

Product verslag

Agressief en opstandig gedrag bij kinderen



Schrijvers:
Femke van Kampen & Patricia Meijer
Opleiding:
SPH deeltijd 2003/2004
Begeleiders:
Bas de Jong & Sonny Badal

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	Pagina 3
<u>Inleidend hoofdstuk</u>	<u>Pagina 4</u>
<u>Hoofdstuk 1 Agressie</u>	<u>Pagina 6</u>
1.1 Inleiding	Pagina 6
1.2 Wat is agressie	Pagina 6
1.3 Verschillende vormen van agressie	Pagina 6
1.4 Verschil tussen agressief gedrag en agressief gevoel	Pagina 7
1.5 Oorzaken van agressiviteit	Pagina 7
1.6 Waar komt agressie vandaan	Pagina 8
1.7 Theorieën over agressie	Pagina 9
1.7.1 Behandeling van agressie	Pagina 10
1.8 Conclusie	Pagina 11
<u>Hoofdstuk 2 Gedragsstoornissen</u>	<u>Pagina 12</u>
2.1 Inleiding	Pagina 12
2.2 Wat is een gedragsstoornis?	Pagina 12
2.3 Oorzaken van gedragsstoornissen	Pagina 13
2.4 Behandeling van gedragsstoornissen	Pagina 14
2.5 Conclusie	Pagina 14
<u>Hoofdstuk 3 Oppositional Defiant Disorder & Conduct Disorder</u>	<u>Pagina 15</u>
3.1 Inleiding	Pagina 15
3.2 Oppositional Defiant Disorder	Pagina 15
3.3 Conduct Disorder	Pagina 16
3.4 Specificaties van gedragsstoornissen	Pagina 17
3.5 Risicofactoren	Pagina 17
3.5.1 Risicofactoren op het niveau van het kind	Pagina 17
3.5.2 Risicofactoren op het niveau van de ouders en het gezin	Pagina 18
3.5.3 Risicofactoren op het niveau van de omgeving	Pagina 19
3.5.4 Beschermingsfactoren	Pagina 19
3.6 Preventie	Pagina 19
3.7 Conclusie	Pagina 20
<u>Hoofdstuk 4 Behandeling</u>	<u>Pagina 21</u>
4.1 Inleiding	Pagina 21
4.2 Behandeling	Pagina 21
4.3 Ambulante behandeling	Pagina 21
4.4 Cognitieve sociale vaardigheidstraining	Pagina 22
4.5 Gedragstherapeutische oudertraining	Pagina 22
4.6 Multisysteemtherapie	Pagina 22
4.7 Residentiele behandeling	Pagina 23
4.8 Medicatie	Pagina 24
4.8.1 Ik- anderdifferentiatie, empathie en zelfreflectie	Pagina 24
4.8.2 De noodzaak van structuur	Pagina 25
4.9 Conclusie	Pagina 25

<u>Hoofdstuk 5 Attention Deficit Hyperactivity Disorder</u>	<u>Pagina 26</u>
5.1 Inleiding	Pagina 26
5.2 ADHD	Pagina 26
5.3 Hyperactiviteit	Pagina 26
5.3.1 Impulsiviteit	Pagina 27
5.4 Lijst van symptomen van ADHD volgens DSM-IV	Pagina 27
5.5 Gedragsproblemen bij het kind met ADHD	Pagina 28
5.6 De behandeling van ADHD en Hyperactiviteit	Pagina 28
5.6.1 Medicatie	Pagina 29
5.6.2 Gedragsregulatie	Pagina 29
5.6.3 Opvoedingattitude en technieken	Pagina 29
5.6.4 Psychiatrische of pedagogische hulp	Pagina 30
5.6.5 Behandelingsaspecten bij ADHD	Pagina 31
5.7 Conclusie	Pagina 31
<u>Hoofdstuk 6 Koppeling naar de praktijk</u>	<u>Pagina 32</u>
6.1 Inleiding	Pagina 32
6.2 Theorieën	Pagina 32
6.3 Gedragsstoornissen	Pagina 32
6.4 Kenmerken	Pagina 33
6.5 Risicofactoren en beschermingsfactoren	Pagina 33
6.6 Methodes	Pagina 34
6.7 Conclusie	Pagina 35
Literatuurlijst	Pagina 36

VOORWOORD

Gedragsproblemen kunnen zich op vele manieren uiten: in de vorm van negatief gedrag, hyperactiviteit, sociale angst, depressief gedrag. Ook de ernst ervan kan zeer verschillen en daarmee ook de mogelijke behandelbaarheid.

Er zijn geschreven en ongeschreven wetten die een rol spelen bij de beoordeling van gedragingen. Een definitie van probleemgedrag of antisociaal gedrag zou kunnen zijn: gedrag dat afwijkt van de geldende groepsnormen.

Omgaan met gedragsproblemen is daarom onmogelijk zonder een bezinning op oordelen en vooroordelen die in groepsprocessen een rol spelen. Het merendeel van ons gedrag is aangeleerd. Dit gedrag wordt in stand gehouden en beïnvloedt door de omgeving.

Gedrag is dan ook het resultaat van een complex samenspel tussen het individu met aangeboren sterke en zwakke kanten en een omgeving die stimulerend of remmend kan werken. Veel gedragsproblemen zijn het gevolg van tekorten in het leerproces tijdens de ontwikkeling.

Agressief en oppositioneel gedrag vormt de grootste groep stoornissen binnen de geestelijke gezondheidszorg en valt onder de moeilijkst te behandelen categorieën.

In de internationale literatuur wordt het agressieve en oppositionele gedrag van de gedragsgestoorde kinderen beschreven in termen van een chronische ziekte.

(Teun van Manen)

Ons onderwerp willen we combineren met voorbeelden uit de praktijk.

De instelling die we in onze scriptie willen benoemen is; Jeugdhuis Vliet en Burgh.

Binnen deze residentiële instelling worden kinderen vrijwillig of met een onder toezichtstelling uit huis geplaatst, het gaat hier om kinderen van 0 tot en met 12 jaar.

We willen een dankwoord uitbrengen naar verschillende mensen, die het maken van onze scriptie mogelijk hebben gemaakt en waar we veel steun aan hebben gehad.

Groepsopvoeders en stafmedewerkers van Jeugdhuis Vliet en Burgh, Bas de Jong, Hetty van Eijk, Marga van Kampen.

INLEIDEND HOOFDSTUK

De instelling die we bij ons afstudeeronderwerp willen betrekken is Jeugdhuis Vliet en Burgh. Jeugdhuis Vliet en Burgh biedt opvang aan kinderen van 0 tot en met 12 jaar.

Kinderen kunnen bij ons geplaatst worden na de indicatie, observatie. In 'de zaak' kan sprake zijn van een ondertoezicht stelling (OTS) of een vrijwillige plaatsing. Wanneer een kind onder toezicht is gesteld houdt dit in dat een gezinsvoogd samen met de ouders gedeelde verantwoordelijkheid draagt voor het kind. Wanneer er sprake is van een vrijwillige plaatsing zijn de ouders het eens met deze vorm van hulpverlening.

Na een observatieperiode van maximaal 6 maanden wordt er vanuit Jeugdhuis Vliet en Burgh een toekomstperspectief voor het kind geadviseerd.

Wanneer kinderen met een indicatie observatie geplaatst worden houdt dit in dat ze voor een duur van maximaal 6 maanden geplaatst worden. Deze 6 maanden kunnen haast nooit gerealiseerd worden door slechte doorstroming naar pleeggezinnen en/of andere settings binnen de jeugd hulpverlening. Kinderen wonen dus vaak langer bij Vliet en Burgh.

Observatie is niet hetzelfde als behandeling. We willen dus benadrukken dat wij niet behandelen. In de praktijk uit dit zich in dat groepsopvoeders alleen staan op 9 kinderen waarbij ook enkele keren bezoeken begeleid moeten worden.

Met andere woorden, voor observatiegroepen is minder geld en tijd beschikbaar.

Naast het bieden van observatiemogelijkheden bieden wij ook crisisopvang.

Dit houdt in; dat kinderen in nood, ofwel die zich in crisis situatie bevinden, 24 uur per dag, 7 dagen per week geplaatst kunnen worden op Vliet en Burgh. Dit kan zonder indicatie.

Kinderen, met of zonder indicatie, worden geplaatst door iemand met een plaatsingsbevoegdheid, denkend hierbij aan Bureau Jeugdzorg.

Een crisisopname is vaak van korte duur.

Wanneer kinderen bij Vliet en Burgh geplaatst worden, streven we waar mogelijk naar thuis plaatsing. Gedurende het verblijf op Vliet en Burgh worden de ouders of netwerken betrokken bij de opvoeding en ontwikkeling van hun kind(eren).

Wanneer een thuisplaatsing niet mogelijk is, wordt een ander toekomst perspectief geadviseerd naar aanleiding van de observaties.

Deze perspectieven kunnen variëren van pleeggezinnen tot andere settings binnen de jeugdhulpverlening, zoals behandeling.

Binnen Vliet en Burgh werken een maatschappelijk werkster en een orthopedagoog.

Zij zijn 4 tot 5 werkdagen in huis, om planbesprekingen te begeleiden, contact met plaasters en ouders te onderhouden en dergelijke. Dit is ook een gedeelde taak van de groepsopvoeder.

De groepsopvoeders dragen voor korte of langere periodes verantwoordelijkheid voor de opvoeding en ontwikkeling van de kinderen.

De meeste kinderen komen uit een onveilige en niet pedagogische thuissituatie.

Deze beschadigde kinderen lopen in hun sociaal emotionele ontwikkeling vaak achter.

Het uiten van emoties wordt bij ons toegelaten maar veel kinderen kunnen dit niet onder controle houden, waardoor dit vaak leidt tot destructief en agressief gedrag. Ook kan de aanleiding van destructief en/of agressief gedrag zijn dat de kinderen zich aan moeten passen aan, en/of het opnieuw moeten aanleren van normen en waarden.

Agressieve gedragsstoornissen is een veel voorkomende houding van de kinderen die tijdelijke bij ons wonen.

Vaak is het noodzaak om het kind buiten de groep te laten kalmeren.

Een prikkelarme omgeving maakt het mogelijk om het kind sneller te kunnen bereiken.

Hierdoor zou het conflict sneller opgelost kunnen worden, waardoor het conflict effectiever gehanteerd kan worden.

Dit is echter een methode die wij vaak niet kunnen realiseren omdat groepsopvoeders alleen hun diensten draaien.

Wanneer de groepsopvoeders binnen Vliet en Burgh wel deze methode zouden hanteren, kunnen zij het overzicht op de groep verliezen, waardoor er bij meerdere kinderen destructief gedrag kan ontstaan.

Deze methode werkt binnen Vliet en Burgh niet waarvoor hij ontwikkeld is.

Binnen behandelingssettings worden methodes nagestreefd om het kind in een prikkelarme omgeving te bereiken en in deze situatie zijn emoties ter sprake laten komen voor zover dat mogelijk is.

Een volgende methode die veel nageleefd wordt is een kind met destructief en/of agressief gedrag een "time-outplek" toe te wijzen waar het kind wel of geen gedeelde verantwoordelijkheid draagt om zonder zijn negatief gedrag terug te keren naar de groep, of om voor het kind bestaande prikkels zoveel mogelijk weg te nemen.

Wel hanteren wij binnen Vliet en Burgh een "time-outplek".

Deze bevindt zich binnen de groep, waardoor prikkels blijven bestaan.

Deze kunnen maar gedeeltelijk afgesloten worden, om geen overzicht te verliezen.

Wij besloten om ons te verdiepen in de agressieve gedragsstoornissen en hier wat duidelijkheid over te brengen naar de werkvloer en voor onszelf. Al zoekend in de literatuur kwamen we er al gauw achter dat we ergens een grens moesten trekken, en niet alleen met de leeftijd van de kinderen. We moesten een keuze maken welke agressieve gedragsstoornissen we wilden benoemen in onze afstudeerscriptie om het op deze manier te kaderen.

We verwijzen bij deze de beschreven literatuur naar het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 6, waarin we de theorie aan de praktijk koppelen.

We hebben uiteindelijk besloten om de drie meest voorkomende, en de meest herkenbare vanuit het werkveld, agressieve gedragsstoornissen te beschrijven. Op deze manier kunnen we theoretisch meer inzicht bieden aan de groepsopvoeders binnen Vliet en Burgh en willen we praktisch hanteerbare adviezen toevoegen. Meer kennis over deze gedragingen voorkomt om alle voorkomende agressie onder één stempel te drukken.

We zijn zelf tevreden over de theorie die we beschreven hebben en denken daarmee onze doelstelling te kunnen bereiken: de groepsopvoeders duidelijkheid bieden over agressie.

Wij willen met ons afstudeerproject een protocol produceren waarin we met theorie duidelijkheid willen scheppen over de meest voorkomende en herkenbare gedragsstoornissen binnen Vliet en Burgh.

Binnen dit protocol willen we naar aanleiding van de theorie praktisch uitvoerbare handelingen adviseren.

Handelingen die dus uitvoerbaar zijn wanneer één groepsopvoeder voor een dagdeel alleen verantwoordelijkheid draagt voor een aantal kinderen.

HOOFDSTUK 1

AGRESSIE

1.1 Inleiding

Bij agressie wordt vaak gedacht aan geweld, maar agressie kan ook voor komen met woorden; beledigen, schelden, liegen, of fysiek geweld; slaan, schoppen, knijpen, bijten of wapengebruik. Waar het om gaat is dat agressief gedrag een middel, een instrument kan zijn om een bepaald doel te bereiken.

K. is een jongen van 9 jaar. In de thuissituatie heeft hij de regels verzonnen en uitgemaakt. Dit kwam al snel tot uiting toen hij bij Vliet en Burgh geplaatst werd. K. leek erg veel moeite te hebben met het zich eigen maken van de regels van Vliet en Burgh. Hij leek hier een compleet eigen gedachtegang over te hebben. Wanneer de groepsopvoeder hem confronteerde met een regel die hij op dat moment moest naleven was K. het hier vaak niet mee eens en eindigde dit in een woordelijk conflict waarbij hij bedreigingen uitte als: 'Ik maak je dood hoor! Ik heb thuis allemaal messen liggen die ik zo je strot in duw!' Wanneer de groepsopvoeder hem corrigeerde liep het vaak uit op een lichamelijk conflict waarbij de groepsopvoeder op K. moest zitten om het geweld, zoals schoppen, slaan en knijpen van haar en K. weg te houden. K. was erg volhoudend in dit conflict en benoemde ook meerdere malen dat hij toch sterker was. Wanneer K. uitgeput leek te zijn, kwam er een einde aan het conflict, waarna K. vaak even alleen wilde zijn. Gesprekvoering over zijn houding en gedrag kon op dat moment kort benoemd worden, maar vaak was het een verlenging van het conflict.

In dit hoofdstuk komt aan de orde wat agressie is en wat de oorzaken zijn. Er zijn verschillende vormen van agressie waar wij verder in dit hoofdstuk ook op in gaan. Ook eventuele oorzaken, theorieën en behandelingen zijn te vinden in dit hoofdstuk.

1.2 Wat is agressie?

Agressie betekent oorspronkelijk het op iemand of iets afgaan, aanvallen.

Agressie is in feite een (extreem) gevecht om macht.

Vanuit interactiestatus gezien gaat het om een verschil van mening over wie er nu eigenlijk de baas is. We verschillen in het dagelijks leven wel meer van mening en in elke discussie vind je een zelfde soort interactiestatus als bij agressie. Het verschil zit 'm in de extreme manier waarop iemand het 'baas zijn' wil afdwingen. Daarvoor gebruikt hij verbale en soms zelfs fysieke dreiging.

1.3 Verschillende vormen van agressie

Zoals in de casus kenbaar wordt uit K. zijn agressie in eerste instantie op verbale manier.

Zoals onder de kenmerken van verbale agressie is beschreven uitte K. persoonlijke bedreigingen. Hij schreeuwde dat 'hij een mes door mijn strot wilde douwen', waarmee hij dreigt mij iets aan te doen.

Toen dit verbale conflict uitliep in een lichamelijk conflict, ofwel een fysiek conflict, uitte hij agressie in de vorm van knijpen, slaan en schoppen. Aanvallen waarmee hij lichte verwondingen toe kan brengen.

Kenmerken zijn

Verbale agressie

- kwaad schreeuwen, gematigd vloeken, persoonlijke beledigingen uiten
- grof vloeken, zware beledigingen uiten, woede uitbarstingen hebben.

Bedreiging

- dreigen zichzelf of de ander in het hier en nu iets aan te doen
- het maken van dreigende gebaren, naar kleding grijpen, dreigend op iemand afkomen
- met een mes, of ander voorwerp in de hand, dreigen zichzelf of de ander in het hier en nu iets aan te doen
- bedreiging in de toekomst.

Fysieke agressie

- slaan, schoppen, duwen, haren trekken, krabben, knijpen, bijten, met een object naar de ander gooien
- anderen aanvallen, waarbij lichte verwondingen worden toegebracht
- anderen aanvallen, waarbij ernstige verwondingen worden toegebracht.

Agressie gericht op objecten

- kwaad met deuren smijten, met objecten gooien, tegen meubilair schoppen, op de vloer urineren, spugen. Dit alles zonder materiële schade.
- kleding kapot scheuren, muren bekladden, objecten kapot maken, waarbij geringe materiële schade wordt toegebracht
- objecten breken, ruiten kapot slaan of schoppen, waarbij forse materiële schade wordt toegebracht.
- brandstichting.

1.4 Verschil tussen agressief gedrag en agressief gevoel

Agressief gedrag

- ontstaat als van binnenuit geen zelfbeheersing volgt
- de hersenschors regelt de overwegingen of men wel of niet aan agressief gevoel uiting zal geven
- een kwestie van biologische aanleg en opvoeding

Agressief gevoel

- ontstaat door prikkels van buitenaf via zintuigzenuwen
- hypothalamus regelt de lichaamsprocessen voor eventueel agressief gedrag als reactie
- voornamelijk een kwestie van biologische aanleg.

1.5 Oorzaken van agressiviteit

- drifttheorie: een aangeboren drift; het kind kan zich niet voldoende uiten in zijn omgeving
- frustratie-agressiemethode: het kan een gevolg zijn op een bepaalde doelgerichte handeling. Het kind wil iets, het lukt niet, er volgt frustratie en agressie
- leertheorie: contact met agressie om het kind heen, of kinderen zijn gewend dat ze aandacht krijgen en hun zin krijgen door agressiviteit. De verklaring vanuit de vroegere ontwikkeling van het kind hierbij gaat het om twee aspecten, namelijk: De koppigheidsfase, veel kinderen met agressiegedrag hebben op onjuiste wijze de koppigheidsfase doorgemaakt. Ze werden te vrij gehouden of te streng aan gepakt. Het kind is verwaarloosd of verwend of overbeschermd. Agressiegedrag zorgt dan voor de nodige aandacht. Het verwend kind weet wat het met agressief gedrag kan bereiken.

