms occurring in multiple social domains. Depending on the child's suffering and dysfunction, the general practitioner should refer the child to a child psychiatrist, a child psychologist, or a remedial educationalist. Referral is also necessary if the parents have a limited ability to cope with the problem. Children with uncomplicated problems can often be managed by a mental health practice nurse, a child health centre, or a Centre for Youth and Families.

gedragsstoornis, een gedragsstoornis of tics. Wij zullen hieronder op de meestvoorkomende aandoeningen ingaan.

Emotionele stoornissen

Bij emotionele stoornissen staan emoties met een negatieve impact op de voorgrond, zoals angsten en depressies. Angst gaat meestal gepaard met lichamelijke verschijnselen als buikpijn, slechte eetlust, diarree, enuresis en slaapproblemen. Het kind is verlegen of erg teruggetrokken, extreem bang om alleen te zijn, weigert om naar school te gaan of is overbezorgd en controlerend. Vaak worden angstproblemen bij kinderen pas laat onderkend. Een specifieke vorm van angst bij kinderen is het obsessief-compulsief syndroom. Rituelen zijn normaal, maar niet wanneer deze gepaard gaan met angst. Verwijs deze kinderen dan naar een kinderpsycholoog of kinderpsychiater.

Het depressieve kind heeft meestal een chronisch verdrietig, ontevreden gevoel, trekt zich terug, is moe, kan niet genieten en heeft slaapproblemen. De prevalentie van depressieve stoornissen bij kinderen is 0,5 tot 2,5%.^{3,8}

Autismespectrumstoornissen (ASS)

Kinderen met ASS hebben problemen met sociale en communicatieve vaardigheden, en een rigide repertoire van spel en gedrag. De diagnose 'stoornis in het autistiforme spectrum' betreft een nogal gevarieerde groep kinderen. Kinderen met een klassieke autistische stoornis hebben een uitgesproken stoornis van de prikkelverwerking. Ze vallen op doordat ze geen oogcontact maken, geen aandacht of plezier delen, en een achterblijvende taal-spraakontwikkeling, taaleigenaardigheden (echoën, monotone intonatie) en motorisch maniërisme vertonen. Ze kunnen dwangmatig vasthouden aan de volgorde waarin dingen gebeuren, bijvoorbeeld bij het aankleden. Vaak wordt de diagnose al in het tweede of derde levensjaar via het consultatiebureau gesteld. Bij lichtere stoornissen in het autismespectrum lopen kinderen pas op oudere leeftijd vast als de sociaal-maatschappelijke complexiteit toeneemt. De diagnose helpt bij aanpassing van de manier waarop de omgeving met het kind omgaat, waarbij regelmaat en voorspelbaarheid essentieel zijn.⁹

Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)

De belangrijkste gedragskenmerken van ADHD zijn onoplettendheid, hyperactiviteit en/of impulsiviteit. Andere vaak voorkomende gedragskenmerken zijn: prikkelbaarheid, opstandigheid, agressief gedrag, motorische onhandigheid, angst- of stemmingsklachten en leerproblemen. Ook hebben veel kinderen met ADHD moeite met het afmaken van taken, vertonen ze chaotisch gedrag, raken ze vaak dingen kwijt, hebben ze snel conflicten en ruzies, en is er sprake van middelemisbruik. ADHD komt in Nederland voor bij 3 tot 5% van de schoolgaande kinderen tot zestien jaar.¹⁰ ADHD lijkt zich bij jongens twee- tot driemaal vaker voor te doen dan bij meisjes. De aandachtstekortstoornis (ADD) lijkt bij meisjes vaker voor te komen. Voor de diagnose is het van belang dat de problemen

zich op verschillende sociale terreinen voordoen en dat ze het functioneren belemmeren. De heteroanamnese is heel belangrijk. Om de diagnose te kunnen stellen moeten verschillende symptomen al voor het twaalfde jaar opgemerkt zijn en langer dan zes maanden aanwezig zijn.¹¹ Genetische factoren spelen een duidelijke rol bij ADHD – broertjes en zusjes van kinderen met ADHD hebben een twee- tot driemaal grotere kans om ook kenmerken van ADHD te hebben.

Gedragsstoornissen

Bij gedragsstoornissen staan niet de emotionele problemen op de voorgrond, maar afwijkende en ongewenste gedragingen: ruziemaken, vechten, dreigen, pesten, wreed gedrag ten opzichte van anderen of dieren, kapotmaken van speelgoed of meubilair, eisend of aandachtvragend gedrag, schreeuwen, vloeken, stelen, enzovoort. De kinderen vertonen vaak risicogedrag dat tot lichamelijke letsels leidt. Gedragsstoornissen komen circa viermaal vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

Kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (*oppositional deviant disorder*, ODD) laten opstandig, negatief en agressief gedrag zien. Ze zijn vaak driftig, vinden het moeilijk te gehoorzamen, gaan snel in verzet, zijn snel boos of gefrustreerd, maken ruzie, en geven anderen vaak de schuld van hun eigen fouten. ODD komt bij 3% van de kinderen voor.³ ODD gaat vaak samen met andere stoornissen, bijvoorbeeld ADHD, een angststoornis, depressie of autisme.

Kinderen met een antisociale gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD) vertonen voor hun omgeving onacceptabel gedrag: ze liegen vaak, hebben de neiging om anderen of dieren pijn te doen, stelen soms en vechten snel. Ze hebben een gebrek aan respect voor anderen. Hun contacten zijn erop gericht om er persoonlijk voordeel uit te halen. Ze hebben vaak een verminderd inlevingsvermogen. CD komt voor bij 2% van de kinderen³ en vaak in combinatie met andere stoornissen, bijvoorbeeld ADHD of een autismespectrumstoornis.

