Jakop Rigter

Handboek ontwikkelingspsychopathologie

bij kinderen en jeugdigen

uitgeverij coutinho

Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen

www.coutinho.nl/handboekopp2

Met de code in dit boek heb je toegang tot je online studiemateriaal.
Dit materiaal bestaat uit meerkeuzevragen en links.
Om je studiemateriaal te activeren heb je onderstaande code nodig.
Ga naar **www.coutinho.nl/handboekopp2** en volg de instructies.

En intussen verandert de tijd, en de tijd verandert de mensen **(Theun de Vries, 1936).**

In herinnering aan Bep en Cobus Rigter. Nog altijd inspirerend.

Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen

Jakop Rigter

Tweede, herziene druk

uitgeverij coutinho

bussum 2022

© 2013/2020 Uitgeverij Coutinho bv
Alle rechten voorbehouden.
Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uvo.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk 2013
Tweede, herziene druk 2020, tweede oplage 2022

Uitgeverij Coutinho
Postbus 333
1400 AH Bussum
info@coutinho.nl
www.coutinho.nl

Omslag: Jeanne design, Arnhem
Foto omslag: © Sofarina79, www.shutterstock.com
Strip Sigmund: Peter de Wit (pp. 34, 50, 64, 82, 106, 134, 153, 186, 219, 250, 266, 317, 332, 384, 394, 426, 452, 489)

Noot van de uitgever
Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever. De personen op de foto's komen niet in de tekst voor en hebben geen relatie met hetgeen in de tekst wordt beschreven, tenzij het anders vermeld is.

ISBN: 978 90 469 0707 8
NUR: 770

Voorwoord

Bij de eerste druk

De kindertijd is de gelukkigste tijd van je leven, hoor je mensen vaak zeggen. En in Nederland lijkt dat echt zo te zijn, getuige een rapport van Unicef waaruit blijkt dat de Nederlandse jeugd het het best doet in vergelijking met de jeugd uit andere rijke landen (Unicef 2013). Maar er zijn ook andere cijfers en geluiden. In een overzichtsartikel (Burger 2001) wordt becijferd dat psychische en gedragsproblemen veel voorkomen onder de Nederlandse jeugd. Op de kinderleeftijd (hier gedefinieerd als de leeftijd van 7 tot en met 11 jaar) ervaart 14 procent jaarlijks ten minste één stoornis. Op de adolescentieleeftijd (12 tot en met 18 jaar) ervaart 22 procent jaarlijks ten minste één stoornis. Problemen bij (jonge) kinderen komen minder in het nieuws, maar mededelingen van huisartsen, kinderartsen en de opvoedtelefoon laten zien dat de meest gestelde vragen van ouders gaan over problemen ervaren bij het eten, slapen en gehoorzamen van het kind. Onderzoek naar het gebruik van de hulpverlening laat zien dat bijna 20 procent van de gezinnen gebruikmaakt van eerste- of tweedelijnsjeugdzorg. Ongeveer 7,5 procent maakt gebruik van de gespecialiseerde tweedelijnszorg en ongeveer 6 procent van de gezinnen maakt gebruik van de geestelijke jeugdgezondheidszorg (Bot 2013). Onderzoek besproken in dit handboek laat zien dat psychische problemen tijdens de kindertijd een belangrijke voorspeller zijn van psychische problemen op volwassen leeftijd. Dit onderstreept het belang van vroegtijdige herkenning, preventie en vroegtijdige behandeling. Want die stellen ons in staat om het leven van deze kinderen en hun ouders wat lichter te maken. Maar wat misschien nog belangrijker is: hoe beter de kwaliteit van leven in de eerste levensjaren, hoe groter de kans op een positieve mentale, sociale en fysieke ontwikkeling als kinderen ouder worden. Daarmee neemt de kans toe dat zij een gunstig volwassen leven tegemoetgaan, en zelf op hun beurt kwalitatief goede ouders worden.

Wanneer moet je je zorgen gaan maken over het gedrag van een kind of jongere? Wanneer spreek je van stoornissen? Dit zijn vragen die hulpverleners, professionele opvoeders en ouders zich vaak zullen stellen. Op deze vragen zijn geen standaardantwoorden mogelijk. Daar zijn de kinderen, de ouders en de situaties te uiteenlopend voor. Dit handboek gaat over psychische stoornissen, over psychische problemen die (nog) geen stoornis zijn en over de normale ontwikkeling bij kinderen en jeugdigen. Het boek kan gebruikt worden om de hiervoor genoemde vragen te verhelderen.