- de ecologische theorie: agressief gedrag ontstaat uit een interactie tussen de kenmerken van het kind, de kenmerken van sociale en mentale omgeving en de kenmerken van de taak.

De oorzaken van agressie liggen vaak in een verkilde opvoeding, emotionele afwijzing en/of mishandeling door één of beide ouders/opvoeders. Ook traumatische ervaringen, die niet goed verwerkt zijn, een schoolcultuur die enorm prestatiegericht is en verbaal geweld, zowel als fysiek geweld, getoond op onder andere televisie, kunnen verantwoordelijk zijn voor vormen van agressie. Meestal ligt de oorzaak van agressie in een combinatie van bovengenoemde factoren.

1.6 Waar komt agressie vandaan?

Men kan in de theorieën over agressie twee stromingen onderkennen. De ene gaat ervan uit dat naast goede eigenschappen ook agressieve, destructieve neigingen in mens en dier geboren zijn. Die zoeken, hoe dan ook een uitweg. De omgeving moet tijdens de opvoeding dan ook zorgen voor voldoende onschuldige mogelijkheden om ze op een gevaarlose manier te uiten. Het ontladen van agressie, hetzij in gelijkmatige vorm, hetzij door een uitbarsting. De agressieve neigingen gedragen zich namelijk als stoom in een ketel, als ze er niet uit kunnen wordt de druk tenslotte zo groot dat het tot een ontploffing komt. De andere stroming heeft juist als uitgangspunt dat de mens in aanleg goed en sociaal is. De omgeving tijdens het opvoeden belemmert het kind echter in het positief vorm te geven aan de constructieve krachten die in hem leven.

In het eerste geval leidt het slechte van begin af aan een eigen bestaan in een kind. In het tweede geval wordt het slechte, agressieve gezien als een verbastering van het goede.

Men kan ook zeggen: in het eerste geval is het kind erfelijk belast met het kwade, in het tweede geval wordt hij ermee besmet door de omgang met verkeerde mensen.

Omdat op zulke kwesties nooit een afdoend antwoord is te geven, is het ook onmogelijk te bewijzen waar agressie zijn diepe wortels heeft. Voor de psychologie houdt men het er maar op dat in ieder mens de mogelijkheid tot agressief gedrag leeft en dat het mede van de omgeving afhangt wanneer en in welke mate het tot agressie komt.

Algemeen aanvaard is ook de opvatting dat de manier waarop bij mensen agressie wordt geuit een ontwikkeling doormaakt. Het begint klein met direct lichamelijke gebaren. Na verloop van tijd ontdekt hij het nut van objecten. En tenslotte leert hij de kracht van woorden, van verbale agressie. Wanneer nieuwe vormen worden geleerd blijven de oude echter wel bestaan.

Ouderlijke invloed bij het ontstaan van aanhoudende agressie wordt uiteraard overwogen, omdat zij mogelijk de aanleg daartoe aan hun kinderen doorgeven. Onderzoek lijkt ons buitengewoon moeilijk. Alleen al doordat kinderen die door hun biologische ouders worden opgevoed ook onder dagelijkse invloed staan van wat de ouders doen.

Achter een agressieve daad kunnen een vijftal motieven zitten:

- verdedigen van bezit
- krijgen van bezit
- aandacht trekken
- afstraffen van agressie van een ander
- dreigen.

Het is belangrijk bij het beoordelen te letten op het motief.

Een kind dat agressie van een ander afstraft is eigenlijk sociaal bezig. Een verdedigende agressie moet men anders beoordelen dan een aanvallende agressie.

Uit onderzoek blijken jongens agressiever dan meisjes.

Tussen drie en vijf jaar is een toename van agressie te zien, omdat een kind dan voor zichzelf begint op te komen.

1.7 Theorieën over agressie

Prof. S. Tuinier (2000) deelt de theorie over agressie in drie grote groepen;

1. Theorieën die ervan uitgaan dat agressie het gevolg is van een interactief proces tussen ten minste twee personen. Volgens deze theorieën ontstaat deze agressie niet in een sociaal vacuüm, maar is het een reactie op reële of (gepercipieerde) gedragingen en/of intenties van anderen.

Hieronder hebben we onder meer de 'frustratie-agressiehypothese' beschreven. Deze theorie gaat ervan uit dat wanneer een persoon gefrustreerd is, hij zal overgaan tot het vertonen van agressief gedrag. Uit verder onderzoek in bestaande literatuur blijkt dat deze hypothese slechts opgaat onder bepaalde voorwaarden. De volgende voorwaarden spelen daarbij een rol;

- de grootte van de frustratie; hoe groter de frustratie hoe meer kans op agressie
- de aanwezigheid van agressieve stimuli op het moment dat de persoon gefrustreerd is
- de willekeur van de frustratie; verwachte of gerechtvaardigde frustratie leidt meestal niet tot agressie
- de aard van de emotie die wordt teweeg gebracht door de frustratie en de cognitieve verwerking hiervan.

Naast frustratie wordt provocatie beschouwd als een belangrijke determinant van agressief gedrag. Fysieke provocatie leidt tot fysieke agressie terwijl verbale provocatie meestal aanleiding geeft tot verbale agressie.

2. Theorieën die het verband beschrijven tussen omgevingskenmerken van niet sociale aard en agressie; deze zijn gebaseerd op onderzoeken die het verband nagaan tussen onder meer temperatuur en agressie, lawaai en agressie, ruimtegebrek en agressie, en dergelijke.

3. Biologische theorieën; hieronder behoren de genetische hypothese, de testosteronhypothese en de serotonerge hypothese. Met betrekking tot de genetische hypothese kunnen we stellen dat er weinig duidelijkheid bestaat voor de stelling dat geslachtschromosomale afwijkingen een causale rol spelen bij het ontstaan van agressief gedrag.

Met betrekking tot de testosteronhypothese kunnen we stellen dat er een verband bestaat tussen de testosteronniveaus en het vertonen van agressief gedrag, maar de rol van testosteron in het ontstaan van agressief gedrag is afhankelijk van de sociale context. Voor de serotonerge hypothese bestaat meer duidelijkheid, maar het verband tussen de concentratie van serotonine ter hoogte van het centraal zenuwstelsel en agressie is niet specifiek.

Voor elk van de hierboven genoemde theorieën bestaat er duidelijkheid die de theorie bevestigt maar ook die de theorie weerlegt. Bovendien bestaan er bijna geen onderzoeken waarbij het relatieve belang van sociale factoren, niet sociale omgevingsdeterminanten en biologische determinanten van agressie wordt nagegaan.

Op dit moment kunnen we dus slechts stellen dat agressie beïnvloed wordt door biologische variabelen en door omgevingsvariabelen die elkaar wederzijds beïnvloeden.

Dit wordt volgens ons ook bevestigd in de praktijk;

De oorzaak waardoor K. zijn agressie uit lijkt af te hangen van de regels waar hij onbekend mee is en zich slecht in aan kan passen. In de thuissituatie werd binnen opvoedkundige grenzen weinig structuur geboden aan het leren van regels en het omgaan hiermee. Hieruit kunnen we opmaken dat ook de opvoeding deel kan uit maken van voorkomende agressie. De kinderen staan immers onder invloed van de ouders.

1.7.1 Behandeling van agressie

Agressie vormt het doel van psychotherapeutische interventies, over een breed scala van populaties, behandeld door een veelheid van hulpverleners, binnen een grote variatie van settings.

De heterogeniteit van patiëntengroepen, klinici en klinische settings komt tot uiting in een grote diversiteit van behandelingsstrategieën.

Behandelaars kunnen psychotherapie nodig vinden om bedreigingen en aanvallen op andere patiënten, personeel en familieleden te voorkomen, zelfverwondend of suïcidaal gedrag te verminderen.

De focus van therapie is niet het onderdrukken van woede. Wie woede onderdrukt en niet de nodige sociale en cognitieve vaardigheden bezit om er efficiënt mee om te gaan, heeft een grotere waarschijnlijkheid om zich sociaal terug te trekken. Op fysiologisch vlak blijken individuen die al hun woede onderdrukken sterkere fysiologische arousal te vertonen, het geen mogelijke wijze bepaalde gezondheidsrisico's mee zich mee brengt. De expressie van woede is dus belangrijk voor sociale interacties en voor de gezondheid, maar moet gebeuren binnen de grenzen van wat sociaal aanvaardbaar is en op een manier die op een constructieve wijze de uitlokkende situatie benadert. Doel van de therapie is dus de intensiteit, duur, en eventueel frequentie van de woede / agressie te beïnvloeden en een aangepaste expressie te stimuleren.

In ambulante en residentiële settings worden de volgende uitkomstmaten gehanteerd: het aantal woedeaanvallen of agressie-incidenten, recidivisme en het vertonen van meer aangepast assertief gedrag.

In intramurale voorzieningen zijn de behandelingsdoelen dikwijls beperkt tot het reduceren van woedeaanvallen en/of agressief gedrag.

Daarnaast kan men ook tussentijdse behandeldoelen voor deze patiëntengroep bepalen, zoals:

- het verhogen van de motivatie van de patiënt
- hulp leren vragen (problemen kenbaar maken)
- probleemoplossend gedrag aanleren
- zelfcontrole bevorderen
- het herkennen van emotionele reacties
- inzicht verwerven
- de emotionele gevolgen van de eigen daden leren inschatten
- het herconstrueren van de omgeving van de patiënt om geweld te voorkomen.

Elk belangrijk principe bij de behandeling is het verzekeren van de veiligheid van de patiënt, de behandelaar en zijn omgeving.

Verder is het belangrijk dat therapeuten die routinematig met deze patiënten werken, op de hoogte zijn van de wetgeving betreffende dit onderwerp (bijvoorbeeld, procedures van gedwongen opnames). Het routinematig herkennen van tegenoverdracht reacties in de therapie van agressieve patiënten is van groot belang.

Voor de behandelaar is wederzijdse ondersteuning en intervisie belangrijk, en dienen zij te leren hun grenzen te kennen en ze in therapie ook te bewaken.

Ten slotte moeten de therapeutische programma's voldoende geïndividualiseerd zijn om rekening te kunnen houden met de veelheid van mogelijke variabelen die invloed hebben op agressief gedrag, zodat met de functionele verschillen tussen identiek observeerbaar agressief gedrag rekening wordt gehouden.

1.8 Conclusie

Boosheid/woede is een basisemotie, die deel uitmaakt van het menselijk functioneren. Een toename ervan in frequentie, intensiteit en/of duur kan aanleiding geven tot problemen. Onaangepaste expressie van boosheid kan aanleiding geven tot ernstige problemen, zowel op het gebied van lichamelijk functioneren als van sociale interacties.

Boosheid/woede is een complexe emotie, die zowel de beoordeling van de gebeurtenis als van 'de dader' veronderstelt. Boosheid activeert agressief gedrag.

Agressie kan gepaard gaan met uiteenlopende emoties, zoals frustraties, angst, schuldgevoelens, machteloosheid, hulpeloosheid, vijandigheid, lust, liefde, boosheid of woede.

Wanneer een kind boos is kan dat zijn om verschillende redenen.

Wanneer K. boos werd sloeg deze emotie al gauw over naar agressie, wat bleek uit verbale als lichamelijke bedreigingen. De sociale interactie tussen K. en de groepsopvoeder werd belemmert, doordat hij de groepsopvoeder als bedreiging leek te zien. De veiligheid tijdens deze conflicten was voor K. niet aanwezig.

HOOFDSTUK 2

GEDRAGSSTOORNISSEN

2.1 Inleiding

Er wordt al snel gesproken over antisociaal gedrag wanneer gedragsstoornissen aan de orde komen. Gedrag wordt ervaren als een stoornis wanneer het door de personen in de omgeving van de jeugdige of door hemzelf als problematisch wordt ervaren of beoordeeld. Gedrag wordt gezien als antisociaal wanneer andere personen erdoor benadeeld worden of wanneer normen en regels worden overtreden, zoals het geval is bij vechten, openlijk dingen doen die anderen ergeren, stelen, liegen, opstandig zijn tegen volwassenen, te laat thuiskomen, enz. Veel kinderen laten wel eens gedrag zien dat als antisociaal omschreven zou kunnen worden. Dit past echter in de normale ontwikkeling. Pas wanneer ze gedurende langere tijd herhaaldelijk meerdere antisociale gedragingen vertonen, is er sprake van een gedragsstoornis.

D. is een jongen van 5 jaar. Hij kan zich tegenover groepsgenootjes aanhankelijk en aardig gedragen, maar wanneer de situatie echter anders verloopt dan D. verwacht begint hij om zich heen te slaan en te schoppen. Dit gedrag is niet gericht op een persoon, maar wanneer er een groepsgenootje bij hem in de buurt staat is de kans op een mep voor hem/haar groot. Dit gedrag herhaald zich zeer regelmatig, waardoor het zeer storend is voor zijn omgeving.

2.2 Wat is een gedragsstoornis

Kinderen die zich storend, impulsief of agressief gedragen, zijn niet noodzakelijk gedragsgestoord. Men kan spreken van gedragsgestoord wanneer er sprake is van een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon bij kinderen, waarbij sociale regels en normen worden overtreden.

Enkele symptomen zijn: pesten, vechten, stelen, liegen, van huis weg lopen, spijbelen. Hyperactiviteit en aandachtsstoornissen komen frequent voor bij gedragsgestoorde kinderen.

Bij de beoordeling of er sprake is van een gedragsstoornis zal rekening gehouden moeten worden met de leeftijd van het kind. Wanneer kinderen worden geboren zijn het niet gelijk sociaal functionerende wezens. Ze hebben daar wel aanleg voor, maar die moet nog tot ontwikkeling komen. Het vermogen om rekening te houden met anderen, hen met respect te bejegenen en af te kunnen zien van eigen behoeften ten gunste van anderen, ontplooit zich geleidelijk in de omgang met volwassenen. Tijdens de peuter- en kleuterleeftijd is er bij perioden in meer of mindere mate sprake van agressief gedrag. Bij een vierjarige heeft kwetsend gedrag naar mens en dier een andere, minder ernstige betekenis dan bij een achtjarige. Door de taalontwikkeling krijgt het kind de gelegenheid zijn gevoelens, gedachten en wensen onder woorden te brengen. Dit draagt vervolgens bij tot het afnemen van agressief gedrag.

Hoewel dus een zekere mate van opstandig en agressief gedrag op een bepaalde leeftijd normaal genoemd mag worden, kan met inachtneming van de leeftijd van het kind en diens ontwikkelingsprofiel aan de hand van de criteria uit de DSM worden bepaald wanneer de grens van wat gewoon is wordt overschreden.

Uit onderzoek blijken gedragsstoornissen meer voor te komen bij jongens dan bij meisjes en vaker bij kinderen van ouders uit lagere sociaal economische klassen. Dit houdt in dat ouders laag of ongeschoold zijn waardoor hun financiën beneden het gemiddelde ligt. Antisociale gedragsstoornissen blijken vaker voor te komen in stedelijke gebieden dan op het platteland. Deze stoornissen lijken in de westerse samenleving toe te nemen.

1. (Antisociale) Gedragstoornis.

Kinderen met een gedragsstoornis vertonen antisociaal gedrag:

- ze gedragen zich zeer agressief
- vernielen eigendom
- plegen diefstallen
- spijbelen
- overtreden regels en normen enz.

2. Opstandig-vijandige gedragsstoornis.

Kinderen met een opstandig-vijandige gedragsstoornis vertonen zeer negativistisch, vijandig en openlijk opstandig en ongehoorzaam gedrag.

3. Gedragsstoornissen niet anderszins omschreven.

Kinderen met gedragsstoornissen kunnen zich moeilijk aanpassen in het gezin, in de klas en/of in een vereniging. Ze verkennen bewust of onbewust de grenzen van hun omgeving. Ze zien die grenzen als een belemmering, die hen de mogelijkheden tot verkennen ontnemen. Daardoor ontstaan 'botsingen'. Dit antisociale, oppositionele, uitdagende grensverkennende gedrag is voor de opvoeders (ouders, leerkrachten en andere beroepsopvoeders) beslist niet gemakkelijk.

D. zou op onbewuste manier zijn grenzen kunnen verkennen van zijn omgeving. Hij kan hierin echter niet zijn eigen grenzen bepalen waardoor hij teveel prikkels ontvangt. Deze prikkels lijken ervoor te zorgen dat D. botst met normen en waarden van zijn omgeving en die van zichzelf. Hierdoor ontstaat negativistisch, antisociaal en uitdagend grensverkennend gedrag.

2.3 Oorzaken van gedragsstoornissen

Tegenwoordig wordt uitgegaan van een combinatie van omgeving en aanleg, waarbij de balans tussen risico en beschermende factoren uiteindelijk bepaald of het tot een agressieve gedragsontwikkeling komt. Dikwijls worden de volgende oorzaken onderscheiden:

- de psychobiologische factoren
- de psychosociale factoren
- ecologische factoren.

Met psychologische factoren bedoelen we de erfelijke en biologische aanleg van een kind die van invloed is op de psychologische ontwikkeling. Het gaat onder meer om de werking van hormonen en het functioneren van het zenuwstelsel. In onderzoek is naar voren gekomen dat er bijvoorbeeld bij de zogenoemde 'sensatiezoekers' sprake is van een genetische variant die een biologische outfit oplevert dat deze jongeren spanning nodig hebben om zich goed te voelen.

Het verband tussen een gedragsstoornis van een kind en diens opvoeding in het gezin is uiterst ingewikkeld en iedere situatie is weer anders.

De gevolgen van een agressieve gedragsstoornis worden vaak in verband gebracht met later optredend crimineel en delinquent gedrag. Echter niet elke crimineel heeft in zijn jeugd een gedragsstoornis gehad. Uit onderzoek blijkt dat vooral ernstig agressief gedrag op de kinderleeftijd, onder de 10 jaar, een voorspellende waarde heeft voor later optredend ernstige, met name gewelddadige, delinquentie.

(<http://www.balansdigitaal.nl>)

2.4 Behandeling van gedragsstoornissen

Een ernstige gedragsstoornis is vaak moeilijk te behandelen, onder meer omdat:

- het kind vaak weinig probleembesef heeft en als dit ook nog eens bij de ouders het geval is wordt dit extra moeilijk
- het kind de schuld van de problemen regelmatig bij anderen neerlegt (hij is niet lastig, maar wordt uitgelokt)
- er in eerste instantie winst is met het gedrag (de omgeving is vaak bang voor het agressieve gedrag van het kind en geeft toe, waarmee het kind in staat is om de omgeving naar zijn hand te zetten).