Tics

We spreken van een tic wanneer een kind last heeft van een plotselinge, kortdurende, zinloze en steeds terugkerende beweging of uiting van stemgeluid. Voorbeelden van motorische tics zijn oogknipperen, trekkingen met de neus, bewegen van gezichtsspieren, schoudertrekkingen, aanraken of recht leggen van voorwerpen, gebaren maken. Voorbeelden van vocale tics zijn kuchen, snuiven, knorren of roepen van woorden of zinnen. Een tic kan geïsoleerd of samen met andere tics voorkomen. Tics kunnen toenemen in periodes met veel spanning. Het is verhelderend om tics voor te laten doen en te vragen in welke situaties tics toe- of afnemen. Ticstoornissen komen vaak voor op de kinderleeftijd (prevalentie 1-3%),¹² zien we vaker bij jongens dan bij meisjes en hebben meestal een gunstig prognostisch beloop. Bij het syndroom van Gilles de la Tourette komt een mengeling voor van motorische en vocale ticstoornissen. Tics zien we vaak als een comorbide symptoom bij ADHD en dwangsymptomen. Als tics het functioneren van een kind niet belemmeren, is behandeling niet nodig.¹³

BEGELEIDING EN BEHANDELING

Als ouders of verzorgers met een kind op het spreekuur komen vanwege gedragsproblemen moet de huisarts eerst de problemen erkennen en begrip tonen. Bij de volgende stap moet de huisarts onderscheid maken tussen gedragsproblemen die een gevolg zijn van psychosociale problemen, gezinsveranderingen, problemen op school of anderszins, en gedragsproblemen die het gevolg kunnen zijn van een psychische aandoening. De eerste soort problemen komt vaker voor. De huisarts moet aandacht besteden aan veiligheid, de dagstructuur en ouderlijke vaardigheden. Daarbij is het van belang om de ouder-kindinteractie goed te observeren en hierover informatie te verzamelen.

Voor de begeleiding van eenvoudige problemen, zoals een probleem met eten, slapen, veelvuldig huilen en claimend gedrag kan men gebruikmaken van de mogelijkheden die de praktijkondersteuner ggz, het consultatiebureau en het Centrum voor Jeugd en Gezin bieden. Zij beschikken over begeleidingsmogelijkheden die er vooral op zijn gericht opvoedingsvaardigheden van de ouders te ontwikkelen. Angst- en stemmingsproblemen kunnen meestal goed worden behandeld door een kinderpsycholoog of orthopedagoog. Dit geldt ook voor ODD en ADHD. Bij ADHD biedt de NHG-Standaard handvatten voor een stapsgewijze aanpak.¹⁴ Bij complexe of ernstige problemen moet men verwijzen naar een kinderpsychiater. Indien men ASS vermoedt, verwijst men naar een ggz-instelling die is gespecialiseerd op dit gebied. ■

LITERATUUR

- 1 <http://www.nji.nl> (Nederlands Jeugd instituut), laatst bekeken 28-08-2014.
- 2 Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005.
- 3 Huisman J, Flapper BCT, Kalverdiijk LJ, L'Hoir MP, Van Weel EAF. Gedragsproblemen bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- 4 Jansen M, Van Voorst G, Pijl B. Geschorst! Psychiatrische problematiek op de basisschool. MCV 2014;69:24-30.
- 5 Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. Pediatrics 2004;113:817-24.
- 6 Lambregtse C. Kinderproject 'Alle hens aan dek' in Katwijk. Vier vragen bij buikpijn. LHV De Dokter 2012;10-3.
- 7 Boer F. Kinderpsychologie in praktijk: slaapproblemen bij kinderen. Tiel: Uitgeverij Lannoo, 2011.
- 8 ADDENDUM Jeugd bij de MDR Depressie. Trimbos-instituut, 2009.
- 9 Van der Gaag RJ. PDD-nos. Huisarts Wet 2008;51:683-5.
- 10 Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164:942-8.
- 11 American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.
- 12 Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Neurol 2012;47:77-90.
- 13 Thiadens HA. Tics. In: Eekhof JAH, Knusingh Neven A, Verheij ThJM, redactie. Kleine kwalen bij kinderen. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- 14 Stijntjes F, Hassink-Franke L, Kruishoop A, Beeres MPJ, Eekhof H, Van Manen S, et al. NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Huisarts Wet 2014;57:584-94.

Ferdinand Schreuder

Druk

Druk, druk, druk! Wat hebben we het toch altijd druk. Zolang ik werk, klagen dokters erover.

Gek is dat eigenlijk: we zijn toch wel in een positie om ons eigen leven te sturen: mooi inkomen, maatschappelijk aanzien, tamelijk hechte beroepsgroep.

Daarnaast: gedrag dat niet wordt beloond dooft uit, zo leert de gedrags-

psychologie ons. Wat maakt dan dat we onszelf zo druk blijven maken, terwijl het zo gemakkelijk lijkt op te lossen: een kleinere praktijkpopulatie, een extra maat in de maatschap. Het is niet moeilijk te bedenken, maar het kost wél inkomen.

Toch geloof ik niet dat geld de hoofdrol speelt. Er zit een andere beloning aan het drukzijn: het excuseert ons bij voorbaat voor het in gebreke blijven of niet doen van klusjes waarin we geen zin hebben.

Belangrijker is nog dat de drukte je pantsert tegen alle ellende die dagelijks aan je bureau voorbijtrekt: de slopende ziektes, de uitzichtloze schulden, de eenzaamheid. Je kunt er gauw weer aan voorbijgaan, je hebt het immers druk!

Een beetje sensitieve dokter zal zorgen dat hij het druk heeft. ■