De inhoud van dit handboek is gebaseerd op de uitgangspunten van de ontwikkelingspsychopathologie (*developmental psychopathology*). Dit is een integratieve benadering, oorspronkelijk afkomstig uit de VS, waarin inzichten uit verschillende wetenschappen gecombineerd worden. In het boek worden in chronologische volgorde mogelijke psychische problemen op dertien ontwikkelingsgebieden beschreven. Ook wordt behandeld hoe problemen op zo'n ontwikkelingsgebied ervoor kunnen zorgen dat er later in het leven andere psychische problemen ontstaan. Bij het schrijven werden de volgende doelstellingen gehanteerd: het handboek draagt een integratieve benadering uit; van elk ontwikkelingsgebied wordt zowel de normale als de afwijkende ontwikkeling beschreven; psychische problemen en stoornissen worden geplaatst in de context van ontwikkeling, opvoeding, gezin, cultuur, enzovoort; duidelijk moet worden gemaakt dat de psychische problemen en stoornissen zelden één oorzaak kennen maar juist door meerdere (risico)factoren beïnvloed worden; de geboden informatie is actueel; in het boek is casuïstiek opgenomen; en bij het beschrijven van mogelijke hulpverleningsmethoden (preventie en behandeling) worden die benaderingen gekozen waarvan verondersteld mag worden (op grond van onderzoek) dat ze effectief zijn.

Dit handboek is een vervolg op een eerdere publicatie uit 2002 (*Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*, eerste druk, Uitgeverij Coutinho). In vergelijking met deze publicatie is elk hoofdstuk uitgebreider en diepgravender geworden. Er zijn twee nieuwe hoofdstukken toegevoegd: over psychosen en over suïcidaliteit. Het boek is geactualiseerd waarbij (vanaf 2002) meer dan duizend nieuwe referenties zijn gebruikt. Elk hoofdstuk start met een casus waardoor direct de interesse in de inhoud gewekt wordt. Er zijn nieuwe en geactualiseerde kaders toegevoegd waarin uitstapjes gemaakt worden naar interessante onderzoeken, de beruchte uitzonderingen op de regel, zelftesten en tips voor opvoeders. Bij het beschrijven van de kenmerken van de psychische stoornissen is gebruikgemaakt van het nieuwe DSM-5-systeem.

Het schrijven van dit boek is mede mogelijk gemaakt door de belangstelling, hulp en steun van velen. Verschillende hoofdstukken werden gelezen en becommentarieerd door mijn collega's van het Lectoraat

Jeugd & Opvoeding van De Haagse Hogeschool: René Diekstra, Carolien Gravesteijn, Michel Hogenes, Frank Jacobs, Anne Luderus, Marion van de Sande, Marcin Sklad, Heleen Torringa, Leontien Vreeburg en Janneke Wubs. Janneke Wubs zette haar tanden nog eens in wat extra hoofdstukken en leverde daarbij altijd bruikbaar en relativerend commentaar. Ook mijn collega Mathieu Heemelaar las en becommentarieerde enkele hoofdstukken. Bas de Jong deed dat bij bijna het gehele boek. Hij is al jaren bij mijn projecten een belangrijke steun en toeverlaat. Tegelijkertijd met dit boek werd er over hetzelfde onderwerp een inleiding geproduceerd (*Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen. Een inleiding*, derde druk 2015, Uitgeverij Coutinho). Ik deed dit samen met Malou van Hintum, wat een vruchtbare en zeer prettige samenwerking opleverde. Wederom ben ik de directie en het personeel van Uitgeverij Coutinho dankbaar, die zoals altijd betrokken waren en werk leverden van hoge kwaliteit.

Zoals elke schrijver weet kan zo'n enorme productie nooit tot stand komen zonder de belangstelling en instemming van familie, vrienden en naasten. Ik ben hen daar dankbaar voor. De belangrijkste, onvoorwaardelijke steun kwam van mijn vrouw Ria Geijssen. Zonder haar is er niets. Zij is mijn maatje, levenspartner, 'bureaumanager', rots in de branding en nog veel meer.

Het onderwerp van dit boek bracht opnieuw met zich mee dat er veel herinneringen terugkwamen aan mijn eigen jeugd en de opvoeding die ik kreeg. Die herinneringen kwamen 'als zij dat zelf wilden' en waren slecht te sturen. Soms ervoer ik ze als een belemmering bij het schrijven, maar vrijwel altijd waren ze prettig en bezorgden ze me een weemoedig gevoel. Aan mijn ouders draag ik dit boek op.

Amsterdam, juni 2013
Jakop Rigter

Bij de tweede druk

Voor de tweede, herziene druk uit 2020 zijn alle officiële begrippen uit de definitieve versie van de Nederlandse vertaling van de DSM-5 gebruikt. Een aantal gegevens, vooral in hoofdstuk 16 (Middelengebruik en middelenmisbruik) en hoofdstuk 18 (Suïcidaliteit bij kinderen en jongeren), is geactualiseerd aan de hand van nieuwe onderzoeksresultaten. Verwijzingen naar sites zijn ook geüpdatet. Ik wens de gebruiker van deze nieuwe druk veel plezier en inspiratie toe.

Amsterdam, december 2019
Jakop Rigter

Online studiemateriaal

Op **www.coutinho.nl/handboekopp2** vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit:
- meerkeuzevragen
- links

Docenten kunnen hier toetsvragen, powerpointpresentaties en casuïstiek aanvragen.