De behandeling moet op verschillende fronten tegelijk worden ingezet en er moet rekening gehouden worden met de beperkingen van zowel het kind als van het gezin.

Daarbij is het terugdringen van de spiraal van opvoedingsmachteloosheid en gedragsontsporing moeilijk te verwezenlijken. Anticiperen in de opvoeding blijkt een belangrijk thema te zijn. Jongeren met een gedragsstoornis hebben vaak een tekortschietende emotionele zelfregulatie, zijn snel gefrustreerd en zijn weinig flexibel in het omschakelen naar een andere houding ten opzichte van de situatie.

Ouders, opvoeders en leerkrachten moeten manieren zien te vinden om in de opvoeding weer een positieve toon te vinden. Dat is geen verwennerij of slappe van de ouders, zoals de omgeving nog wel eens wil suggereren, maar een aanpassing aan de noden van het kind. Ouders, opvoeders en leerkrachten kunnen zich trainen om met het moeilijke gedrag om te gaan en voor het kind de grenzen te bewaken. Ze kunnen leren vooruit te kijken, probleemsituaties te voorzien en veranderingen aan te brengen. Hulp en ondersteuning door professionals zullen vaak niet gemist kunnen worden. Tijdelijke opvang door derden, zoals tijdelijke uithuisplaatsing, buitenschoolse opvang e.d. kunnen ouders ontlasten en hen tegelijkertijd de gelegenheid bieden hun taak vol te houden.

2.5 Conclusie

Men kan spreken van een gedragsstoornis wanneer er sprake is van een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon bij kinderen, waarbij sociale regels en normen worden overtreden.

Kinderen met gedragsstoornissen zijn meestal niet in staat om positieve relaties te onderhouden.

Bij gedragsstoornissen onderscheidt men de gedragsstoornis 'conduct disorder' en het 'oppositional-opstandig gedrag'.

Deze twee begrippen zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.

HOOFDSTUK 3

OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER & CONDUCT DISORDER

3.1 Inleiding

In DSM-IV worden twee gedragsstoornissen onderscheiden: de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (Oppositional Defiant Disorder: ODD) en de antisociale gedragsstoornis (Conduct Disorder: CD); in het vervolg worden de twee afkortingen gebruikt. Bij beide stoornissen onderscheiden we vele symptomen waarvan het kind er enkele moet hebben wil de stoornis vastgelegd kunnen worden.

3.2 Oppositional Defiant Disorder

Vertaald betekent dit begrip: oppositioneel opstandig gedrag.

De kenmerken zijn:

A. Een patroon van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van ten minste zes maanden waarin minimaal vier van de volgende kenmerken aanwezig zijn:

1. is vaak driftig
2. maakt ruzie met volwassenen
3. is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
4. ergert vaak met opzet anderen
5. geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
6. is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
7. is vaak boos en gepikeerd
8. is vaak hatelijk en wraakzuchtig.

ODD wordt pas aan een criterium voldaan als het gedrag vaker voorkomt dan kenmerkend is voor de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van vergelijkbare personen.

B. De gedragsstoornis veroorzaakt in belangrijke mate beperkingen in het sociale, school-, algemene- of beroepsmatige functioneren.

C. De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens het verloop van een psychotische of stemmingstoornis.

Kinderen en adolescenten met een Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis zijn moeilijk in de opvoeding, ongehoorzaam en in verzet, maar feitelijk gewelddadig gedrag is niet aan de orde. Bij jonge kinderen kan men ODD soms zien aankomen, het zijn kinderen die zich niet laten troosten en hyperactief zijn. Huiselijke problemen kunnen bijdragen bij het ontstaan van ODD.

Het ODD gedrag heeft ieder kind en iedere volwassene wel eens. Je kunt pas spreken van oppositionele stoornis als het kind heel vaak veel van deze gedragingen vertoont. Dat kan alleen een kinderpsychiater goed beoordelen. Bij de beoordeling van een gedragsstoornis moet rekening gehouden worden met de leeftijd van het kind.

ODD gaat vaak samen met:

- leerproblemen
- stemmingsproblemen
- hyperactiviteit
- verslaving.

Een oppositionele gedragsstoornis wordt onderscheiden van CD, omdat ODD in de loop van de tijd kan overgaan in CD. Dit is net een tikkeltje erger dan ODD en wordt daarom CD genoemd. Het heeft ook andere kenmerken. (DSM IV, 2002)

3.2 Conduct Disorder

Vertaald betekent dit gedrag: antisociaal gedrag.

De kenmerken zijn:

A. Een 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 minimaal drie van de volgende criteria, er moet ten minste de laatste zes maanden één criterium aanwezig zijn:

Agressie gericht op mensen en dieren

- pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
- begint vaak vechtpartijen
- heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen lichamelijk letsel kan toebrengen (b.v een knuppel, steen of een scherp stuk speelgoed)
- heeft mensen mishandeld
- heeft dieren mishandeld
- heeft in direct contact een slachtoffer bestolen (b.v iemand van achteren 'neerslaan', tasjesroof)
- heeft iemand tot seksueel contact gedwongen.

Vernieling van eigendom

- heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
- heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield.

Leugenachtigheid of diefstal

- heeft ingebroken
- liegt vaak om gunsten van anderen te krijgen
- winkeldiefstal.

Ernstige schending van regels (*beginnend vóór de 13^e jaar*)

- blijft vaak, ondanks verbod van ouders, van huis weg
- is ten minste tweemaal van huis weggelopen
- spijbelt vaak.

B. De gedragsstoornis veroorzaakt in belangrijke mate beperkingen in het sociale, school-, algemene- of beroepsmatige functioneren.

C. Indien de betrokkene achttien jaar of ouder is wordt er niet voldaan aan de criteria van een antisociale persoonlijkheid.

Type beginnend in de kinderleeftijd: het begin van ten minste één criterium, karakteristiek voor een gedragsstoornis, ligt voor het tiende jaar.

In de aard van de symptomen wordt onderscheid gemaakt tussen openlijke antisociale gedragingen en bedekte antisociale gedragingen. Van openlijke antisociale gedragingen hebben derden direct last: schreeuwen, koppig zijn, aanranden, ruziemaken, vechten, vloeken enz. Tot de bedekte antisociale gedragingen behoren onder andere: liegen, vernielen, stelen, spijbelen, slechte vrienden hebben, gebruik van alcohol en drugs. Slecht luisteren kan derhalve gezien worden als het sleutelsymptoom van de antisociale gedragsstoornis. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een lichte, matige en ernstige gedragsstoornis. Hoe meer symptomen en hoe meer schade aan anderen, hoe ernstiger de stoornis. (DSM IV, 2002)

3.4 Specificaties van gedragsstoornissen

Mede omdat kinderen met een gedragsstoornis uiteenlopende kenmerken kunnen vertonen is er in de loop der tijd onderscheid gemaakt tussen de stoornissen.

- Allereerst de ernst: De ODD wordt als minder ernstig gezien dan de CD. Binnen de CD wordt er een specificatie naar licht, matig en ernstig gemaakt afhankelijk van de hoeveelheid symptomen en de last die anderen er aan ondervinden
- In DSM-IV wordt als tweede specificatie de beginleeftijd genoemd. Gedragsstoornissen die op jonge leeftijd beginnen zijn over het algemeen erger, het gedrag loopt dan door in de volwassenheid. Men vermoedt dat erfelijke aanleg een grote rol speelt bij gedragsstoornissen op jonge leeftijd
- Een derde specificatie is die tussen 'openlijke' en 'bedekte' gedragsstoornissen. Kinderen met openlijke gedragsstoornissen gaan de confrontatie met anderen aan. (schreeuwen, ruziemaken, koppig zijn, pesten, vloeken) Jonge kinderen vertonen vaker openlijke gedragsstoornissen. Gedragsstoornissen die op latere leeftijd beginnen zijn vaker bedekte gedragsstoornissen, stiekem gedrag (liegen, vandalisme, stelen, drugsgebruik)
- De vierde specificatie die gemaakt wordt, is die tussen kinderen die de gedragsstoornis individueel vertonen en kinderen die dit in groepsverband doen. De kinderen die het individueel vertonen zijn vaak weer de jonge kinderen. Kinderen die het in groepsverband vertonen zijn vaak latere starters en meelopers, de stoornis wordt dan ook als minder ernstig gezien.

(Jakop Rigter, 2002)

3.5 Risicofactoren

Er zijn veel risicofactoren van invloed op het ontstaan en blijven voort bestaan van gedragsstoornissen. Gedragsstoornissen worden zelden door een of twee risicofactoren veroorzaakt, maar door interactie tussen de factoren. Hieronder zetten wij de risicofactoren op een rijtje.

3.5.1 Risicofactoren op het niveau van het kind

Genetische aanleg voor gedragsstoornissen speelt een kleine rol, de invloed is veel minder dan bij ADHD. Vooral de interactie tussen de genetische aanleg en de omgevingskenmerken zoals de opvoedingsstijl van de ouders, blijkt belangrijk te zijn volgens de biologische theorieën. Genetische aanleg speelt een grote rol bij jonge kinderen, de individualisten en de kinderen die al op jonge leeftijd veel fysieke agressie vertonen. Door middel van lichamelijk onderzoek heeft men kunnen aantonen dat sommige kinderen met gedragsstoornissen een biologische constitutie hebben die men met 'laag arousalniveau' aanduidt. Dit betekent dat de kinderen minder snel schrikken van nieuwe, enge situaties, sneller dan andere kinderen verveeld raken, uitdagende en spannende situaties opzoeken en minder gevoelig zijn voor straf. Lichamelijke kenmerken zijn een lage hartslag en geringe transpiratie bij spannende situaties. De kinderen worden getypeerd als lefgozertjes of koude kikkers.

Net als bij andere stoornissen vormen complicaties tijdens de zwangerschap, drugs-, alcohol en nicotinegebruik, door de moeder tijdens de zwangerschap, prematuriteit en dismaturiteit risicofactoren.. Hoogstwaarschijnlijk veroorzaken ze een algemene achterstand in de cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van het kind en creëert dit een voedingsbodem voor de invloed van andere risicofactoren.

De volgende risicofactoren spelen minder een rol bij het ontstaan van gedragsstoornissen, maar wel bij het blijven bestaan of verergeren van de stoornissen:

- een kind met een gedragsstoornis én andere stoornissen loopt een groter risico op chroniciteit. Vooral de combinatie met ADHD op jonge leeftijd staat hierom bekend
- slecht ontwikkelde zelfcontrole, sociale cognitie en moreel bewustzijn werden al eerder behandeld als kenmerken van kinderen met gedragsstoornissen. Hoe ernstiger deze gebreken, hoe groter de kans op chroniciteit van de stoornis

- slechte schoolprestaties vormen zowel een risicofactor voor gedragsstoornissen als dat het een effect is van de stoornissen
- de gedragsstoornis bevordert drugsgebruik. Door dit gebruik is het kind minder aanspreekbaar op zijn gedrag waardoor de stoornis ernstiger wordt, dit bevordert dan weer het drugsgebruik.

Overzicht:

- genetische aanleg
- laag arousalniveau
- moeilijk temperament
- alcoholgebruik en roken tijdens de zwangerschap
- complicaties tijdens de zwangerschap en/of de geboorte
- onveilige of gedesorganiseerde gehechtheid
- lage intelligentie
- co-morbiditeit met andere stoornissen
- slecht ontwikkelde zelfcontrole, sociale cognitie en moreel bewustzijn
- slechte schoolprestaties
- drugsgebruik.

3.5.2 Risicofactoren op het niveau van de ouders en het gezin

Risicofactoren op het niveau van het gezin worden onderscheiden in structurele en procesmatige kenmerken. Van de structurele kenmerken zijn het eenoudergezin en de echtscheiding de meest bekenden. Tiernormoeders hebben over het algemeen een laag inkomen en weinig opleiding. Meer dan gemiddeld wonen ze in achterstandswijken. De ouders zijn niet of minder in staat om het kind te ondersteunen en het gedrag van het kind te reguleren.

Psychische problematiek bij de ouders bevordert de kans op gedragsstoornissen bij het kind. Kinderen met gedragsproblemen hebben vaker dan normaal ouders met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het grootste risico vormt een vader met delinquent gedrag en alcohol - of drugsproblematiek. Bij moeders komen vaker dan normaal depressieve stoornissen voor.

Er zijn aanwijzingen dat problematiek bij de ouders en de daarmee samengaannde problemen met opvoeden, een groter risico vormen voor dochters dan voor zonen. Waarschijnlijk komt dit doordat meisjes over het algemeen meer thuis zijn dan jongens. Ouder en kind zijn verzeild geraakt in een patroon van wederzijdse gehoorzaamheid en aandacht afdwingen. Dit start meestal al bij het hechtingsproces. Bijvoorbeeld: de opvoeder stelt een eis aan het kind, waardoor het kind reageert met zeuren, jengelen of agressie. De opvoeder trekt zijn eis in, waardoor het kind leert hoe hij zijn zin kan krijgen. Dit speelt voornamelijk af tussen moeder en kind, het kan afgewisseld worden met een autoritaire en agressieve fase in de opvoeding, vaak ingezet door vader: 'en nu is het uit!'. Hard straffen biedt geen oplossing, maar wel een model voor het kind. Weinig contact met bureu en/of familie kan de problematiek verergeren waardoor streng straffen kan ontaarden in kindermishandeling.

Overzicht:

- eenoudergezinnen
- tiernormoeders
- echtscheiding
- psychische problematiek bij (één van) de ouders
- relatie- of gezinsproblematiek; spanningen en stress bij de ouders
- gebrek aan structuur, betrokkenheid en overzicht bij de ouders over het doen en laten van hun kind
- conflictueuze interacties tussen ouders en kind; hard en autoritair optreden van de ouders
- sociaal isolement van het gezin.

3.5.3 Risicofactoren op het niveau van de omgeving

Factoren als een lage sociale economische status, armoede, slecht onderwijs, slechte huisvesting (te klein, te lawaaiig) en wonen in een achterstandswijk spelen mee voor gedragsstoornissen op het niveau van de omgeving. Delinquentie en geweld kunnen een 'logische' reactie zijn in een omgeving die weinig perspectief biedt, en het kind confronteert met geweld, wapens, armoede en drugs. De invloed van leeftijdsgenoten verschilt per gedragsproblematiek, Jonge kinderen worden vaak door hun leeftijdsgenoten uitgestoten. Zij vertonen hun, vaak agressieve, gedrag meestal individueel. Zij missen het gevoel ergens bij te horen. Bij pubers vervullen de leeftijdsgenoten een andere rol. De gedragsproblemen worden bij deze leeftijd veel meer in groepsverband vertoond. 'Slechte vrienden' vormen dan een risico voor groepsactiviteiten zoals delinquentie en druggebruik.

Aanpassingsproblemen binnen een andere cultuur kunnen de kans op gedragsproblematiek bij allochtone jongeren vergroten. Ouders kunnen andere opvattingen en verwachtingen hebben over optreden van leerkrachten of politie en omgekeerd. De anonimisering van de maatschappij verhoogt ook de kans op gedragsstoornissen bij kinderen.

Overzicht:

- lage sociale economische status
- armoede
- invloed van leeftijdsgenoten
- slecht onderwijs
- woonachtig in een achterstandswijk
- geweld op TV
- gebrek aan toezicht op en controle van kinderen
- woonachtig zijn in een 'anonieme' buurt met grote doorstroming
- problematiek van acculturatie.

3.5.4 Beschermingsfactoren

Niet alle kinderen die opgroeien in risicovolle omstandigheden kunnen ook daadwerkelijk gedragsproblemen krijgen. De meeste beschermingsfactoren die genoemd worden zijn tegenpolen van risicofactoren. Kinderen met een bovengemiddeld IQ, een bovengemiddelde aanleg voor vaardigheden (zoals sport) en een makkelijk temperament slaan zich met meer succes door risicovolle omstandigheden heen, dan kinderen die deze kenmerken missen. Ouders die het probleem erkennen vormen ook een beschermingsfactor. Op het niveau van de omgeving blijkt steun bieden aan het kind door een 'belangrijke volwassene' een beschermende werking te kunnen vervullen. Meestal is dit een volwassene met dezelfde sekse als het kind, die onvoorwaardelijke steun geeft en model biedt. Voorbeelden zijn welzijnswerker, sportleider, leerkracht, opa of oma. Ondersteuning van de ouders is ook een beschermingsfactor. Tieners die in hun opvoedingstaak ondersteuning vinden, lopen minder risico een kind met gedragsproblemen te krijgen dan tieners waarbij het ondersteunende netwerk ontbreekt.

(Jakop Rigter, 2002)

3.6 Preventie

Kinderen hebben een verhoogde kans op psychische problematiek bij een opeenhoping van risicofactoren. Gedragsstoornissen zijn daar het voorbeeld van. De bovenstaande lijst van risicofactoren laat zien dat een preventiestrategie die is gericht op slechts één van de factoren, gedoemd is te mislukken. Onderzoek geeft aan dat projecten positief zijn op korte termijn, maar op langere termijn 'oplossen' in de permanente invloed van de risicovolle omstandigheden. Junger-Tas (1998-1999) pleit voor een brede preventiestrategie waarbij men probeert om tegelijkertijd de invloed van meerdere risicofactoren te verminderen en de invloed van meerdere beschermingsfactoren te vergroten. Zij pleit voor een preventiestrategie gericht op jonge kinderen omdat blijkt dat behandeling van jongeren die al met justitie in aanmerking zijn gekomen, meestal succesvol is. Zij kiest op grond van Amerikaans onderzoek voor een wijkgerichte aanpak. De aanpak betreft een primaire

preventiestrategie waarin alle diensten in een wijk of gemeente gaan samenwerken om dezelfde doelen te bereiken. De preventie is gericht op alle bewoners van de wijk en niet op een deelgroep die extra risico loopt. Het betreft het samenwerken van diensten, het welzijnswerk, het onderwijs, de buitenschoolse opvang en de politie. De diensten werken samen met vertegenwoordigers van de buurtbewoners zoals religieuze organisaties, bewonersgroepen en winkeliersverenigingen. Farrington (1996) bepleit een preventiestrategie waarbij in ieder geval op vier clusters van risicofactoren wordt ingezet: op kindniveau; het impulsieve gedrag, op gezinsniveau; het tekortschietende opvoedingsgedrag van de ouders, op schoolniveau; de geringe schoolprestaties van het kind en op maatschappelijk niveau; de armoede.

Zowel Farrington als Junger-Tas benadrukken de mogelijkheden die buitenschoolse opvang en onderwijs hebben om aan criminaliteitspreventie te doen. Want vooral schooluitval lijkt een belangrijke voorspeller te zijn van later antisociaal en delinquent gedrag.

(Jakop Rigter, 2002)

3.7 Conclusie

Er worden twee stoornissen onderscheiden. ODD is oppositioneel en opstandig gedrag dat vooral bij jonge kinderen binnen de gezinscontext plaatsvindt en als de minst ernstige gedragsstoornis wordt gezien.

CD is antisociaal gedrag dat als een ernstige stoornis wordt gezien. En komt meer voor buiten de gezinscontext en meer bij oudere kinderen.

Gedragsstoornissen zijn door psychologen en psychiaters gedefinieerd aan de hand van de mate waarin het gedrag van een kind afwijkt van de normen van de maatschappij.

In de hulpverlening is preventie van gedragsstoornissen de belangrijkste strategie.

HOOFDSTUK 4 BEHANDELINGEN

4.1 Inleiding

S. is een meisje van 9 jaar. Zij kampt met een loyaliteitsconflict die lijkt te zijn ontstaan na de echtscheiding van haar ouders. Dit lijkt een gesloten houding veroorzaakt te hebben waarbinnen haar emoties een raadsel zijn voor haar omgeving. Haar emoties uit ze vaak in destructief en agressief gedrag waarbij zij haar gevoelens niet kan benoemen. Een enkele keer kan zij een emotie benoemen. S. volgt hiervoor creatieve therapie binnen de instelling, met als doel haar emoties te uiten binnen de juiste context en deze later gevoelsmatig te kunnen benoemen.

4.2 Behandeling

De prognose voor kinderen met een gedragsstoornis zonder behandeling is relatief slecht. De stoornis kan zich zonder behandeling doorzetten in de adolescentie en eventueel overgaan in delinquent gedrag en verslaving in de volwassenheid. Het is van maatschappelijk belang dat de ongunstige ontwikkeling van het gedrag van deze kinderen wordt omgebogen. De behandeling van deze stoornis is echter moeilijk. Uit ervaring is inmiddels gebleken dat gedragstherapeutische methoden het meest effectief zijn. Ze richten zich specifiek op de verandering van het gedrag van het kind of de jongere. Grenzen stellen aan het gedrag van het kind en het voortdurend confronteren met de realiteit is erg belangrijk. De therapeut moet op den duur gaan functioneren als een positieve identificatiefiguur. Het kind moet leren om zijn impulsen te beheersen: eerst denken dan doen. Intensieve ouderbegeleiding is hierbij onontbeerlijk. De ouders worden getraind in hun opvoedingsvaardigheden zodat ze leren het gedrag van hun kinderen te beïnvloeden. De ouders moeten zich echter kwetsbaar opstellen, Hun houding ten opzichte van het kind zal moeten veranderen. Daarnaast worden de kinderen getraind in sociale probleemoplossing. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat er tekorten zijn bij kinderen en jongeren op het gebied van sociale en cognitieve vaardigheden om alledaagse sociale problemen op te lossen. Bij deze training leren ze alledaagse problemen te onderkennen, juist te interpreteren, oplossingen te voorspellen en de juiste oplossing te kiezen en deze uit te voeren. Er zal meestal gekozen worden voor een langdurige klinische setting met, waar mogelijk, intensieve betrokkenheid van de ouders. Binnen deze behandeling moet eerst een vertrouwensband groeien tussen kind en behandelaar, zodat het kind vanuit die vertrouwensband ander gedrag kan aanleren.

4.3 Ambulante behandeling

Het succesvol behandelen van kinderen met gedragsstoornissen en hun gezinnen is een lastige opgave. Zowel de ouders als de kinderen zelf zijn geneigd om geen hulp te vragen of snel te stoppen met de hulpverlening. Amerikaanse cijfers laten zien dat 40-60% van de gezinnen zich vroegtijdig terugtrekt. Uit onderzoek naar resultaten blijkt dat, net als bij preventie, de behandelingen die zich op meerdere factoren richten het beste werken. Ook blijkt dat kinderen/gezinnen vaak langdurige behandeling nodig hebben. Groepstherapie van kinderen met gedragsstoornissen werkt contraproductief. De problemen kunnen verergeren, kennelijk leren ze verkeerde dingen van elkaar. Gedragstherapie met leeftijdsgenoten die geen gedragsstoornis hebben kan wel gunstig werken.

4.4 Cognitieve sociale vaardigheidstrainingen

Deze training is gericht op het kind. Het uitgangspunt is dat kinderen de wereld om hen heen waarnemen, interpreteren en er betekenis aan geven. Kinderen met gedragsproblemen blijken problemen te hebben met het juist interpreteren van het gedrag van een ander persoon en de goede handelingen te koppelen aan de interpretatie. Van belang is te beseffen dat bijvoorbeeld agressie niet zozeer uitgelokt wordt door wat er in de omgeving gebeurt, maar meer door de wijze waarop de gebeurtenissen worden waargenomen en verwerkt. In de hulpverlening zijn diverse sociale vaardigheidstrainingen ontwikkeld voor kinderen met gedragsproblemen. Vaak kent een programma dat gericht is op het verbeteren van de sociale cognitieprocessen de volgende stappen:

1. het kind leert de sociale situatie waar te nemen: hij leert gevoelig te worden voor allerlei signalen
2. het kind leert de sociale situatie te interpreteren: wat vind ik ervan
3. het kind leert zoveel mogelijke oplossingen te bedenken
4. het kind leert de voor- en nadelen van de oplossingen af te wegen en kiest er één.
5. het kind voert de oplossing uit
6. het kind evalueert zijn uitvoering en de gevolgen ervan en trekt conclusies voor een volgende keer.

Cognitieve sociale vaardigheidstrainingen hebben pas zin als het kind al voldoende cognitief ontwikkeld is om het perspectief van anderen in te nemen. Negen jaar en ouder geldt als aanbevolen leeftijd.

Binnen de creatieve therapie wordt ook de cognitieve sociale vaardigheden gestuurd en gestimuleerd. S. moet leren om zich prikkels in haar omgeving, sociale situatie, eigen te maken, oplossingen af te wegen met betrekking tot haar gedrag wat hier op volgt en de gevolgen ervan te bekijken.

Groepsopvoeders benoemen vaak naar S.: 'je kiest er zelf voor hoe je je gedraagt.' Met deze benoeming naar S. kan een gesprek worden aangegaan waarbinnen een rollenspel gespeeld kan worden. Naar aanleiding hiervan kan S. naast de creatieve therapie ook binnen haar leefgroep gestuurd en gestimuleerd worden in haar cognitieve sociale vaardigheden.

4.5 Gedragstherapeutische oudertraining (Parent Management Training PMT)

Het belangrijkste doel van deze training is het doorbreken van negatieve ouder-kindinteracties. Belangrijk bij het uitvoeren van de training is dat ouders niet de schuld krijgen van de negatieve interacties, maar dat de trainer van meet af aan duidelijk maakt dat de beïnvloeding wederzijds is. De PMT bestaat uit een aantal groepsbijeenkomsten van ouders. Er wordt van de ouders veel verwacht, ze moeten leren observeren, oefenen tijdens de bijeenkomsten en thuis opdrachten uitvoeren. Voor sommige ouders is dit te hoog gegrepen. PMT blijkt goed te werken bij gemotiveerde ouders en is minder succesvol bij adolescenten. Deze verzetten zich meer tegen de nieuwe aanpak van de ouders en richten zich op leeftijdsgenoten.

4.6 Multisysteemtherapie (MST)

De MST is een in de VS ontwikkelde methode waar in zowel preventieve als behandelingsaspecten gecombineerd worden. Deze methode wordt ook in Nederland toegepast. Men gaat er van uit dat (ernstige) gedragsstoornissen door meerdere risicofactoren worden bepaald en dat deze per kind verschillend zullen zijn. Standaardprocedures bestaan in de optiek van de MST niet. Er zijn een aantal aspecten van MST die belangrijk zijn:

- werken met het gezin van het kind met gedragsstoornissen vormt een voorwaarde voor een succesvolle hulpverlening, maar is op zichzelf onvoldoende voor succes. De hulpverleners moeten veel aandacht besteden aan het bieden van vertrouwen en

perspectief om het gevaar van vroegtijdige verlating van ouders en/of kind te vermijden

- het sociaal ecologische model laat zien dat het gezin van belang is, maar niet als enige invloed heeft op het gedrag van het kind. In de MST wordt veel aandacht besteed aan de invloed van andere systemen zoals 'slechte' vrienden en de school
- afhankelijk van de diagnose wordt niet alleen met het gezin gewerkt maar kan er ook hulpverlening 'op maat' gegeven worden voor het kind en/of de ouders of broertjes en zusjes. Te denken valt aan een sociale vaardigheidstraining, een cursus in opvoedingsvaardigheden of een relatietherapie
- MST is een brede hulpverleningsstrategie de regie die gebaseerd is op een adequate diagnose. De behandelde kinderen veranderen niet in 'heilige boontjes' maar de kinderen functioneren beter dan kinderen die niet of slechts individueel behandeld zijn.

4.7 Residentiële behandeling

Residentiële hulpverlening speciaal gericht op jongeren met gedragsproblemen bestaat (nog) niet. Binnen deze settings wonen jongeren met veelal verschillende stoornissen verschillend per individu. De 'gedragsstoornis' zijn in deze gevallen niet altijd gediagnosticeerd. Hierdoor is de residentiële hulpverlening veelal breed van opzet en weinig toegespitst op een bepaalde doelgroep. Door het versterken van zowel preventieve handelingen als ambulante hulpverlening is er wel een tendens dat de residentiële hulpverlening in toenemende mate gericht wordt op problematische jeugd uit problematische gezinnen. We kunnen concluderen dat veel jongeren uit de residentiële hulpverlening kampen met problemen die verwant zijn aan gedragsstoornissen. Deze jongeren hebben vaak een lange voorgeschiedenis van hulpverlening en thuisverblijf en zijn ook veelvuldig in contact met politie en justitie. De antisociale gedragsstoornis is bij hen eerder een regel dan uitzondering. De residentiële hulpverlening aan jongeren kenmerkt zich door de 24 uur zorg: de jongeren verblijven zeven dagen in de week in een residentiële instellingen kunnen eventueel één of meer keren per maand een weekend naar huis. Binnen de 24 uur-zorg staat werken met een leefgroep centraal: de jongeren leven in groepen van circa tien personen die begeleid worden door vier of vijf groepsleiders. In de leefgroep leert de jongere om te gaan met regels en structuur en kan hij experimenteren met specifiek gedrag. Verder kent een residentiële instelling een behandel- of zorgprogramma. Over het algemeen komen onderdelen van de zorgprogramma's overeen met de ambulante hulpverlening. Vooral sociale vaardigheidstraining neemt een belangrijke plaats in. (Jakop Rigter, 2002)

Binnen Jeugdhuis Vliet en Burgh wordt residentiële hulpverlening geboden.

De kinderen die op Jeugdhuis Vliet en Burgh wonen vertonen allen moeilijk opvoedbaar gedrag, maar dit betekent echter niet direct dat alle kinderen een gedragsstoornis hebben.

4.8 Medicatie

Hoewel er lichamelijke aspecten zijn aan te wijzen is het toch nauwelijks mogelijk om met behulp van medicatie de stoornis te behandelen. Medicatie verhelpt niet de volledige stoornis. Er bestaan psychofarmaca die gebruikt worden voor specifieke gebieden zoals de explosieve agressie, dat zijn: Dipiperon®, Melleril®, Tegretol®. Buitenlaar (2000) onderzocht de werking van Risperdone® bij ernstige agressie; buiten de bijwerkingen lijkt het hulp te kunnen bieden aan het terugdringen van ernstige agressie. Antipsychotica, zoals Haldol, kunnen inwerken op agressie zoals die voorkomt bij ernstige gedragsstoornissen. Dit is op zich niet verwonderlijk wanneer we bedenken dat de sterke schommelingen van het bewustzijn het kind in een roes kunnen brengen waarbij het contact met de realiteit dreigt te verliezen, zoals ook het geval is bij psychoses. Bij gedragsmoeilijkheden, zeker wanneer deze voor komen met concentratiestoornissen, wordt vaak Ritalin® gebruikt. Ritalin® werkt niet alleen op de concentratie, maar ook op de agressie. Medicatie kan in ieder geval de gedragsstoornis hanteerbaar maken.

Enkele belangrijke nadelen van medicatie:

- de stof werkt op meer gebieden dan het specifieke probleemgebied
- bijwerkingen
- het lost het probleem niet structureel op, het probleem ontstaat opnieuw als je met de medicatie stopt
- er treed een verslaving op
- er is steeds meer nodig om hetzelfde effect te bereiken.

4.8.1 Ik-anderdifferentiatie, empathie en zelfreflectie

Het eerste en basale psychologische probleemgebied bij de gedragsstoornis is de gebrekkige ik-anderdifferentiatie. We doelen op het probleem van het onder woorden brengen van gedachten en gevoelens. Het is noodzakelijk dat het kind door middel van gericht formuleren in termen van 'ik' en 'ander' meer leert over de gevolgen van zijn gedrag voor anderen.

In het verlengde van de ik-anderdifferentiatie ligt het empathisch vermogen, het zich verplaatsen in die ander en zijn of haar gevoelens aanvoelen. Bijvoorbeeld door te verwoorden wat er in anderen omgaat en door met behulp van vragen het kind te laten raden wat er in een ander omgaat.

Kinderen met een gedragsstoornis zullen geholpen moeten worden in de wijze waarop ze met anderen omspringen. Het omgaan met leeftijdsgenoten is belangrijk voor de ontwikkeling van een sociale identiteit. Door de wijze waarop zij met kinderen omgaan, worden zij vaak door leeftijdsgenootjes onaangenaam behandeld, en zijn leeftijdsgenootjes bang voor ze. Ze leren op grond daarvan afkeer krijgen van omgaan met leeftijdsgenootjes in plaats van plezier daarin. Hulp in de omgang met leeftijdsgenootjes is daarom belangrijk. Een belangrijke stap in de ontwikkeling van de ik-anderdifferentiatie en vorderende individuatie, is het beoefenen van zelfreflectie. Deze activiteit is moeilijk voor kinderen met een gedragsstoornis. Zij zijn minder geneigd hun gedachten en gevoelens onder woorden te brengen.

Bij jonge kinderen kan zelfreflectie gestimuleerd worden door het vertellen van een verhaal over een dier. Het maakt projectie mogelijk, waarna gestimuleerd kan worden naar hun eigen motieven en gevoelens. Het is voor kinderen belangrijk wat de motieven van volwassenen zijn om naar gevoelens en meningen te vragen. Meer nog dan bij andere kinderen is de metacommunicatie, het communiceren over communicatie, noodzakelijk. Omdat het gedragsgestoorde kind te weinig besef heeft van wat er in de ander omgaat, heeft hij meer informatie nodig.

4.8.2 De noodzaak van structuur

Kinderen met een gedragsstoornis kunnen last hebben van belangrijke schommelingen in bewustzijn. Structuur is een mogelijkheid om bewustzijnschommelingen te beperken. Structuur biedt houvast en vult de tijd. Structuur betekent ook duidelijkheid over de grenzen die aan het kind gesteld worden. Respect voor het kind betekent niet dat alles getolereerd wordt, maar juist dat ongewenst gedrag gesignaleerd en veroordeeld wordt, zonder dat het kind zelf veroordeeld wordt. Het verschil tussen gedrag en persoon is, zeker bij deze kinderen, extra belangrijk. Deze kinderen functioneren als gevolg van structuur, vaak makkelijker in de schoolsituatie dan in een vrije situatie. Ook in de thuissituatie is het moeilijk, omdat het aanbieden van een strakke structuur tegengesteld is aan het normale gezinsleven. Bij gedragsstoornissen, waarbij het kind thuis niet meer te handhaven is, heeft een residentiële behandeling vaak meer succes dan een (pleeg)gezinsopvoeding. In de behandeling moeten warmte, structuur en tolerantie een plaats krijgen. (Martine F. Delfos, 2000)

4.9 Conclusie

We kunnen zeggen dat een kind met een gedragsstoornis gebaat is bij het leren omgaan met zijn stoornis, bij het stimuleren van de ik–anderdifferentiatie, bij ontwikkeling van sociale cognities, bij aandacht voor preventie van verlaagd bewustzijn door onder andere structuur, bij het leren omgaan met leeftijdgenoten en bij het aanleren van sociale vaardigheden. Medicatie zal over het algemeen weinig uitkomst bieden dan alleen ten behoeven van de agressiebeheersing. De hulp zal psychiatrisch – psychologisch en sociaal pedagogisch van aard moeten zijn.

Wanneer S. leert om binnen haar sociale situatie te interpreteren en gevolgen van haar gedrag en dat van anderen in te zien, zal zij op termijn om kunnen gaan met haar stoornis. Zij zou hier zeker baat bij kunnen hebben, zodat zij meer controle op haar sociale situatie en haar gedrag kan ervaren.

HOOFDSTUK 5

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

5.1 Inleiding

Van kinderen wordt op een gegeven moment verwacht dat zij zichzelf in de hand houden, hun gedragssuitingen beheersen, er niet zomaar uitflappen wat zij denken en een planning kunnen maken. Kinderen die, in vergelijking met hun leeftijdgenoten, zich niet goed kunnen beheersen kunnen ADHD hebben. Deze kinderen zijn als volgt kort te typeren: ze hebben moeite om hun aandacht langdurig op één taak te richten, ze zijn motorisch gezien erg beweeglijk en zijn impulsief. ADHD is een geëxternaliseerde, naar buiten gerichte, stoornis. In dit hoofdstuk bespreken we de diagnose van ADHD en de symptomen van ADHD volgens de DSM-IV. Ook hebben wij het over gedragsproblemen bij het kind met ADHD en leggen wij uit waarom ADHD een geëxternaliseerde gedragsstoornis is. Wij zullen uitgebreid op de behandeling van ADHD in gaan.