Inhoud

Overzicht van figuren, kaders en tabellen 17

1 Introductie 25

1.1 Wat is ontwikkelingspsychopathologie? 26
1.1.1 Vroeger en nu 27
1.1.2 Een dynamisch gezichtspunt 28
1.1.3 Een uniek individu met unieke ervaringen 28
1.2 Opbouw van het boek 29
1.3 Opbouw van de hoofdstukken 5 tot en met 18 30
1.3.1 Inleiding 30
1.3.2 Normale ontwikkeling 30
1.3.3 Kenmerken van stoornissen 31
1.3.4 Maatschappelijke en culturele invloeden op een stoornis 31
1.3.5 Risico- en beschermingsfactoren 34
1.3.6 Hulpverlening: preventie en behandeling 35
1.4 Hoofdstuk 1 in 10 statements 36
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 1 36

2 Classificatie, diagnostiek en epidemiologie 37

2.1 Inleiding 37
2.2 Classificatie 38
2.2.1 Definitie van classificatie 38
2.2.2 Categoriale benadering van classificatie: DSM 39
2.2.3 Dimensionale benadering van classificatie 43
2.2.4 Vergelijking tussen categoriaal en dimensionaal classificeren 44
2.2.5 Classificatie in dit boek 45
2.3 Diagnostiek 45
2.4 Diagnostische methoden en instrumenten 48
2.4.1 Vier diagnostische methoden 48
2.4.2 Betrouwbaarheid en validiteit bij classificatie en diagnostiek 50
2.4.3 Betrouwbaarheid van de informanten 51
2.5 Epidemiologie 53
2.6 Hoofdstuk 2 in 10 statements 55
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 2 55

3 Theorieën over ontwikkeling 57

3.1 Inleiding 57
3.2 De bio-ecologische systeemtheorie 58
3.3 Ontwikkelingsopgaven 62
3.3.1 Vooronderstellingen bij de theorie over de ontwikkelingsopgaven 62
3.3.2 Omschrijvingen van ontwikkelingsopgaven en opvoedingstaken 63
3.3.3 Extra ontwikkelingsopgaven 64

3.4 Risico- en beschermingsfactoren 64
3.4.1 Groeps- en individueel niveau 64
3.4.2 Indeling van risicofactoren 65
3.4.3 Indeling van beschermingsfactoren 70
3.4.4 Effecten van en invloeden op risico- en beschermingsfactoren 72
3.5 Ontwikkelingstrajecten 76
3.6 Hulpverlening 78
3.6.1 Classificatie en diagnostiek 78
3.6.2 Preventie 78
3.6.3 Behandeling 79
3.7 Hoofdstuk 3 in 10 statements 80
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 3 80

4 De invloed van zwangerschap en geboorte op de ontwikkeling van het kind 81

4.1 Inleiding 81
4.2 Ontwikkeling tijdens de zwangerschap 82
4.2.1 Fasen 82
4.2.2 Erfelijk materiaal 83
4.2.3 De prenatale hersenontwikkeling 86
4.2.4 Prenatale programmering: invloeden op embryo voor en tijdens de zwangerschap 88
4.3 De geboorte 94
4.3.1 Prematuriteit en dysmaturiteit 94
4.3.2 Effect van de geboorte op moeder en vader 96
4.3.3 De post-partumdepressie 97
4.3.4 Andere stoornissen na de bevalling 98
4.4 Preventie en hulpverlening 98
4.4.1 Psycho-educatie voor aanstaande ouders 98
4.4.2 Specifieke interventies 99
4.5 Hoofdstuk 4 in 10 statements 101
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 4 102

5 Slaapstoornissen en slaapproblemen 103

5.1 Inleiding 103
5.2 Wat is slaap? 104
5.2.1 De slaapcyclus 105
5.2.2 Functie van remslaap en non-remslaap 106
5.2.3 Biologische klokken 106
5.3 Normale ontwikkeling van slaap 107
5.3.1 Omvang van de slaaptijd 107
5.3.2 Verhouding remslaap en non-remslaap 107
5.3.3 Kenmerken van de slaapperiodes 108
5.3.4 Ontwikkeling van de biologische klok 109
5.3.5 Leren slapen 109
5.3.6 Individuele verschillen bij kinderen 109
5.4 Slaapstoornissen 110
5.4.1 Dyssomnia's (vormen van slechte slaap) 110
5.4.2 Parasomnia's (vormen van vreemde slaap) 114
5.4.3 Slaapgebonden bewegingsstoornissen 116

5.4.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 117
5.4.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 118
5.4.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 118
5.5 Culturele en maatschappelijke invloeden 119
5.5.1 Culturele normen 119
5.5.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 120
5.6 Risico- en beschermingsfactoren 120
5.6.1 Risico- en beschermingsfactoren voor slaapstoornissen 120
5.6.2 Slaapproblemen als risicofactor voor latere ontwikkeling 122
5.7 Preventie en behandeling 123
5.7.1 Psycho-educatie: bevorderen van slaaphygiëne 123
5.7.2 Registratie en diagnostiek 124
5.7.3 Behandeling van insomnia met behulp van gedragstherapie 124
5.7.4 Medicatie bij slaapproblemen 126
5.7.5 Interventies bij pavor nocturnus en slaapwandelen 127
5.8 Hoofdstuk 5 in 10 statements 127
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 5 128