5.2 ADHD

De diagnose Attention Deficit- Hyperactivity Disorder, ofwel ADHD, is de opvolger van MBD. Minimal Brain Damage. Bij MBD werd uitgegaan van een lichte, niet of nauwelijks aanwijsbare, beschadiging van de hersenen tijdens de geboorte als gevolg van zuurstof gebrek. Tegenwoordig wordt er algemeen van uitgegaan, dat er een andere oorzaak aan deze vaak beweeglijke, onrustige kinderen ten grondslag ligt, een stoornis van de hersenfunctie. Kinderen met ADHD kunnen over hun problematiek heen groeien, maar dat geldt niet voor ieder kind. Een aantal symptomen van ADHD, namelijk hyperactiviteit en concentratiestoornissen, kunnen ook ontstaan als gevolg van andere factoren zoals een traumatische ervaring, gepest worden of echtscheiding van ouders. Omdat het voor de behandeling van groot belang is om onderscheid te maken naar de oorsprong van het gedrag, bijvoorbeeld wanneer we gebruik willen maken van medicatie, gebruiken we voor de omgevingsvariant de term Hyperactiviteit.

ADHD kent drie aandachtsgebieden:

- aandachtstekort, waarmee concentratiestoornissen bedoeld worden
- hyperactiviteit
- impulsiviteit.

Er bestaan drie vormen van ADHD:

- de vorm waarbij vooral hyperactiviteit en impulsiviteit spelen
- de vorm waarbij voornamelijk sprake is van aandachtstekort
- de combinatievorm, waarbij alle drie de elementen aanwezig zijn.

Kinderen met ADHD hebben moeite prikkels die op ze afkomen, met elkaar te combineren. Ze raken afgeleid door nieuwe prikkels en zijn geneigd zich op de nieuwe prikkel te richten en de activiteit waar ze mee bezig waren, te onderbreken.

Zowel bij de gedragsstoornis als bij ADHD speelt één van de verbindingscentra van het lichaam een belangrijke rol. Bij ADHD is dat het verbindingscentrum binnen de hersenen. Bij de gedragsstoornis is dit het verbindingscentrum tussen organen en hersenen.

5.3 Hyperactiviteit

Het kind met ADHD kan, als het zich inzet, zijn hyperactiviteit en impulsiviteit tijdelijk onderdrukken. Omdat het alleen bij korte perioden zijn gedrag kan onderdrukken en niet structureel, is het verstandig het kind te leren effectief te dimmen. Dat wil zeggen dat men met het kind overlegt in welke situaties extra inzet tot rust wordt ingezet met daarnaast extra uitzaken. Een voorbeeld waarbij effectief dimmen belangrijk kan zijn, is de omgang met leeftijdsgenoten. Zowel voor bewegen, maar ook voor omgang met leeftijdsgenoten is het sporten een uitstekende bezigheid. Het zoeken van een lichamelijke activiteit die het kind altijd kan doen, wanneer het daar behoefte aan heeft, kan een preventief effect hebben naar

agressie. Zo is het ook belangrijk om het kind uit te laten dolen na iets moeilijks, omdat de spanning de hyperactiviteit zal doen toenemen.

5.3.1 Impulsiviteit

Het kind kan moeilijk plannen en het leren plannen is dan ook belangrijk. Gedragstherapie is bij impulsiviteit een goed hulpmiddel om het kind de ervaring op te laten doen, dat uitstel van activiteiten goede resultaten geeft. Zo ook het resultaat van iets verbeteren door vol te houden. Ook hierbij kan gedragstherapeutische benadering behulpzaam zijn.

5.4 Lijst van symptomen van ADHD volgens de DSM-IV:

A. Aandachtstekort

Zes of meer van de volgende symptomen van aandachtstekort gedurende ten minste zes maanden in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

- slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
- heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
- lijkt vaak niet te luisteren als hij of zij direct aangesproken wordt
- volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk/karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen
- heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die langdurige geestelijke inspanning vereisen
- raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden
- wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

B. Hyperactiviteit-Impulsiviteit

Zes of meer van de volgende symptomen van aandachtstekort gedurende ten minste zes maanden in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit

- beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn stoel
- staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
- rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is
- kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
- is vaak in de weer of draaft maar door
- praat vaak aan één stuk door.

Impulsiviteit

- gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
- heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
- verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op.

Enkele van de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken bestonden reeds voor het zevende jaar.

Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen, bijvoorbeeld op school én thuis.

Er moeten duidelijke aanwijzingen voor klinisch belangrijke beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren zijn.

Naast de twee hoofdgroepen van symptomen uit DSM-IV zijn er nog een aantal opvallende kenmerken. Samenhangend met concentratieproblemen blijken de kinderen moeite te hebben met het opvolgen van instructies. Regelgevend gedrag ontbreekt veelal. Het gedrag van een kind met ADHD wordt meer geleid door gebeurtenissen om hem heen dan door zijn verinnerlijkte regels en /of de regels die een ouder of leerkracht stelt.

5.5 Gedragsproblemen bij het kind met ADHD

Het kind met ADHD komt geregeld in conflict met zijn omgeving door zijn impulsiviteit en hyperactiviteit. Omdat het kind nauwelijks reageert op wat ouders zeggen, denken deze vaak dat het niet luistert. Bovendien blijft het kind met ADHD tijdens het praten met ouders druk in de weer. Men kan zelfs zeggen dat het zich veelal beter kan concentreren wanneer het in beweging blijft. Ouders voelen zich vaak afgewezen door het kind omdat het contact zo vluchtig is. Als gevolg van de vele problemen in de dagelijkse omgang, die ontstaan door het chaotische gedrag van het kind, komt het vaak in conflict met ouders en leerkrachten. Ouders kunnen wanhopig worden van dit kind, ze kunnen kwaad worden en het kind slecht behandelen. Als gevolg hiervan kan het kind gedragsproblemen gaan vertonen. Het zal zich negatief ten opzichte van ouders en opvoeders kunnen gaan opstellen. Voor het aanleren van gedrag is positieve aandacht nodig. Ouders zijn vaak zo blij wanneer het kind even rustig is, dat zij geen andere aandacht geven dan alleen negatieve aandacht. De ouders krijgen bovendien een schuldgevoel doordat ze steeds straffen. Vaak krijgen zij veel commentaar uit hun omgeving. Omdat het kind gedrag vertoont dat een slechte opvoeding suggereert, wordt al snel met de beschuldigende vinger naar de ouders gewezen. Het kind dat als gevolg van ADHD gedragsproblemen oploopt, zal crimineel gedrag kunnen gaan vertonen als reactie op zijn omgeving. Wanneer de banden met zijn omgeving verslechteren, neemt de kans op ontspoord gedrag toe.

leeftijdsgenoten zullen hem vaak als een verstoring van hun spel ervaren. Als gevolg hiervan zal het kind zich vaak gekwetst voelen. Vanwege zijn normale behoefte aan sociaal contact zal het echter steeds opnieuw contact zoeken.

5.6 De behandeling van ADHD en Hyperactiviteit

De preventie en behandeling van ADHD steunen op drie pijlers. Van belang zijn psycho-educatie, medicatie en een aantal vormen van gedragstherapie. Over het algemeen wordt in Nederland een gecombineerde aanpak aanbevolen.

Alvorens de behandeling van ADHD te bespreken, zetten we eerst de kenmerken van deze stoornis voor alle duidelijkheid nog eens op een rijtje:

- vooral jongens
- onrijpheid centrale zenuwstelsel
 - verminderde werking prefrontale hersenen
 - kleiner corpus callosum (*is een specifiek gedeelte van het centrale zenuwstelsel*)
 - prikkels worden niet goed verwerkt
 - onrust, impulsiviteit
 - gebrekkige concentratie
 - moeite met beklijven van wat gezegd wordt
- mogelijk onrijpheid hormonale structuur
 - gegeneraliseerde angst
 - hyperactiviteit
- risico van gedragsproblemen door conflicten met de omgeving
 - situatiegebonden agressie
 - norm overschrijdend gedrag als uitlaatklep voor problemen
- risico onrijpe ontwikkeling linker hersenhelft
 - risico dyslexie
 - risico leerstoornissen
- risico van verslaving als zelfmedicatie om rustig te worden

En, indien geen comorbiditeit met de geëxternaliseerde gedragsstoornis:

- normale ik-anderdifferentiatie
- normaal empathisch vermogen
 - normale morele ontwikkeling
 - behoefte aan spel met anderen
 - normaal kunnen inschatten van de eigen rol
 - normale zelfreflectie.

5.6.1 Medicatie

In de hulp aan kinderen met ADHD, combinatievorm blijken stimulerende medicijnen, amfetamines, goede resultaten te boeken. De bekendste medicatie die bij ADHD wordt gebruikt is, methylfenidaat (Ritalin®), daarnaast worden clonidine (Dixarit®) en Dipiperon® ingezet, met name als Ritalin® niet of onvoldoende werkzaam lijkt te zijn. Ritalin® zou inwerken op het prefrontale cortex gebied vooraan in de hersenen. In dit gebied zouden de aandachtsfunctie en de planning gelokaliseerd zijn. Doordat het kind beter in staat is zich te concentreren, zou het ook minder onrustig worden. Sommige psychiaters zijn van mening dat Ritalin® een uiterst effectief middel is, anderen zijn wat voorzichtiger en zien op zijn minst de noodzaak van een combinatie met psychotherapie, in het bijzonder gedragstherapie. In Nederland slikken naar schatting 32.000 kinderen Ritalin® en iedere maand komen er 1000 jonge gebruikers bij (ANP, 2000).

5.6.2 Gedragsregulatie

De twee belangrijkste aandachtsgebieden in de behandeling van ADHD zijn de gedragsregulatie om de hyperactiviteit en de impulsiviteit onder controle te krijgen en het versterken van de aandachtsfunctie om de concentratiestoornissen te verminderen. Hoewel vaak met beperkt succes, zijn er verschillende behandelingen vormgegeven. Eén van de bekendste is die van Barkley (1995). Zijn programma, op Amerikaanse leest geschoeid, is een stapsgewijze opbouw, gericht op verandering van gedrag en attitude in kind, ouders en school. Een multimodale behandeling waarbij verschillende gedragstherapeutische technieken worden toegepast. De verschillende situaties moeten op elkaar afgestemd worden, op school zowel als thuis. Voor de gedragsregulatie is het belangrijk dat het kind niet in situaties terechtkomt waar het een overmaat aan prikkels moet verwerken. Structuur en overzicht over de dagelijkse gang van zaken kunnen ervoor zorgen dat deze kinderen niet te veel prikkels hoeven te verwerken. Het is belangrijk om het kind te leren met ADHD om te gaan. Informatie zorgt dat het zichzelf kan helpen, maar ook de volwassenen om zich heen in staat stelt hem te helpen.

5.6.3 Opvoedingsattitude en technieken

Wanneer we met ongewenst gedrag van een kind te maken hebben, is het van belang dat ouders en kind bondgenoten worden in plaats van tegenstanders. Volwassenen hebben vaak het idee dat het kind het gedrag expres vertoont, om volwassenen dwars te zitten. Een kind met ADHD heeft weinig controle over zijn gedrag en doet de dingen voor een belangrijk deel buiten eigen sturing om. De houding van de ouders is belangrijk voor het kind. Het beïnvloedt het zelfbeeld van het kind. Ouders kunnen belangrijk zijn het kind te leren zijn gedrag te structureren, maar daarvoor moet het contact tussen ouders en kind goed zijn. Een attitude van respect naar het kind en acceptatie van het feit dat het kind en de ouders bondgenoten kunnen worden en dat de warmte tussen hen weer kan stromen.

In de opvoeding is de aandacht die het kind krijgt van het grootste belang. Zeker jonge kinderen zijn actief in het mobiliseren van de aandacht van de ouders. Opvoeding betekent structuur geven en grenzen stellen aan het kind. Dit is een belangrijke houvast voor kinderen met ADHD. Het duurt enige tijd voordat het aanslaat bij het kind, en daarom is het noodzakelijk om het enige tijd consequent vol te houden. Straf helpt niet nieuw gedrag te leren, waardering en beloning daarentegen wel. Juist dat is bij ADHD kinderen ontzettend moeilijk, het gedrag dringt zich op en de omgeving kan er haast niet omheen. Toch is het

belangrijk zich te realiseren dat alle aandacht die aan het gedrag wordt gewijd, het gedrag zal versterken in plaats van verzwakken.

- om irritaties te voorkomen, is het verstandig om het huis ADHD vriendelijk te maken. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat de breekbare dingen uit de weg worden gezet
- om zijn gedrag te kunnen sturen, is het noodzakelijk dat het kind leert om zijn gedachten en gevoelens onder woorden te brengen. Ouders kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Als je iets wil uitleggen aan het kind moet je aansluiten bij waar het kind is
- om het zelfvertrouwen van het kind te vergroten, is het stimuleren van zelfredzaamheid en het geven van verantwoordelijkheid die het kind aankan, van groot belang
- omdat de slaap zo belangrijk is en kinderen met ADHD vaak moeite hebben met slapen, met name in slapen en doorslapen, is een slaapprogramma van belang. Het slaapprogramma moet bij deze kinderen vaak wat langer en uitgebreider
- omdat het kind op school lange tijd zijn onrust heeft moeten onderdrukken, is het nodig dat het na schooltijd uit kan razen. Het is verstandig het kind te leren daar ruimte voor te nemen, in plaats van conflicten te krijgen omdat het kind zo druk is.

Voor een gezin is het leven met een kind met ADHD vaak erg vermoeiend. Van daaruit is het zinnig om familie en vrienden te laten meehelpen, door het kind een tijdje op te vangen. Daarbij is van groot belang dat zij het gedrag van het kind begrijpen en niet de beschuldigende vinger naar de ouders wijzen. Omdat de opvoeding van een kind met ADHD veel vergt van ouders is het verstandig om daar steun bij te vragen, zoals videotraining of andere vormen van opvoedingsondersteuning.

Overzicht opvoedingstechnieken:

- aandacht is van groot belang
- structuur geven en grenzen stellen
- consequent zijn en vol houden
- rechtvaardigheid
- waardering, bevestiging en positief aanraken
- beloning
- negeren van ongewenst gedrag
- ADHD vriendelijk huis
- stimuleren van zelfredzaamheid
- geven van verantwoordelijkheid
- familie en vrienden mee laten helpen.

5.6.4 Psychiatische of pedagogische hulp

Een kind met ADHD, zeker met de combinatievorm, is vaak thuis moeilijk te handhaven. Het vergt veel pedagogisch vermogen van de ouders. Kan het kind niet thuis wonen, dan is een opvoeding in een pleeggezin veelal ook niet haalbaar. We komen dan terecht bij een residentiële setting. Deze kan zowel psychiatisch als (ortho)pedagogisch zijn. Net als bij de geëxternaliseerde gedragsstoornis geldt echter ook bij ADHD dat het gedrag zo op de voorgrond treedt, dat de neiging bestaat eerder gedragsmatige hulp te bieden in de zin van (ortho)pedagogische setting dan psychiatische hulp. Daarnaast is het probleem dat de aantal plaatsen in psychiatische setting te klein is om het aantal kinderen met ADHD te kunnen helpen. Een gecombineerde behandeling geeft de voorkeur. Is er sprake van hyperactiviteit en niet van ADHD, dan zal een residentiële setting alleen helpen als de bron voor het gedrag niet anders te behandelen is dan via een uithuisplaatsing.

5.6.5 Behandelingsaspecten bij ADHD

- omgaan met de stoornis
- eventueel medicatie
- gedragsregulatie
 - structuur
 - (cognitieve) gedragstherapie
 - psychotherapie
 - gedragscontracten
- aandachtsfunctie
 - gedragscontacten
 - feedback bij contact
- impulsiviteit
 - leren behoeftebevrediging uit te stellen
 - leren plannen en ordenen
- omgang met leeftijdsgenootjes
- voorlichting en hulp aan ouders
- netwerk rond het gezin

5.7 Conclusie

ADHD is een geëxternaliseerde stoornis die vooral in de omgeving van het kind problemen geeft. Er wordt veel gevraagd van de opvoedingskwaliteiten van ouders met een ADHD kind. ADHD is in meerdere opzichten ernstig omdat de stoornis chronisch kan worden en zelf weer een risicofactor vormt voor andere, nog ernstigere stoornissen zoals gedragsstoornissen en middelenmisbruik. ADHD kan niet veroorzaakt worden door een opvoedingssituatie, maar deze situatie kan wel bijdragen tot verergering of juist vermindering van de problematiek. De hulpverlening aan kinderen met ADHD en hun opvoeders is gebaseerd op zowel een medicamenteuze als gedragstherapeutische aanpak. Beide methoden kunnen elkaars invloeden versterken. In Nederland wordt daarom de combinatietherapie aanbevolen.

HOOFDSTUK 6

KOPPELING NAAR DE PRAKTIJK

6.1 Inleiding

Binnen het werkveld, Vliet en Burgh, zien we veel agressief gedrag. Deze agressie wordt op verschillende manieren geuit, verbaal en non verbaal. De gedragstoornissen die we binnen onze theorie verwerkt hebben zijn die gedragsstoornissen die herkenbaar zijn bij onze doelgroep. Om de theorie te beperken hebben we het bij de drie meest voorkomende en meest herkenbare gedragsstoornissen gehouden: oppositioneel opstandig gedrag, antisociaal gedrag en ADHD. Om deze theorie bruikbaar in de praktijk te laten zijn zullen we in dit hoofdstuk de theorie aan de praktijk koppelen binnen Vliet en Burgh.

6.2 Theorieën

In de theorieën van agressie kunnen wij op dit moment slechts stellen dat agressie beïnvloed wordt door biologische kenmerken en omgevingskenmerken die elkaar wederzijds beïnvloeden. De geslachtschromosomale afwijkingen zijn niet direct zichtbaar en aanwijsbaar bij agressie. Toch kan dit wel een aanleiding vormen voor agressief gedrag. Deze biologische kenmerken kunnen door de groepsopvoeders zelf niet geïndiceerd worden. Omgevingskenmerken zijn daarentegen meer herkenbaar voor groepsopvoeders, doordat deze kenmerken geobserveerd kunnen worden of al vastgelegd staan in rapporten. Zoals de leertheorie beschrijft zien wij overeenkomsten in de houding van kinderen op Vliet en Burgh. Veel kinderen zijn gewend geraakt aan agressie die voorkwam in de thuissituatie of hebben agressie gebruikt in manipulatieve vorm, bijvoorbeeld om hun zin te krijgen of om aandacht te krijgen. Agressie wordt door deze kinderen veelvuldig gebruikt als overlevingsstrategie. De groepsopvoeder neemt een professionele opvoedingsattitude aan waarin duidelijkheid, veiligheid en structuur aan het kind geboden wordt. Binnen deze structuur zal het kind minder het gevoel krijgen om te moeten overleven omdat een volwassene de verantwoordelijkheid neemt voor zijn opvoeding en ontwikkeling.