6 Voedings- en eetstoornissen bij het jonge kind 129

6.1 Inleiding 129
6.2 De normale ontwikkeling van voedingspatronen bij baby's en jonge kinderen 130
6.2.1 De zoogfase: zuigen en zogen 130
6.2.2 De overgangsfase 133
6.2.3 Mee-eten met wat de pot schaft 133
6.2.4 Leren eten 133
6.3 Voedingsstoornissen 137
6.3.1 Algemeen 137
6.3.2 Beschrijving van de voedingsstoornissen 138
6.3.3 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 140
6.3.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 140
6.3.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 141
6.3.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 141
6.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 141
6.4.1 Culturele normen 141
6.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 143
6.5 Risico- en beschermingsfactoren 143
6.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor voedingsproblemen en -stoornissen 143
6.5.2 Voedingsproblemen en -stoornissen als risicofactor voor latere ontwikkeling 145
6.6 Preventie en behandeling 145
6.6.1 Pedagogische adviezen voor preventie van voedings- en eetproblemen 145
6.6.2 Behandeling van ernstige voedingsstoornissen 148
6.7 Hoofdstuk 6 in 10 statements 149
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 6 150

7 Gehechtheid en hechtingsstoornissen 151

7.1 Inleiding 151
7.2 De normale ontwikkeling van gehechtheid 152
7.2.1 Kenmerken en functies van gehechtheid 152
7.2.2 Gehechtheid voor de geboorte en in de eerste twee levensjaren 154
7.2.3 Gehechtheid na het tweede jaar: toenemend belang van cognitieve vermogens 159

7.3 Indelingen van gehechtheid en hechtingsstoornissen 160
7.3.1 Onderzoek en categorieën 160
7.3.2 De hechtingsstoornissen 165
7.3.3 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 166
7.3.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 167
7.3.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 167
7.3.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 168
7.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 169
7.4.1 Drie culturele aspecten 169
7.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 170
7.5 Risico- en beschermingsfactoren 170
7.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor gehechtheidsproblemen en hechtingsstoornissen 170
7.5.2 Gehechtheidsproblemen en reactieve hechtingsstoornis als risicofactor voor verdere ontwikkeling 172
7.6 Preventie en behandeling van onveilige gehechtheid en hechtingsstoornissen 173
7.6.1 Preventie 173
7.6.2 Behandeling 176
7.6.3 Pas op voor holdingtherapie 177
7.7 Hoofdstuk 7 in 10 statements 178
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 7 178

8 Autismespectrumstoornissen 179

8.1 Inleiding 179
8.2 De normale ontwikkeling van sociale interactie in de eerste vijf jaren 180
8.3 Autismespectrumstoornissen 182
8.3.1 Algemeen 182
8.3.2 Hoofdkenmerken van het gedrag 184
8.3.3 Vijf theorieën om ASS te 'verklaren' 190
8.3.4 Subgroepen binnen het autistische spectrum 192
8.3.5 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 196
8.3.6 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 197
8.3.7 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 200
8.3.8 Verschillen tussen jongens en meisjes 201
8.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 201
8.4.1 Culturele normen 201
8.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 202
8.5 Risico- en beschermingsfactoren 202
8.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor ASS 202
8.5.2 ASS als risicofactor voor verdere ontwikkeling 203
8.6 Ondersteuning en begeleiding van kinderen met autisme 203
8.6.1 Inleiding 203
8.6.2 Vroege detectie 203
8.6.3 Samenwerken met, begeleiden van en adviseren van het gezin 204
8.6.4 Praktische adviezen voor ondersteuning bij opvoeding 206
8.6.5 Trainingen 209
8.6.6 Nieuwe ontwikkelingen 209
8.7 Hoofdstuk 8 in 10 statements 210
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 8 211

9 Zindelijk worden en zindelijkheidsstoornissen 213

9.1 Inleiding 213
9.2 Normale ontwikkeling van zindelijkheid 214
9.3 Zindelijkheidsstoornissen 215
9.3.1 Inleiding 215
9.3.2 Enuresis: zindelijkheidsstoornis bij urine 215
9.3.3 Encopresis: zindelijkheidsstoornis bij ontlasting 216
9.3.4 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 217
9.3.5 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 218
9.3.6 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 218
9.3.7 Verschillen tussen jongens en meisjes 219
9.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 220
9.4.1 Culturele normen 220
9.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 222
9.5 Risico- en beschermingsfactoren 223
9.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor enuresis en encopresis 223
9.5.2 Zindelijkheidsstoornissen als risicofactor voor verdere ontwikkeling 226
9.6 Preventie en behandeling van zindelijkheidsstoornissen 226
9.6.1 Algemeen 226
9.6.2 Preventie: adviezen aan opvoeders 227
9.6.3 Behandeling 228
9.7 Hoofdstuk 9 in 10 statements 231
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 9 232