6.3 Gedragsstoornissen

Binnen onze theorie hebben wij beschreven dat ernstige gedragsstoornissen vaak moeilijk te behandelen zijn. Het kind kan weinig verantwoordelijkheid dragen voor zijn/haar gedrag mede doordat het kind weinig probleembesef heeft. Daarom is het voor de groepsopvoeder belangrijk om preventief te signaleren.

Naast het feit dat er bij Vliet en Burgh niet wordt behandeld moet er wel gehandeld worden. Hoe er gehandeld wordt is per situatie verschillend. Dit kan liggen aan de groepssfeer, de groepssamenstelling, de attitude van de groepsopvoeder en dat de groepsopvoeder dagdelen alleen verantwoordelijkheid draagt voor negen kinderen. Wanneer een kind herhaaldelijk agressief gedrag vertoont zal de groepsopvoeder dus keer op keer de afweging moeten maken tussen het kind die agressief gedrag vertoont of de acht andere kinderen. Vaak zal het voor komen dat de groepsopvoeder voor het kind met het agressief gedrag kiest om samen met het kind dat gedrag te controleren en verder agressief en/of destructief gedrag bij andere kinderen te voorkomen. Wanneer een kind echter weg loopt zal de groepsopvoeder de verantwoordelijkheid moeten nemen voor de acht achterblijvende kinderen en de verantwoordelijkheid van het weggelopen kind neer moeten leggen bij de politie. Wanneer het kind weer terug komt op Vliet en Burgh is het de verantwoordelijkheid van de groepsopvoeder om het gedrag bespreekbaar te maken, zowel bij het weggelopen kind als bij de achter gebleven kinderen om het weggelopen gedrag te voorkomen. Ook is het de verantwoordelijkheid van de groepsopvoeder om de ouders op te hoogte te brengen en te houden van de situatie en de consequentie.

6.4 Kenmerken

In de theorie beschrijven we de kenmerken die we in de literatuur vonden bij Oppositional Defiant Disorder, ofwel de oppositionele gedragsstoornis. Een aandachtspunt hierbij is een patroon van negativistisch, vijandig, openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van ten minste zes maanden waarin minimaal vier van de genoemde kenmerken aanwezig zijn.

Voor de indicatie Conduct Disorder, ofwel de antisociale gedragsstoornis, gediagnosticeerd wordt moet een herhalend en aanhoudend gedragspatroon bij het kind geobserveerd zijn, waarbij de grondrechten van andere of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels overtreden worden.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ofwel ADHD, kent drie aandachtsgebieden waaronder, aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. Ook kent ADHD drie vormen, waar men als groepsopvoeder op de hoogte moet zijn, wil men op een juiste manier hiermee om kunnen gaan.

Groepsopvoeders binnen Vliet en Burgh kunnen niet indiceren maar mogen hun vermoeden wel uitspreken of rapporteren in opgemaakte hulpverleningsplannen. Vaak wordt hierbij de orthopedagoog geraadpleegd.

De genoemde kenmerken in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5 zijn zeer herkenbaar in de gedragingen van een aantal kinderen.

Dit maakt de kennis over Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder en Attention Deficit Hyperactivity Disorder relevant voor ons werkveld. Zo kunnen we gedragsstoornissen eerder herkennen en van elkaar onderscheiden om deze niet onder dezelfde stempel te drukken.

6.5 Risicofactoren en beschermingsfactoren

Het omschrijven van de risicofactoren in ons verslag geeft een verheldering in onze inzichten van de gedragsstoornissen. Wij vonden dit een relevant onderdeel, omdat het veel verduidelijking biedt in het kiezen van een behandelingsmethode. Risicofactoren hebben veel invloed op het ontstaan en blijven voortbestaan van gedragsstoornissen.

Risicofactoren zijn er op het niveau van het kind, de ouders en de omgeving. Deze factoren zijn vrijwel altijd aanwezig. Niet alleen wanneer het kind bij Vliet en Burgh komt wonen, maar ook wanneer het kind weer thuis geplaatst wordt of in een pleeggezin. De kinderen worden in korte of langere periode aan verschillende volwassenen (groepsopvoeders), kinderen (groepsgenootjes) en omgevingen (eventueel andere school, Vliet en Burgh, weer naar huis, pleeggezin, andere setting binnen jeugdhulpverlening) bloot gesteld, waar het kind zich iedere keer weer in moet aanpassen. Ook bij pleeggezin plaatsingen of een plaatsing bij Vliet en Burgh kunnen de ouders een risicofactor zijn voor het kind. Wanneer de ouder het niet eens is met de plaatsing, zal hij/zij dit gevoel aan het kind verbaal of non verbaal over kunnen brengen op het kind, waardoor het zich minder snel veilig kan voelen en misschien zelfs schuldig.

Naast risicofactoren bestaan er ook beschermingsfactoren.

Groepsopvoeders moeten zich bewust zijn van aanwezige risicofactoren en beschermingsfactoren. Een beschermingsfactor ontstaat door eventuele problemen te erkennen, zodat je begrip en empathie kan tonen naar de kinderen en de ouders en hiermee tegelijk ondersteuning kan bieden

Rekening houdend met risico-, maar ook met beschermingsfactoren, kan effectiever handelen mogelijk maken in een veilige en professionele sfeer.

6.6 Methodes

Wij hebben in dit verslag verschillende methodes beschreven, maar welke worden nu werkelijk gebruikt binnen Vliet en Burgh?

Gedragstherapeutische methode is het meest effectief omdat zij zich specifiek richten op de verandering van het gedrag van het kind. Grenzen stellen aan het gedrag van het kind en voortdurend confronteren met de realiteit. Binnen de theorie spreken wij van een therapeut maar deze is niet aanwezig op de werkvloer. Deze methode wordt wel nageleefd door de groepsopvoeder omdat het kind moet leren zijn impulsen te beheersen.

Binnen Jeugdhuis Vliet en Burgh wordt residentiële hulpverlening geboden. Deze residentiële hulpverlening aan kinderen kenmerkt zich door de 24 uur zorg. De kinderen kunnen op afspraak naar huis en krijgen op afspraak bezoek van familie of andere netwerken.

De kinderen die bij Jeugdhuis Vliet en Burgh wonen vertonen allen moeilijk opvoedbaar gedrag, maar dit betekent echter niet direct dat alle kinderen een gedragsstoornis hebben. We kunnen wel concluderen dat veel kinderen uit de residentiële hulpverlening kampen met problemen die verwant zijn aan gedragsstoornissen.

In het uitvoeren van cognitieve vaardigheidstrainingen is Vliet en Burgh beperkt omdat zij daar geen specifieke mensen in huis hebben. Het is vanzelfsprekend dat de groepsopvoeders de cognitieve sociale vaardigheden van de kinderen sturen en stimuleren. Vliet en Burgh is hier echter wel beperkt in doordat de groepsopvoeders voor een dagdeel alleen verantwoordelijkheid dragen voor een aantal kinderen, in dit geval negen. Individuele momenten met de kinderen zijn zeldzaam, waardoor sturing en stimulatie vaak tijdens groepsactiviteiten plaatsvindt.

Gedragstherapeutische oudertraining wordt niet binnen Vliet en Burgh gegeven. Ouders worden wel overal bij betrokken waardoor het doorbreken van negatieve ouder/kind interacties wel ter sprake komen. Bezoeken vinden plaats op de groep waardoor de groepsopvoeder interacties tussen ouder en kind kan observeren en, met onder andere deze gegevens, in gesprek kan gaan met de ouders. Er worden geen groepsbijeenkomsten gehouden, de gesprekken met de ouders zijn individueel. Deze gesprekken kunnen zijn met de groepsopvoeder, met de orthopedagoog of met de maatschappelijk werker binnen Vliet en Burgh. Binnen Vliet en Burgh is het aanbieden van structuur een noodzaak. Structuur biedt houvast en vult de tijd. Structuur betekent ook duidelijkheid over de grenzen die aan het kind gesteld worden. Respect voor het kind betekent niet dat alles getolereerd wordt, maar juist dat ongewenst gedragesignaleerd en veroordeeld wordt, zonder dat het kind zelf veroordeeld wordt. Het verschil tussen gedrag en persoon is, zeker bij deze kinderen, extra belangrijk. De houding van de groepsopvoeder is belangrijk. Omdat de groepsopvoeders alleen hun

diensten draaien zijn zij meer beperkt in het hanteren van methodes. Zij zijn verantwoordelijk voor de structuur binnen het groepsgebeuren maar ook voor de structuur van het individuele kind. Tijdens het verblijf van het kind op Vliet en Burgh is een positieve houding van de groepsopvoeder belangrijk. De groepsopvoeder moet in staat zijn om in een korte periode een vertrouwensrelatie met het kind op te bouwen, waardoor het kind zich snel veilig en thuis kan voelen.

Binnen een veilige sfeer, die gecreëerd wordt met structuur en een positieve houding van de groepsopvoeder, kan het kind zijn emoties gecontroleerd leren uiten en zich nieuwe en of aangepaste normen en waarden eigen maken.

Naast de loyaliteit die kinderen jegens hun ouders hebben, worden de kinderen die bij Vliet en Burgh wonen dagelijks geconfronteerd met andere volwassenen, de groepsopvoeders, die de kinderen sturen, stimuleren, straffen en belonen.

Een goed contact met de ouders is belangrijk, omdat de ouders vaak al moeite hebben met het feit dat hun kind niet thuis woont. Ouders willen graag betrokken blijven bij de ontwikkelingen die het kind doormaakt. Regelmatige gesprekken met de groepsopvoeder zijn belangrijk voor de ouders om zich betrokken te voelen. Hier vormen de orthopedagoog en de maatschappelijk werker ook een rol in.

Maar niet alleen het opbouwen van vertrouwen bij het kind is noodzakelijk. Ook het opbouwen van vertrouwen bij de ouders en of de netwerken is belangrijk. Elke ouder zou toch het liefst zijn eigen kind op willen voeden. Ouders moeten vertrouwen hebben in de groepsopvoeder, omdat deze voor een bepaalde periode de opvoeding van hun kind overneemt. Dus ook een positieve houding naar de ouders is heel belangrijk. De groepsopvoeder moet over een zekere dosis empathie beschikken om ouders te kunnen begrijpen en zich in hun situatie in te leven.

6.7 Conclusie

Binnen dit hoofdstuk hebben we geprobeerd te theorie binnen de praktijk te verduidelijken. Het probleem dat blijft bestaan, wat niet binnen de theorie is beschreven maar wel een belangrijk onderwerp in de praktijk is, is tijd en geld. Met tijd en geld zou er meer deskundig personeel ingezet kunnen worden, waardoor we dubbele diensten kunnen realiseren. Op deze manier is er meer ruimte om aandacht te schenken aan de kinderen en deze ook te bieden aan het agressieve gedrag. Als een kind agressief gedrag vertoont heeft de groepsopvoeder de zekerheid dat de andere kinderen opgevangen worden zonder dat ander destructief gedrag ontstaat. Eén groepsopvoeder zou dan met het kind een prikkelarme omgeving op kunnen zoeken en methodes kunnen nastreven zie anders bijna niet tot niet mogelijk zijn. Naast het feit dat de kinderen meer gerichte aandacht kunnen ontvangen zal op deze wijze ook de werkdruk voor de groepsopvoeders afnemen.

Wij hebben gekozen om een protocol samen te stellen die gericht is voor Vliet en Burgh. Dit protocol is bedoeld voor de vier teams, om wat meer duidelijkheid te creëren over agressief en oppositioneel gedrag.

Het is moeilijk om de vier teams op één tijdstip bij elkaar te krijgen, gezien de onregelmatigheid en de behoefte aan vrije tijd, naast de werktijd. Om de vier teams toch gelegenheid te bieden om zich meer informatie eigen te maken hebben we gekozen om de informatie via een protocol op de werkvloer te brengen.

In het protocol beschrijven we de inhoud van de agressieve en antisociale gedragingen en verschillende methodes die bruikbaar zijn wanneer groepsopvoeders alleen verantwoordelijkheid dragen voor negen kinderen binnen bepaalde dagdelen.

LITERATUURLIJST

Boeken

- Tuinier, S, Prof., Dr.W.M.A. Verhoeven, Dr. P.J.A. van Panhuis (2000), Behandelingsstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen, Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Manen, Teun van
- Delfos, Martine F (2000), Kinderen en gedragsproblemen, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rigter, Jakop (2002), Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen, Bussem: Coutinho
- American Psychiatric Association (2002), DSM-IV patiëntenzorg, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mulder, Jan, Adri Westmaas (2002), Specialistische kinderverpleegkunde, gedragsproblemen en handicaps, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Schade, J.P. Dr., R.A Hellendoorn (1974), Geneesmiddelen gids, Baren: Tirion.

Internet

- <http://www.balansdigitaal.nl>
- <http://orthopedagogiek.com>
- <http://jeugdriagg.nl>
- <http://www.ggd.nl>
- <http://users.skynet.be/oase/conduct.html>
- <http://www.heteiland.zaandam.kennisnet.nl>
- <http://www.bakeo.nl>

Er is veel op het internet te vinden. Zoek met trefwoorden als agressie, gedragsstoornissen en dergelijke. Ook wanneer je op een site terecht komt zijn er verschillende links waar je jouw informatie op kunt vinden. Wij hebben er ook gebruik van gemaakt, waar we veel bruikbare informatie hebben gevonden voor ons afstudeerscriptie.

Protocol

Agressief en opstandig gedrag bij kinderen



Gemaakt door:
Femke van Kampen & Patricia Meijer
Gemaakt voor:
Groepsopvoeders binnen Vliet en Burgh
En andere belangstellenden

Inleiding

Omdat het een moeilijke opgave is om alle groepsopvoeders van Vliet en Burgh op één tijdstip bij elkaar te krijgen hebben wij gekozen om onze theorie in vorm van een protocol naar de werkvloer te brengen.

Een advies zou hierbij op zijn plaats zijn om het protocol tijdens de vergaderingen bespreekbaar te maken met het doel als kwaliteitsverbetering van het team.

Op deze manier kunnen groepsopvoeders en andere belangstellenden op een snelle maar effectieve wijze zich informatie eigen maken die bruikbaar is in de kennis en kunde met de doelgroep.

In het protocol hebben we gedrag, agressie, de drie meest herkenbare gedragsstoornissen beschreven en een aantal behandelingen genoemd. Met de onderwerpen die we binnen dit protocol beschrijven willen we de groepsopvoeders meer duidelijkheid bieden over de agressieve gedragsstoornissen, zodat niet alle agressieve gedragingen onder één stempel worden gedrukt. We hebben de omgang en eventuele behandeling die geboden kan worden beschreven om handvatten te bieden in het handelen van de groepsopvoeder.

We hebben een aantal adviezen beschreven die haalbaar zijn voor de groepsopvoeders die werkzaam zijn bij Jeugdhuis Vliet en Burgh.

Andere adviezen zijn op het niveau van de organisatie, die niet direct uitvoerbaar zijn voor de groepsopvoeders.

De adviezen hebben we in de tekst verwerkt, om deze niet te laten onderbreken.

Dan nog niet te spreken over de onderwerpen tijd en geld, want deze kunnen niet gerealiseerd worden. Vele discussies zijn hier op de werkvloer al over gevoerd, zonder slagen. Hierdoor willen we de aspecten tijd en geld niet direct binnen onze adviezen betrekken.

Hierdoor hebben wij getracht een protocol op maat te creëren, geschikt voor de groepsopvoeders van Vliet en Burgh.

In het protocol hebben wij duidelijkheid gebracht door te werken met tab bladen. Op deze manier kan men sneller die informatie vinden waar men naar zoekt.

Tijdens het protocol willen wij terugverwijzen naar de theorie, wanneer groepsopvoeders en/of andere belangstellenden hier interesse in hebben.

Gedrag

Gedragsproblemen kunnen zich op vele manieren uiten: in de vorm van negatief gedrag, hyperactiviteit, sociale angst, depressief gedrag. Ook de ernst ervan kan zeer verschillen en daarmee ook de mogelijke behandelbaarheid.

Er zijn geschreven en ongeschreven wetten die een rol spelen bij de beoordeling van gedragingen. Een definitie van probleemgedrag of antisociaal gedrag zou kunnen zijn: gedrag dat afwijkt van de geldende groepsnormen.

Omgaan met gedragsproblemen is daarom onmogelijk zonder een bezinning op oordelen en vooroordelen die in groepsprocessen een rol spelen. Het merendeel van ons gedrag is aangeleerd. Dit gedrag wordt in stand gehouden en beïnvloedt door de omgeving.

Gedrag is dan ook het resultaat van een complex samenspel tussen het individu met aangeboren sterke en zwakke kanten en een omgeving die stimulerend of remmend kan werken.

Veel gedragsproblemen zijn het gevolg van tekorten in het leerproces tijdens de ontwikkeling.

Kinderen die zich storend, impulsief of agressief gedragen, zijn niet noodzakelijk gedragsgestoord. Men kan spreken van gedragsgestoord wanneer er sprake is van een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon bij kinderen, waarbij sociale regels en normen worden overtreden.

Enkele symptomen zijn: pesten, vechten, stelen, liegen, van huis weglopen, spijbelen.

Hyperactiviteit en aandachtsstoornissen komen frequent voor bij gedragsgestoorde kinderen.

Bij de beoordeling of er sprake is van een gedragsstoornis zal rekening gehouden moeten worden met de leeftijd van het kind. Tijdens de peuter- en kleuterleeftijd is er bij perioden in meer of mindere mate sprake van agressief gedrag. Bij een vierjarige heeft kwetsend gedrag naar mens en dier een andere, minder ernstige betekenis dan bij een achtjarige. Door de taalontwikkeling krijgt het kind de gelegenheid zijn gevoelens, gedachten en wensen onder woorden te brengen. Dit draagt vervolgens bij tot het afnemen van agressief gedrag.

Hoewel dus een zekere mate van opstandig en agressief gedrag op een bepaalde leeftijd normaal genoemd mag worden, kan met inachtneming van de leeftijd van het kind en diens ontwikkelingsprofiel aan de hand van de criteria uit de DSM worden bepaald wanneer de grens van wat gewoon is wordt overschreden.

Verschillende vormen van agressie

Kenmerken zijn

Verbale agressie

- kwaad schreeuwen, gematigd vloeken, persoonlijke beledigingen uiten
- grof vloeken, zware beledigingen uiten, woede uitbarstingen hebben.

Bedreiging

- dreigen zichzelf of de ander in het hier en nu iets aan te doen
- het maken van dreigende gebaren, naar kleding grijpen, dreigend op iemand afkomen
- met een mes, of ander voorwerp in de hand, dreigen zichzelf of de ander in het hier en nu iets aan te doen
- bedreiging in de toekomst.

Fysieke agressie

- slaan, schoppen, duwen, haren trekken, krabben, knijpen, bijten, met een object naar de ander gooien
- anderen aanvallen, waarbij lichte verwondingen worden toegebracht
- anderen aanvallen, waarbij ernstige verwondingen worden toegebracht.

Agressie gericht op objecten

- kwaad met deuren smijten, met objecten gooien, tegen meubilair schoppen, op de vloer urineren, spugen. Dit alles zonder materiële schade.
- kleding kapot scheuren, muren bekladden, objecten kapot maken, waarbij geringe materiële schade wordt toegebracht
- objecten breken, ruiten kapot slaan of schoppen, waarbij forse materiële schade wordt toegebracht.
- brandstichting.

Oppositional Defiant Disorder (ODD)

Vertaald betekent dit begrip: oppositioneel opstandig gedrag.

De kenmerken zijn:

A. Een patroon van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van ten minste zes maanden waarin minimaal vier van de volgende kenmerken aanwezig zijn:

1. is vaak driftig
2. maakt ruzie met volwassenen
3. is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
4. ergert vaak met opzet anderen
5. geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
6. is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
7. is vaak boos en gepikeerd
8. is vaak hatelijk en wraakzuchtig.

ODD wordt pas aan een criterium voldaan als het gedrag vaker voorkomt dan kenmerkend is voor de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van vergelijkbare personen.

B. De gedragsstoornis veroorzaakt in belangrijke mate beperkingen in het sociale, school-, algemene- of beroepsmatige functioneren.

C. De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens het verloop van een psychotische of stemmingstoornis.

Kinderen en adolescenten met een Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis zijn moeilijk in de opvoeding, ongehoorzaam en in verzet, maar feitelijk gewelddadig gedrag is niet aan de orde. Bij jonge kinderen kan men ODD soms zien aankomen, het zijn kinderen die zich niet laten troosten en hyperactief zijn. Huiselijke problemen kunnen bijdragen bij het ontstaan van ODD.

Het ODD gedrag heeft ieder kind en iedere volwassene wel eens. Je kunt pas spreken van oppositionele stoornis als het kind heel vaak veel van deze gedragingen vertoont. Dat kan alleen een kinderpsychiater goed beoordelen. Bij de beoordeling van een gedragsstoornis moet rekening gehouden worden met de leeftijd van het kind.

ODD gaat vaak samen met:

- leerproblemen
- stemmingsproblemen
- hyperactiviteit
- verslaving.

Een oppositionele gedragsstoornis wordt onderscheiden van Conduct Disorder (antisociaal gedrag), omdat ODD in de loop van de tijd kan overgaan in CD. Dit is net een tikkeltje erger dan ODD en wordt daarom CD genoemd. Het heeft ook andere kenmerken.

(DSM IV, 2002)

Conduct Disorder (CD)

Vertaald betekent dit gedrag: antisociaal gedrag.

De kenmerken zijn:

A. Een 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 minimaal drie van de volgende criteria. Er moet ten minste de laatste zes maanden één criterium aanwezig zijn:

Agressie gericht op mensen en dieren

- pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
- begint vaak vechtpartijen
- heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen lichamelijk letsel kan toebrengen (b.v een knuppel, steen of een scherp stuk speelgoed)
- heeft mensen mishandeld
- heeft dieren mishandeld
- heeft in direct contact een slachtoffer bestolen (b.v iemand van achteren 'neerslaan', tasjesroof)
- heeft iemand tot seksueel contact gedwongen.

Vernieling van eigendom

- heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
- heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield.

Leugenachtigheid of diefstal

- heeft ingebroken
- liegt vaak om gunsten van anderen te krijgen
- winkeldiefstal.

Ernstige schending van regels (*beginnend vóór het 13^e jaar*)

- blijft vaak, ondanks verbod van ouders, van huis weg
- is ten minste tweemaal van huis weggelopen
- spijbelt vaak.

B. De gedragsstoornis veroorzaakt in belangrijke mate beperkingen in het sociale, school-, algemene- of beroepsmatige functioneren.

C. Indien de betrokkene achttien jaar of ouder is wordt er niet voldaan aan de criteria van een antisociale persoonlijkheid.

Type beginnend in de kinderleeftijd: het begin van ten minste één criterium, karakteristiek voor een gedragsstoornis, ligt voor het tiende jaar.

Slecht luisteren kan gezien worden als het sleutelsymptoom van de antisociale gedragsstoornis.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen een lichte, matige en ernstige gedragsstoornis. Hoe meer symptomen en hoe meer schade aan anderen, hoe ernstiger de stoornis.

(DSM IV, 2002)

Omgaan met ODD en CD

We willen allereerst benoemen dat groepsopvoeders niet kunnen indiceren wanneer een kind ODD of CD heeft. Dit gebeurt door de kinderpsychiater. Wel kunnen de groepsopvoeders hun vermoedens hebben en dan is het belangrijk om hun observaties vast te leggen in rapportage. In de omgang met kinderen die kenmerken vertonen van CD en ODD is een portie geduld een vereiste en is het belangrijk om een professionele opvoedingsattitude te behouden. Tevens is het belangrijk dat het kind zich veilig voelt, zodat de groepsopvoeder een vertrouwensrelatie met het kind aan kan gaan. Een kind heeft het nodig dat een volwassene de verantwoordelijkheid neemt voor zijn/haar opvoeding en ontwikkeling. Wanneer de groepsopvoeder in conflict raakt met een kind met agressief gedrag zal hij het kind sneller kunnen bereiken en het conflict effectiever op kunnen lossen wanneer het kind zich veilig bij hem voelt. Het creëren van een veilige sfeer is dus heel belangrijk. De groepsopvoeder zal per situatie moeten afwegen hoe te handelen en wat op dat moment praktisch uitvoerbaar is. Kan de groepsopvoeder op dat moment met het kind een prikkelarme omgeving opzoeken met de kans daarbij het overzicht op de groep te verliezen?

Wanneer de groepsopvoeder erin slaagt om een veilige sfeer te creëren waarin de kinderen hem vertrouwen, zal hij eerder met een kind dat destructief of agressief gedrag vertoont de groep kunnen verlaten, dan wanneer het vertrouwen en de veiligheid niet gecreëerd is. Een advies voor de Vliet en Burgh zou zijn om een gedeelte van de groep prikkelarm in te richten. Daar kan de groepsopvoeder zich bezig houden met het kind dat agressief of destructief gedrag vertoont zonder dat het overzicht op de groep totaal verloren kan gaan. (Dit is echter iets wat financieel bekeken moet worden en waar de groepsopvoeders niet direct wat in kunnen veranderen.)

Een advies voor de groepsopvoeders is om zonder schaamte hulp in te schakelen van een collega, van een andere groep. Wanneer een collega niet van zijn/haar groep weg kan zou de groepsopvoeder het kind bij de collega in de groep kunnen plaatsen. Het kan voor de groepsopvoeder maar ook voor het kind rustgevend werken wanneer zij even van elkaar gescheiden worden zodat het kind niet nog gefrustreerder raakt door frustraties van de groepsopvoeder.

In de periode dat een collega het over kan nemen kan de groepsopvoeder volledige verantwoordelijkheid nemen voor de groep waarin de groepsopvoeder enige maatregelen kan treffen, zoals duidelijke afspraken maken met de andere kinderen, om daarna op een rustige wijze het conflict op te lossen.

Het is belangrijk om na een conflict er over te praten met een collega. Niet alleen om je collega op de hoogte te brengen van de gebeurtenissen op de groep maar ook om het van je af te praten en feedback over je handelen te ontvangen. We spreken uit ervaring dat het fijner is om dit met collega's te bespreken, zodat je het niet mee naar huis neemt. Mensen in je privé omgeving begrijpen niet altijd jouw doelgroep en dergelijke. Het is dus fijn om als professionele opvoeders elkaar feedback te geven en te ontvangen.

Als groepsopvoeder moet je ervan bewust zijn dat je met jouw gedrag ander gedrag kan uitlokken.

Dus wanneer de groepsopvoeder snel gefrustreerd is kan het kind dat ook zijn. Het verschil hierin is dat de groepsopvoeder het impuls naar buiten gericht kan beheersen, maar het kind misschien niet. Met geduld en vrolijkheid kan de groepsopvoeder een ontspannen sfeer creëren. Waarin ook duidelijkheid en het bieden van structuur niet mag ontbreken.

Als groepsopvoeder moet je ook bewust zijn van eventuele risicofactoren die aanwezig zijn. Deze zullen eerder agressief of destructief gedrag op kunnen wekken. Wanneer de groepsopvoeder hier bewust van is kan hij daar verandering in brengen of het kind confronteren met de werkelijkheid. Dit kan duidelijkheid scheppen in de oorzaak van het gedrag. Ook bewustzijn van de beschermingsfactoren is erg belangrijk. Deze factoren zijn nodig om vertrouwen en veiligheid te scheppen, zowel bij het kind als de ouders. Deze zouden de groepsopvoeders optimaal moeten benutten om een professionele kind-ouderrelatie aan te gaan.

De groepsopvoeder moet bewust de tijd nemen voor een overdrachtmoment met de collega die de dienst overneemt. Ook moet de groepsopvoeder ervoor zorgen dat zijn observaties vastgelegd worden in rapportage. Groepsopvoeders moeten zich ervan bewust zijn dat deze overdracht een belangrijk moment is om informatie uit te wisselen en gedrag van de kinderen bespreekbaar te maken.

Wanneer het overdrachtmoment niet optimaal benut kan worden door tijdsdruk is het belangrijk om het bespreekbaar te maken tijdens vergadermomenten die eens in de week, drie uur, gepland is. Een deel van de vergadering is de orthopedagoog en de maatschappelijkwerker aanwezig. Hen kan om een mening gevraagd worden betreft het gedrag van een kind, waarbij deskundig inzicht verwacht mag worden.

Tijdens de vergaderingen zou men een feedback moment na moeten streven waarin collegae elkaar feedback kunnen geven betreft hun handelen met de doelgroep en hierom ook kunnen vragen. De openheid die binnen het team heerst zou het feedback moment effectiever vorm geven.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

De kenmerken zijn:

A. Aandachtstekort

Zes of meer van de volgende symptomen van aandachtstekort, gedurende ten minste zes maanden, in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

- slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
- heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
- lijkt vaak niet te luisteren als hij of zij direct aangesproken wordt
- volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk/karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen
- heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- vermijdt vaak, heeft een afkeer van, of is onwillig zich bezig te houden met taken die langdurige geestelijke inspanning vereisen
- raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden
- wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

B. Hyperactiviteit-Impulsiviteit

Zes of meer van de volgende symptomen van aandachtstekort gedurende ten minste zes maanden in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit

- beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait op zijn stoel
- staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
- rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is
- kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
- is vaak in de weer of draaft maar door
- praat vaak aan één stuk door.

Impulsiviteit

- gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
- heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
- verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op.

Enkele van de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken bestonden reeds voor het zevende jaar.

Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen, bijvoorbeeld op school én thuis.

Er moeten duidelijke aanwijzingen voor klinisch belangrijke beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren zijn.

Omgaan met ADHD

Wanneer we met ongewenst gedrag van een kind te maken hebben, is het van belang dat groepsopvoeders en kind bondgenoten worden in plaats van tegenstanders. Volwassenen hebben vaak het idee dat het kind het gedrag expres vertoont, om volwassenen dwars te zitten. Een kind met ADHD heeft weinig controle over zijn gedrag en doet de dingen voor een belangrijk deel buiten eigen sturing om. De houding van de groepsopvoeders is belangrijk voor het kind. Het beïnvloedt het zelfbeeld van het kind. Groepsopvoeders kunnen belangrijk zijn het kind te leren zijn gedrag te structureren, maar daarvoor moet het contact tussen groepsopvoeders en kind goed zijn. Een attitude van respect naar het kind en acceptatie van het feit dat het kind en de groepsopvoeders bondgenoten kunnen worden en dat de warmte tussen hen kan stromen is belangrijk.

In de opvoeding is de aandacht die het kind krijgt van het grootste belang. Zeker jonge kinderen zijn actief in het mobiliseren van de aandacht van de groepsopvoeders. Opvoeding betekent structuur geven en grenzen stellen aan het kind. Dit is een belangrijk houvast voor kinderen met ADHD. Het duurt enige tijd voordat het aanslaat bij het kind, en daarom is het noodzakelijk om het enige tijd consequent vol te houden. Straf helpt niet nieuw gedrag te leren, waardering en beloning echter wel. Juist dat is bij ADHD kinderen ontzettend moeilijk, het gedrag dringt zich op en de omgeving kan er haast niet omheen. Toch is het van belang zich te realiseren dat alle aandacht die aan het gedrag wordt gewijd, het gedrag zal versterken in plaats van verzwakken.

Daarom is het belangrijk:

- om irritaties te voorkomen. Het is verstandig om het huis ADHD vriendelijk te maken. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat de breekbare dingen uit de weg worden gezet
- om zijn gedrag te kunnen sturen. Het is noodzakelijk dat het kind leert om zijn gedachten en gevoelens onder woorden te brengen. Groepsopvoeders kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Als je iets wil uitleggen aan het kind moet je je aansluiten bij het kind
- om het zelfvertrouwen van het kind te vergroten. Het stimuleren van zelfredzaamheid en het geven van verantwoordelijkheid die het kind aankan, is van groot belang
- dat kinderen voldoende rust krijgen. Omdat de slaap zo belangrijk is en kinderen met ADHD vaak moeite hebben met slapen, met name inslapen en doorslapen, is een slaaptraining van belang. Het slaapritueel moet bij deze kinderen vaak wat langer en uitgebreider
- dat het kind na schooltijd uit kan razen omdat het kind op school lange tijd zijn onrust heeft moeten onderdrukken. Het is verstandig het kind te leren daar ruimte voor te nemen, in plaats van conflicten te krijgen omdat het kind zo druk is.

Dit valt niet allemaal te realiseren voor de groepsopvoeders van Vliet en Burgh. Omdat de groepsopvoeder altijd alleen werkt en die dagdeel verantwoordelijk is voor negen kinderen, kan het kind met ADHD niet constant op positieve wijze gestuurd worden. Alle kinderen zijn vaak op zich zelf gewezen. Natuurlijk doet de groepsopvoeder zijn best zoveel hij kan, maar het staat binnen de theorie erg mooi beschreven.

Wel zou de groepsopvoeder moeten nastreven om extra individuele momentjes met het kind te creëren. Op deze manier kan de groepsopvoeder gericht contact maken en veiligheid creëren om het bondgenoten gevoel te stimuleren. Deze momentjes kunnen minimaal gerealiseerd worden, doordat de groepsopvoeder alleen werkt, maar zouden daarom optimaal benut moeten worden.

Risicofactoren op het niveau van het kind

Genetische aanleg voor gedragsstoornissen speelt een kleine rol, de invloed is veel minder dan bij ADHD. Vooral de interactie tussen de genetische aanleg en de omgevingskenmerken zoals de opvoedingsstijl van de ouders, blijkt belangrijk te zijn volgens de biologische theorieën. Genetische aanleg speelt een grote rol bij jonge kinderen, de individualisten en de kinderen die al op jonge leeftijd veel fysieke agressie vertonen. Lichamelijke kenmerken zijn een lage hartslag en geringe transpiratie bij spannende situaties. Net als bij andere stoornissen vormen complicaties tijdens de zwangerschap, drugs-, alcohol en nicotinegebruik door de moeder tijdens de zwangerschap risicofactoren. Hoogstwaarschijnlijk veroorzaken ze een algemene achterstand in de cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van het kind en creëert dit een voedingsbodem voor de invloed van andere risicofactoren.

Risicofactoren op het niveau van de ouders en het gezin

Risicofactoren op het niveau van het gezin worden onderscheiden in structurele en procesmatige kenmerken. Van de structurele kenmerken zijn het eenoudergezin en de echtscheiding de meest bekenden. De ouders zijn niet of minder in staat om het kind te ondersteunen en het gedrag van het kind te reguleren. Psychische problematiek bij de ouders bevordert de kans op gedragsstoornissen bij het kind. Kinderen met gedragsproblemen hebben vaker dan normaal ouders met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ouder en kind zijn verzeild geraakt in een patroon van wederzijdse gehoorzaamheid en aandacht afdwingen. Weinig contact met burens en/of familie kan de problematiek verergeren waardoor streng straffen kan ontaarden in kindermishandeling.

Risicofactoren op het niveau van de omgeving

Factoren als een lage sociale economische status, armoede, slecht onderwijs, slechte huisvesting (te klein, te lawaaiig) en wonen in een achterstandswijk spelen mee voor gedragsstoornissen op het niveau van de omgeving. Delinquentie en geweld kunnen een 'logische' reactie zijn in een omgeving die weinig perspectief biedt en het kind confronteert met geweld, wapens, armoede en drugs. De invloed van leeftijdsgenoten verschilt per gedragsproblematiek. Jonge kinderen worden vaak door hun leeftijdsgenoten uitgestoten. Zij vertonen hun, vaak agressieve, gedrag meestal individueel. Zij missen het gevoel ergens bij te horen.

Beschermingsfactoren

Niet alle kinderen die opgroeien in risicovolle omstandigheden kunnen ook daadwerkelijk gedragsproblemen krijgen. De meeste beschermingsfactoren die genoemd worden zijn tegenpolen van risicofactoren. Kinderen met een bovengemiddeld IQ, een bovengemiddelde aanleg voor vaardigheden (zoals sport) en een makkelijk temperament slaan zich met meer succes door risicovolle omstandigheden heen, dan kinderen die deze kenmerken missen. Ouders die het probleem erkennen vormen ook een beschermingsfactor. Op het niveau van de omgeving blijkt steun bieden aan het kind door een 'belangrijke volwassene' een beschermende werking te kunnen vervullen. Voorbeelden zijn welzijnswerker, sportleider, leerkracht, opa of oma. Ondersteuning van de ouders is ook een beschermingsfactor.

Vaak zien we dat ouders met hun kinderen omgaan vanuit hun schuldgevoel. Zij vinden het zielig dat hun kinderen in een 'kinderhuis' moeten wonen. Zij tonen dit vaak door hun kinderen te verwennen tijdens hun bezoeken met cadeau's, snoep en dergelijke. De groepsopvoeder is verantwoordelijk om de ouder hierop aan te spreken en het gedrag van de ouder te minderen. Het gevaar is namelijk dat het kind het leuk vindt als de ouders komen met cadeau's en het niet leuk vinden als de ouders zonder cadeau's komen.

De belangrijkste inhoud van dit bezoek voor het kind is de cadeau's en niet de ouders. De ouders gaan door met het meenemen van cadeau's omdat zij zien hoe blij hun kind ervan wordt.