10 Taal-, spraak- en leerstoornissen 233

10.1 Inleiding 233
10.2 Normale ontwikkeling van taal, geletterdheid, leren en rekenen 234
10.2.1 Ontwikkeling van taal en geletterdheid 234
10.2.2 Verwerven van taal 235
10.2.3 Verwerven van geletterdheid 240
10.2.4 Ontwikkeling van rekenen 242
10.2.5 Ontwikkeling van leren 242
10.3 Taal-, spraak- en leerstoornissen 243
10.3.1 Inleiding 243
10.3.2 Indeling en criteria uit DSM-5 243
10.3.3 Taalstoornis 245
10.3.4 Leerstoornissen: dyslexie en dyscalculie 245
10.3.5 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 248
10.3.6 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 248
10.3.7 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 249
10.3.8 Verschillen tussen jongens en meisjes 249
10.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 250
10.4.1 Culturele normen 250
10.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 251
10.5 Risico- en beschermingsfactoren 252
10.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor taal-, spraak- en leerstoornissen en/of taal-, spraak- en leerproblemen 252
10.5.2 Taal-, spraak- en leerstoornissen als risico voor verdere ontwikkeling 253

10.6 Preventie en behandeling van taal-, spraak- en leerstoornissen 254
10.6.1 Vroegtijdige signalering 254
10.6.2 Psycho-educatie 254
10.6.3 Preventie van algemene taal- en leerstoornissen 256
10.6.4 Behandeling van taal-, spraak- en leerstoornissen 257
10.7 Hoofdstuk 10 in 10 statements 259
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 10 259

11 Zelfregulatie en de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) 261

11.1 Inleiding 261
11.2 Normale ontwikkeling van zelfregulatie en executieve functies 262
11.2.1 Zelfregulatie 262
11.2.2 Emotieregulatie 264
11.2.3 Reguleren van gedrag en aandacht 264
11.2.4 Executieve functies 265
11.2.5 Hersenontwikkeling 266
11.3 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis 266
11.3.1 Inleiding 266
11.3.2 Kenmerken van kinderen met ADHD 268
11.3.3 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 274
11.3.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 274
11.3.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 276
11.3.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 276
11.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 276
11.4.1 Culturele normen 276
11.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 278
11.5 Risico- en beschermingsfactoren 278
11.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor ADHD 278
11.5.2 ADHD als risico voor verdere ontwikkeling 282
11.6 Preventie en behandeling van ADHD 282
11.6.1 Inleiding 282
11.6.2 Preventie 282
11.6.3 Psycho-educatie 283
11.6.4 Gedragstherapeutische behandeling 283
11.6.5 Medicamenteuze therapie 284
11.6.6 Multimodale therapie 286
11.6.7 Drie nieuwe alternatieve behandelvormen 287
11.7 Hoofdstuk 11 in 10 statements 289
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 11 290

12 Agressie en gedragsstoornissen 291

12.1 Inleiding 291
12.2 Normale ontwikkeling: agressie, gehoorzaamheid en moraliteit 292
12.2.1 Algemeen 292
12.2.2 Ontwikkeling van agressie 293
12.2.3 Ontwikkeling van gehoorzaamheid 295
12.2.4 Ontwikkeling van prosociaal gedrag en moraliteit 295

12.3 Gedragsstoornissen 296
12.3.1 Kenmerken van kinderen met gedragsstoornissen 296
12.3.2 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 302
12.3.3 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 303
12.3.4 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 303
12.3.5 Verschillen tussen jongens en meisjes 303
12.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 304
12.4.1 Culturele normen 304
12.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 306
12.5 Risico- en beschermingsfactoren 307
12.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor gedragsstoornissen 307
12.5.2 Gedragsstoornissen als risico voor verdere ontwikkeling 315
12.6 Preventie en behandeling van gedragsstoornissen 315
12.6.1 Preventie 315
12.6.2 Ambulante behandeling 316
12.6.3 Residentiële behandeling 322
12.7 Hoofdstuk 12 in 10 statements 323
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 12 324

13 Angst en angststoornissen 325

13.1 Inleiding 325
13.2 Normale ontwikkeling van angst 326
13.2.1 Fysiologische of lichamelijke reacties 326
13.2.2 Cognitie en subjectief ervaren van angst 326
13.2.3 Gedrag en vermijding 327
13.2.4 Leeftijdsontwikkeling van angst 327
13.2.5 Kinderen met een handicap 329
13.2.6 Wanneer moet je je zorgen maken? 329
13.3 Angststoornissen 330
13.3.1 Inleiding 330
13.3.2 Beschrijving van de angststoornissen 331
13.3.3 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 339
13.3.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 340
13.3.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 341
13.3.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 342
13.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 342
13.4.1 Culturele normen 342
13.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 343
13.5 Risico- en beschermingsfactoren 344
13.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor angststoornissen 344
13.5.2 Angststoornissen als risico voor verdere ontwikkeling 348
13.6 Preventie en behandeling van angststoornissen 348
13.6.1 Inleiding 348
13.6.2 Preventie 349
13.6.3 Behandeling 349
13.7 Hoofdstuk 13 in 10 statements 354
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 13 354

14 Stemming en stemmingsstoornissen 355

14.1 Inleiding 355
14.2 Normale ontwikkeling van stemming en emotie 356
14.2.1 Stemming en emotie 356
14.2.2 Regulatie en gehechtheid (baby's en jonge kinderen) 356
14.2.3 Normale emotionele ontwikkeling 357
14.2.4 Sociaal-cognitieve ontwikkeling (zelfconcept en zelfevaluatie) 360
14.3 Stemmingsstoornissen 362
14.3.1 Inleiding 362
14.3.2 Depressieve stoornis 362
14.3.3 Bipolaire-I-stoornis 368
14.3.4 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 369
14.3.5 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 371
14.3.6 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 371
14.3.7 Verschillen tussen jongens en meisjes 372
14.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 373
14.4.1 Culturele normen 373
14.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 375
14.5 Risico- en beschermingsfactoren 375
14.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor de depressieve stoornis (MDD) en de bipolaire-I-stoornis 375
14.5.2 De stoornis als risico voor verdere ontwikkeling 380
14.6 Preventie en behandeling van depressie 381
14.6.1 Inleiding 381
14.6.2 Preventie 381
14.6.3 Behandeling 382
14.7 Hoofdstuk 14 in 10 statements 386
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 14 386

15 Eten en eetstoornissen 387

15.1 Inleiding 387
15.2 Normale ontwikkeling van gewichtsgroei en lichaamsbeeld 388
15.2.1 Gewichtsgroei 388
15.2.2 Gewicht in evolutionair perspectief 388
15.3 Eetstoornissen 391
15.3.1 Inleiding 391
15.3.2 Beschrijving van de eetstoornissen 391
15.3.3 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 396
15.3.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 397
15.3.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 398
15.3.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 400
15.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 401
15.4.1 Culturele normen 401
15.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 403
15.5 Risico- en beschermingsfactoren 403
15.5.1 Risico- en beschermingsfactoren bij obesitas 403
15.5.2 Risico- en beschermingsfactoren bij anorexia nervosa en boulimia nervosa 406
15.5.3 Beschermingsfactoren 408
15.5.4 Eetstoornissen als risico voor latere ontwikkeling 409

15.6 Preventie en behandeling van eetstoornissen 410
15.6.1 Inleiding 410
15.6.2 Preventie 411
15.6.3 Behandeling 412
15.7 Hoofdstuk 15 in 10 statements 417
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 15 418

16 Middelengebruik en middelenmisbruik 419

16.1 Inleiding 419
16.2 Normale ontwikkeling van middelengebruik 420
16.2.1 De adolescentie 420
16.2.2 Middelengebruik bij jongeren 422
16.3 Stoornis in middelengebruik en gokverslaving 429
16.3.1 Inleiding 429
16.3.2 Het vierfasenmodel 430
16.3.3 De stoornissen zoals omschreven in DSM-5 431
16.3.4 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 433
16.3.5 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 434
16.3.6 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 435
16.3.7 Verschillen tussen jongens en meisjes 436
16.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 436
16.4.1 Culturele en maatschappelijke normen 436
16.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 437
16.5 Risico- en beschermingsfactoren 438
16.5.1 Risico- en beschermingsfactoren voor stoornissen in het gebruik van alcohol en cannabis 438
16.5.2 De stoornis als risico voor verdere ontwikkeling 443
16.6 Preventie en behandeling van middelenmisbruik en verslaving 443
16.6.1 Inleiding 443
16.6.2 Preventie 443
16.6.3 Behandeling 445
16.7 Hoofdstuk 16 in 10 statements 447
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 16 448

17 Psychotische stoornissen bij jongeren 449

17.1 Inleiding 449
17.2 Normale ontwikkeling: logisch redeneren en stemmen horen 450
17.2.1 Niet-logisch redeneren 450
17.2.2 Stemmen horen 451
17.2.3 Lichte en geïsoleerde psychotische verschijnselen 452
17.3 Psychotische stoornissen 452
17.3.1 Beschrijving van de psychotische stoornissen 452
17.3.2 De (neurobiologische) ontwikkeling van schizofrenie 458
17.3.3 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 462
17.3.4 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 465
17.3.5 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 466
17.3.6 Verschillen tussen jongens en meisjes 467
17.4 Culturele en maatschappelijke invloeden 468
17.4.1 Culturele en maatschappelijke normen 468
17.4.2 Wisselwerking tussen ouderlijk handelen en kindgedrag 470

17.5 Risico- en beschermingsfactoren 471
17.5.1 Risico- en beschermingsfactoren bij schizofrenie 471
17.5.2 De stoornis als risico voor verdere ontwikkeling 474
17.6 Preventie en behandeling van schizofrenie 474
17.6.1 Preventie van schizofrenie en psychoses 474
17.6.2 Behandeling van schizofrenie 475
17.7 Hoofdstuk 17 in 10 statements 479
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 17 479