De groepsopvoeder is er verantwoordelijk voor dat de bezoeken de juiste inhoud bedragen en dat de kinderen, in dit geval, zich niet op de cadeau's gaan richten maar op de ouders. In gesprek met de ouder hierover zou je van een beschermingsfactor gebruik kunnen maken, door naar de ouder te benoemen hoe belangrijk de ouders zelf zijn voor hun kind(eren) en niet de cadeau's. Ouders hebben de behoefte dit te horen, waardoor de groepsopvoeder het gesprek positief kan sturen. Het is belangrijk dat de groepsopvoeder de ouder bij de opvoeding en de ontwikkeling van het kind betreft. Hierbij moet de professionaliteit van de groepsopvoeder ingezet worden in het belang van het kind en, zoals hierboven beschreven, om de ouder- kindrelatie een positieve inhoud te geven of te stimuleren.

Behandeling

De prognose voor kinderen met een gedragsstoornis zonder behandeling is relatief slecht. De stoornis kan zich zonder behandeling doorzetten in de adolescentie en eventueel overgaan in delinquent gedrag en verslaving in de volwassenheid. Het is van maatschappelijk belang dat de ongunstige ontwikkeling van het gedrag van deze kinderen wordt omgebogen. De behandeling van deze stoornis is echter moeilijk. Grenzen stellen aan het gedrag van het kind en het voortdurend confronteren met de realiteit is erg belangrijk. Het kind moet leren om zijn impulsen te beheersen: eerst denken dan doen. Intensieve ouderbegeleiding is hierbij onontbeerlijk. De ouders worden getraind in hun opvoedingsvaardigheden zodat ze leren het gedrag van hun kinderen te beïnvloeden. De ouders moeten zich echter kwetsbaar opstellen, hun houding ten opzichte van het kind zal moeten veranderen. Daarnaast worden de kinderen getraind in sociale probleemoplossing. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat er tekorten zijn bij kinderen en jongeren op het gebied van sociale en cognitieve vaardigheden om alledaagse sociale problemen op te lossen. Er zal meestal gekozen worden voor een langdurige klinische setting met, waar mogelijk, intensieve betrokkenheid van de ouders. Binnen deze behandeling moet eerst een vertrouwensband groeien tussen kind en behandelaar, zodat het kind vanuit die vertrouwensband ander gedrag kan aanleren.

Residentiële behandeling

Residentiële hulpverlening speciaal gericht op jongeren met gedragsproblemen bestaat (nog) niet. Binnen deze zettingen wonen jongeren met veelal verschillende stoornissen, verschillend per individu. De 'gedragsstoornissen' zijn in deze gevallen niet altijd gediagnosticeerd. Hierdoor is de residentiële hulpverlening veelal breed van opzet en weinig toegespitst op een bepaalde doelgroep. Door het versterken van zowel preventieve handeling als ambulante hulpverlening is er wel een tendens dat de residentiële hulpverlening in toenemende mate gericht wordt op problematische jeugd uit problematische gezinnen. We kunnen concluderen dat veel jongeren uit de residentiële hulpverlening kampen met problemen die verwant zijn aan gedragsstoornissen. De residentiële hulpverlening aan jongeren kenmerkt zich door de 24 uur zorg: de jongeren verblijven er zeven dagen. Binnen de 24 uur-zorg staat werken met een leefgroep centraal: de jongeren leven in groepen van circa tien personen. In de leefgroep leert de jongere om te gaan met regels en structuur en kan hij experimenteren met specifiek gedrag. Verder kent een residentiële instelling een behandel- of zorgprogramma. Vooral sociale vaardigheidstraining neemt een belangrijke plaats in. (Jakop Rigter, 2002)

Binnen Jeugdhuis Vliet en Burgh wordt residentiële hulpverlening geboden.

De kinderen die bij Jeugdhuis Vliet en Burgh wonen vertonen allen moeilijk opvoedbaar gedrag, maar dit betekent echter niet direct dat alle kinderen een gedragsstoornis hebben.

Ik-anderdifferentiatie, empathie en zelfreflectie

Het eerste en basale psychologische probleemgebied bij de gedragsstoornis is de gebrekkige ik-anderdifferentiatie. We doelen op het probleem van het onder woorden brengen van gedachten en gevoelens. Het is noodzakelijk dat het kind door middel van gericht formuleren in termen van 'ik' en 'ander' meer leert over de gevolgen van zijn gedrag voor anderen.

In het verlengde van de ik-anderdifferentiatie ligt het empathisch vermogen, het zich verplaatsen in die ander en zijn of haar gevoelens aanvoelen. Bijvoorbeeld door te verwoorden wat er in anderen omgaat en door met behulp van vragen het kind te laten raden wat er in een ander omgaat.

Kinderen met een gedragsstoornis zullen geholpen moeten worden in de wijze waarop ze met anderen omspringen. Het omgaan met leeftijdsgenoten is belangrijk voor de ontwikkeling van een sociale identiteit. Door de wijze waarop zij met kinderen omgaan worden zij vaak door leeftijdsgenootjes onaangenaam behandeld en zijn leeftijdsgenootjes bang voor hen. Ze leren op grond daarvan afkeer krijgen van omgaan met leeftijdsgenootjes in plaats van plezier daarin. Hulp in de omgang met leeftijdsgenootjes is daarom belangrijk. Een belangrijke stap in de ontwikkeling van de ik-anderdifferentiatie en vorderende individuatie, is het beoefenen van zelfreflectie. Deze activiteit is moeilijk voor kinderen met een gedragsstoornis. Zij zijn minder geneigd hun gedachten en gevoelens onder woorden te brengen.

Bij jonge kinderen kan zelfreflectie gestimuleerd worden door het vertellen van een verhaal over een dier. Het maakt projectie mogelijk, waarna gestimuleerd kan worden naar hun eigen motieven en gevoelens. Het is voor kinderen belangrijk wat de motieven van volwassenen zijn om naar gevoelens en meningen te vragen. Meer nog dan bij andere kinderen is de metacommunicatie, het communiceren over communicatie, noodzakelijk. Omdat het gedragsgestoorde kind te weinig besef heeft van wat er in de ander omgaat, heeft hij meer informatie nodig.

De noodzaak van structuur

Kinderen met een gedragsstoornis kunnen last hebben van belangrijke schommelingen in bewustzijn. Structuur is een mogelijkheid om bewustzijnsschommelingen te beperken. Structuur biedt houvast en vult de tijd. Structuur betekent ook duidelijkheid over de grenzen die aan het kind gesteld worden. Respect voor het kind betekent niet dat alles getolereerd wordt, maar juist dat ongewenst gedrag gesignaleerd en veroordeeld wordt, zonder dat het kind zelf veroordeeld wordt. Het verschil tussen gedrag en persoon is, zeker bij deze kinderen, extra belangrijk. Deze kinderen functioneren als gevolg van structuur, vaak makkelijker in de schoolsituatie dan in een vrije situatie. Ook in de thuissituatie is het moeilijk, omdat het aanbieden van een strakke structuur tegengesteld is aan het normale gezinsleven. Bij gedragsstoornissen, waarbij het kind thuis niet meer te handhaven is, heeft een residentiële behandeling vaak meer succes dan gezinsopvoeding. In de behandeling moeten warmte, structuur en tolerantie een plaats krijgen.

(Martine F. Delfos, 2000)

Gedragregulatie

De twee belangrijkste aandachtsgebieden in de behandeling van ADHD zijn de gedragregulatie om de hyperactiviteit en de impulsiviteit onder controle te krijgen en het versterken van de aandachtsfunctie om de concentratiestoornissen te verminderen. Hoewel vaak met beperkt succes, zijn er verschillende behandelingen vormgegeven. Eén van de bekendste is die van Barkley (1995). Zijn programma, op Amerikaanse leest geschoeid, is een stapsgewijze opbouw, gericht op verandering van gedrag en attitude in kind, ouders en school. Een multimodale behandeling waarbij verschillende gedragstherapeutische technieken worden toegepast. De verschillende situaties moeten op elkaar afgestemd worden, op school zowel als thuis. Voor de gedragregulatie is het belangrijk dat het kind niet in situaties terechtkomt waar het een overmaat aan prikkels moet verwerken. Structuur en overzicht over de dagelijkse gang van zaken kunnen ervoor zorgen dat deze kinderen niet te veel prikkels hoeven te verwerken. Het is belangrijk om het kind te leren met ADHD om te gaan. Informatie zorgt dat het zichzelf kan helpen, maar ook dat het de volwassenen om zich heen in staat stelt hem te helpen.

Medicatie

Medicatie verhelpt niet de volledige stoornis. Er bestaan psychofarmaca die gebruikt worden voor specifieke gebieden zoals de explosieve agressie, dat zijn: Dipiperon[®]*, Melleril[®], Tegretol[®]. Haldol zou kunnen inwerken op agressie zoals die voorkomt bij ernstige gedragsstoornissen. Dit is op zich niet verwonderlijk wanneer we bedenken dat de sterke schommelingen van het bewustzijn het kind in een roes kunnen brengen waarbij het contact met de realiteit dreigt te verliezen, zoals ook het geval is bij psychoses.

Bij gedragsmoeilijkheden, zeker wanneer deze voor komen met concentratiestoornissen, wordt vaak Ritalin[®] gebruikt. Ritalin[®] werkt niet alleen op de concentratie, maar ook op de agressie. Medicatie kan in ieder geval de gedragsstoornis hanteerbaar maken.

De bekendste medicatie die bij ADHD wordt gebruikt is, methylfenidaat (Ritalin[®]), daarnaast worden clonidine (Dixarit[®]) en Dipiperon[®] ingezet, met name als Ritalin[®] niet of onvoldoende werkzaam lijkt te zijn. Sommige psychiaters zijn van mening dat Ritalin[®] een uiterst effectief middel is, anderen zijn wat voorzigtiger en zien op zijn minst de noodzaak van een combinatie met psychotherapie, in het bijzonder gedragstherapie

Enkele belangrijke nadelen van medicatie:

- de stof werkt op meer gebieden dan het specifieke probleemgebied
- bijwerkingen
- het lost het probleem niet structureel op, het probleem ontstaat opnieuw als je met de medicatie stopt
- er treed een verslaving op
- er is steeds meer nodig om hetzelfde effect te bereiken.

Belangrijk is dat je als groepsopvoeder moet weten wanneer één van de kinderen medicijnen moet slikken, met name is dan belangrijk dat je weet wát je geeft. Als groepsopvoeder moet je voldoende informatie hebben over de medicijnen, hoe ziet het eruit, wat zijn de bijwerkingen, wat is de dosis.

* alle medicatie wordt beschreven in de bijlage.

Bij Jeugdhuis Vliet en Burgh wordt niet behandeld maar moet er wel gehandeld worden !

Daarom hebben we wel een aantal vormen van behandelingen genoemd, om de groepsopvoeders handvatten te geven wat van belang is en/of kan zijn in de kennis en kunde met de doelgroep.

BIJLAGEN MEDICATIE

Dipiperon

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof pipamperon in tabletvorm bevat. Het middel reguleert de werking van bepaalde gestoorde hersenfuncties.

Toepassing: Ernstige geestelijke stoornissen (psychosen); agressiviteit bij geestelijk gestoorde kinderen; slaapstoornissen bij psychotische patiënten.

Voorzorgen/waarschuwing: Het middel geeft aanleiding tot een verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (deelname aan verkeer) kunnen daardoor hinder ondervinden. De dempende werking van alcohol, barbituraten en narcotica wordt versterkt.

Bijwerkingen: De volgende bijwerkingen zijn beschreven: verlaagde bloeddruk, zwaktegevoel, sufheid, droge mond, oogstoornissen, misselijkheid en braken.

Wijze van gebruik: De arts is verantwoordelijk voor de keuze van dit geneesmiddel. Je moet zijn aanwijzingen nauwkeurig opvolgen. De dosering en het behandelplan worden individueel vastgesteld.

Dixarit

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof clonidine in drageevorm bevat. Het middel vermindert het effect van vaatvernauwende en vaatverwijdende prikkels en is daarom geschikt voor de behandeling van bepaalde ernstige vormen van hoofdpijn.

Toepassing: Onderhoudsbehandeling van migraine bij volwassenen.

Voorzorgen/waarschuwing: Het middel mag niet gebruikt worden bij verhoogde bloeddruk, hartaandoeningen, stoornissen in de functie van lever en nieren. Vooral in het begin van de behandeling kan een licht kalmerend effect optreden. De reactiesnelheid kan hierdoor worden beïnvloed, wat o.a van belang is bij het deelnemen aan het verkeer. Het is aan te bevelen de behandeling met dit middel bij hoge dosering niet plotseling af te breken, maar deze binnen een aantal dagen te verminderen.

Bijwerkingen: In het begin kan enige sufheid optreden en bij hogere doses vermoeidheid. Sommige patiënten krijgen een droge mond. Ook dit is meestal van voorbijgaande aard.

Wijze van gebruik: De dosering wordt individueel vastgesteld. In het algemeen wordt begonnen met tweemaal daags 1 dragee.

Haldol

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof haloperidol-deconaat in verschillende vormen (capsules, tabletten, druppelvloeistof, injectievloeistof) bevat. Het middel heeft een specifieke werking op bepaalde hersengebieden waardoor ernstige geestelijke stoornissen gereguleerd worden.

Toepassing: Agitatie, waangedachten, hallucinatie, autisme; braken en misselijkheid bij neurologische stoornissen; ongeordende hyperactiviteit.

Voorzorgen/waarschuwing: Het middel geeft aanleiding tot een verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (deelname aan verkeer) kunnen daardoor hinder ondervinden. Het middel mag niet gebruikt worden bij de ziekte van Parkinson, spastische verlammingen en zwangerschap.

Bijwerkingen: De volgende bijwerkingen zijn beschreven: bewegingsstoornissen, verlaging van de bloeddruk, depressieve stemmingen en maag-darmklachten.

Wijze van gebruik: De arts is verantwoordelijk voor de keuze van dit geneesmiddel. Je moet zijn aanwijzingen nauwkeurig opvolgen. De dosering en het behandelplan worden individueel vastgesteld.

Melleril

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof thioridazine in verschillende vormen (tabletten, dragees) bevat. Het middel bewerkstelligt op niet-specifieke wijze demping van bepaalde gebieden in de hersenen.

Toepassing: Ernstige geestelijke stoornissen, angst, spanning en depressiviteit bij neurose; ernstige gedragsstoornissen bij kinderen.

Voorzorgen/ waarschuwing: Het middel geeft aanleiding tot een verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (deelname aan verkeer) kunnen daardoor hinder ondervinden. Het middel versterkt de dempende werking van pijnstillers, slaapmiddelen en antihistaminica. Het gebruik van alcoholische dranken wordt ontraden.

Bijwerkingen: Slaperigheid, droge mond, oogklachten, verstopte neus en verlaging van de bloeddruk kunnen voorkomen.

Wijze van gebruik: De arts is verantwoordelijk voor de keuze van dit geneesmiddel. Je moet zijn aanwijzingen nauwkeurig opvolgen. De dosering en het behandelplan worden individueel vastgesteld.

Ritalin

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof methylfenidaat in tabletvorm bevat. Het prikkelt de hersenen zodanig dat druk gedrag en afleidbaarheid afnemen.

Toepassing: ADHD en narcolepsie (slaapziekte) .

Voorzorgen/waarschuwing: Het middel geeft aanleiding tot een verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (deelname aan verkeer) kunnen daarvoor hinder ondervinden. Het gebruik van alcohol, cannabis en andere drugs (stimulerend dan wel dempend) is af te raden. De combinatie kan onvoorspelbare effecten oproepen (verminderd reactie-vermogen, zelf-overschatting, ontremd gedrag, wanen).

Bijwerkingen: minder eetlust, vermageren, niet kunnen inslapen, rusteloosheid, buikpijn, hoofdpijn, droge mond, zweten, wazig zien, duizeligheid, angst, depressie, spreekdrang, verminderde zelfkritiek. Verder kunnen optreden: huidreacties, koorts, gewrichtspijn, haaruitval, maag-darmklachten, hartkloppingen, verhoogde bloeddruk.

Wijze van gebruik: Chronisch gebruik kan leiden tot gewenning en afhankelijkheid; soms tot psychoses en depressie. Om gewenning te voorkomen, kan de behandeling het beste regelmatig worden onderbroken. De arts is verantwoordelijk voor de keuze van dit geneesmiddel. Je moet zijn aanwijzingen nauwkeurig opvolgen. De dosering en het behandelplan worden individueel vastgesteld.

Risperdone

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof risperidon in tabletvorm bevat. Een antipsychoticum middel dat gebruikt wordt tegen psychosen.

Toepassing: Risperdone wordt gebruikt voor de behandeling van psychosen en bij behandeling van ernstige agressie bij mensen met een vergevorderde vormen van dementie.

Voorzorgen/waarschuwing: Risperdone zou vreemde bewegingen (van de tong, het gezicht, de mond of de kaken) kunnen veroorzaken. Risperdone zou ook hoge koorts, versnelde ademhaling, transpireren, stijve spieren, verwardheid en verminderd bewustzijn teweeg kunnen brengen.

Bijwerkingen: slapeloosheid, opgewondenheid, angst en hoofdpijn, lage bloeddruk, duizeligheid, bewegingsstoornissen, huiduitslag, kortademigheid, koorts, transpireren, stijve spieren, verwardheid.

Wijze van gebruik: De arts is verantwoordelijk voor de keuze van dit geneesmiddel. Je moet zijn aanwijzingen nauwkeurig opvolgen. De dosering en het behandelplan worden individueel vastgesteld.

Tegretol

Merknaam van een geneesmiddel dat als werkzame stof carbamazine in tabletvorm bevat. Het middel heeft een specifieke werking op zenuwen.

Toepassing: Bepaalde vormen van vallende ziekte (epilepsie) en ook de geestelijke veranderingen die samenhangen met de vallende ziekte, onafhankelijk van de aanvalstype. Het middel vindt ook toepassing bij aangezichtspijn.

Voorzorgen/waarschuwing: Het middel geeft aanleiding tot een verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (deelname aan verkeer) kunnen daardoor hinder ondervinden.

Bijwerkingen: Soms komen, vooral aan het begin van de behandeling, bijwerkingen voor in de vorm van verlies van eetlust, droge mond, misselijkheid, diarree of verstopping, hoofdpijn, duizeligheid, slaperigheid, bewegingsstoornissen, verwarring en opwinding.

Wijze van gebruik: De arts is verantwoordelijk voor de keuze van dit geneesmiddel. Je moet zijn aanwijzingen nauwkeurig opvolgen. De dosering en het behandelplan worden individueel vastgesteld.