18 Suïcidaliteit bij kinderen en jongeren 481

18.1 Inleiding 481
18.2 Manifestatie en gradaties van suïcidaliteit 482
18.3 De ontwikkeling van het doodsbesef bij kinderen en adolescenten 483
18.4 Het beoordelen van suïcidaliteit 486
18.4.1 Differentiaaldiagnose: waar lijkt het op? 486
18.4.2 Comorbiditeit: waarmee gaat het vaak samen? 487
18.4.3 Prevalentie: hoe vaak komt het voor? 487
18.4.4 Verschillen tussen jongens en meisjes 490
18.5 Culturele en maatschappelijke invloeden 490
18.5.1 Verschillen tussen landen en culturen 491
18.5.2 Suïcidaal gedrag onder etnische groepen in eenzelfde land 493
18.6 Risico- en beschermingsfactoren 494
18.6.1 Risico- en beschermingsfactoren voor suïcidaliteit 494
18.6.2 Suïcidaal gedrag als risico voor latere ontwikkeling 502
18.7 Preventie en behandeling van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren 503
18.7.1 Preventie van suïcidaliteit bij kinderen en jongeren 503
18.7.2 Praten met suïcidale mensen 505
18.7.3 Behandeling van suïcidaal gedrag 507
18.8 Hoofdstuk 18 in 10 statements 507
Belangrijke begrippen en concepten uit hoofdstuk 18 508

Literatuur 509

Register 555

Over de auteur 568

Overzicht van figuren, kaders en tabellen

Figuren

1.1 Geschiedenis beïnvloedt actuele ervaringen en actuele ervaringen beïnvloeden de geschiedenis. 27

3.1 Het model van Bronfenbrenner bestaat uit zes verschillende lagen die elkaar beïnvloeden. 59

3.2 Indeling van opvoedingsstijlen aan de hand van twee dimensies: ouderlijke warmte en ouderlijke controle. 69

3.3 Opeenhoping van risico weergegeven als een rekenkundige en als een meetkundige reeks. Bij een rekenkundige reeks tel je de invloed van de factoren bij elkaar op, bij een meetkundige reeks vermenigvuldig je de invloed van de factoren met elkaar. 74

3.4 Percentage kinderen dat verwaarloosd en/of mishandeld wordt, afgezet tegen het aantal risicofactoren. De kans op kindermishandeling neemt aanzienlijk toe als de risicofactoren toenemen. Als er geen risicofactoren zijn is de kans gering: 0 procent lichamelijke mishandeling; 2 procent verwaarlozing; 1 procent seksueel misbruik; en 3 procent enig misbruik of verwaarlozing. Bij vier of meer risicofactoren schiet de kans op misbruik, verwaarlozing of mishandeling omhoog. Bijvoorbeeld 33 procent seksueel misbruik (ontleend aan Brown et al. 1998). 75

4.1 Menselijk embryo van 5 weken. 83

4.2 Alfamannetje. 84

4.3 Weergave van DNA-structuur. 84

4.4 Genetische invloeden samen met de invloeden in de baarmoeder bepalen de aangeboren eigenschappen van het kind. Aangeboren eigenschappen samen met de invloeden tijdens de geboorte bepalen de constitutie van het kind. 85

4.5 Overzicht van mogelijke genencombinaties van het nageslacht, voortkomend uit genenparen van ouders (ontleend aan Mönks & Knoers 1994, p. 38). 86

4.6 Aantal doodgeborenen, naar leeftijd moeder, 1996-2003 (CBS, webmagazine 27 september 2004). 93

5.1 Weergave van de slaapstadia bij een gezonde, jonge volwassene (ontleend aan Cluydts & De Roeck 2000). De remslaapperiodes zijn in kleur weergegeven. Merk op dat de volwassene tweemaal kort wakker wordt na een remslaapperiode. 105

6.1 De mogelijke ontwikkeling van voedselneofobie gerelateerd aan leeftijd (ontleend aan Dovey et al. 2008). 134

6.2 Mogelijke ontwikkeling van picky eating en voedselneofobie gerelateerd aan aantal keren aanbieden van voedsel (ontleend aan Dovey et al. 2008). 136

7.1 Cirkel van veiligheid. De bovenkant van de cirkel staat voor de gehechtheidsfiguur als veilige basis (uitvalsbasis) van waaruit het kind de omgeving kan verkennen (exploreren). De onderkant van de cirkel staat voor de gehechtheidsfiguur als veilige haven (toevluchtsoord) om naar terug te keren als het kind van streek is (Cooper et al. 1999). 152

7.2 Kenmerken van het gelaat van jonge dieren. Belangrijk bij schattigheid zijn de grote ogen en relatief lange voorhoofden, een kleine neus en een rond en mollig gezicht (Ornstein & Ehrlich, 1989; oorspronkelijk Lorenz 1943). 156

7.3 Verdeling in voorkomen van de verschillende gehechtheidsvormen. 162

7.4 Adoptiekinderen in vergelijking met vroegere leeftijdsgenoten en huidige leeftijdsgenoten. Verschil is uitgedrukt in effectmaat *d*. Een verschil van 1.3 en hoger is een zeer groot verschil. De adoptie heeft dan een groot effect gehad (bij lichaamsgroei in vergelijking met vroegere leeftijdsgenoten). Een effect tussen .20 en .49 wordt als een klein effect gezien. Dit is bijvoorbeeld het geval bij lengte in vergelijking met huidige leeftijdsgenoten (ontleend aan Juffer & Van IJzendoorn 2008). 164

7.5 Reacties van kinderen uit verschillende culturen in de vreemdesituatieprocedure. Overal komt veilige gehechtheid het meest voor. Er bestaan echter aanzienlijke verschillen tussen de culturen qua voorkomen van vermijdende en ambivalente gehechtheid (ont- 169

leend aan en bewerking van Van IJzendoorn & Kroonenberg 1988).
7.6 Model van intergenerationele overdracht van gehechtheid (ontleend aan Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1994). 174

8.1 Navontest. Mensen met ASS zien meestal eerst de kleine letters en dan pas het grotere geheel. Bij mensen zonder ASS is het meestal andersom. 189
8.2 Executieve functies volgens Loesje. 191
8.3 Mensen met ASS vinden het lastiger om de hond te ontdekken in dit plaatje. Zij concentreren zich te veel op de details (Michon 1989, p. 41). 191
8.4 Iemand zonder ASS zal direct de conclusie trekken dat de personen verdrietig zijn omdat er een dierbare is overleden. 192
8.5 SGG-model (vergelijk Van der Veen-Mulders et al. 2001). 207

9.1 Zindelijkheidskalender. 228
9.2 De onderdelen van de plaswekker met de scorekaarten (© Urifoon). 229

11.1 Belasting voor gezin en ouder(s) 2002-2004 (CBS, POLS). 278
11.2 Aantal gebruikers methylfenidaat (alle leeftijden en de groep van 6 tot en met 15 jaar) van 2008 tot en met 2017 (Stichting Farmaceutische Kengetallen 2018, www.sfk.nl). 286
11.3 Cogmed (www.cogmed.nl). 288

12.1 Voorbeeld van opvoedingsstijl van ouders en gedragsproblematiek van het kind die elkaar in stand houden. 311
12.2 Factoren die voor de behandeling relevant zijn (Gezinstherapie wereldwijd 2010, p. 217). 321

14.1 De relatie tussen wel of geen afname van depressieve symptomen bij de moeder en de psychische problemen bij het kind (Weissman et al. 2011). 358
14.2 Zelfherkenning. 361
14.3 Kwetsbaarheid-stressmodel. Bij een lage kwetsbaarheid (hoge mate van veerkracht) is veel stress nodig om een stoornis te ontwikkelen. Bij een hoge mate van kwetsbaarheid is weinig stress nodig. 365
14.4 Veel mensen met een depressie piekeren over onder andere hun negatieve gedachten (understandingshyness.wordpress.com, 2013). 367
14.5 Stemmingsstoornissen zoals gedefinieerd in DSM-5. De nullijn geeft de normale stemming weer. Manie en hypomanie worden weergegeven als een uitslag boven de nullijn ('uitgelaten' stemming) en depressie ('verminderde' stemming) eronder. Hoe groter de uitslag, hoe ernstiger de symptomen en de functionele beperkingen (ontleend aan Kupka et al. 2008). 369
14.6 Er zijn diverse online interventies ontwikkeld voor jongeren met depressie, waaronder Grip op je Dip (www.gripopjedip.nl). 383

15.1 Het continuüm van eetstoornissen: van extreem mager tot zwaarlijvig (Vandereycken 2002; licht bewerkt). 395
15.2 Depressie veroorzaakt obesitas, obesitas veroorzaakt depressie. 397
15.3 Obesitas bij volwassenen in EU-landen in 2014 (CBS 2018). Nederland scoort relatief 'goed'. Ook voor kinderen is dit het geval. 398
15.4 Obesitas bij volwassenen in Nederland door de jaren heen (CBS 2018). 398
15.5 Prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en jongeren (Volksgezondheidenzorg.info z.j.). 399
15.6 Proud2Bme is bedoeld als gezond alternatief voor de pro-anasites en verstrekt objectieve informatie. 426

16.1 Roken onder scholieren van 12-16 jaar, ooit, laatste maand en dagelijks, 2003-2017 (Trimbos-instituut 2018, p. 358). 424
16.2 Trends in het gebruik van alcohol naar leeftijd, vanaf 2003. Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden) en in de laatste maand (rechts) (Trimbos-instituut 2018, p. 319). 426
16.3 Gebruik van cannabis onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar, vanaf 2003. Percentage gebruikers ooit in het leven (links), in het laatste jaar (midden), en in de laatste maand (rechts) (Trimbos-instituut 2018, p. 103). 427
16.4 Maandprevalentie (2015) van gebruik van energiedrankjes, basisonderwijs naar geslacht en voortgezet onderwijs naar leeftijd en geslacht (%) (Van Dorsselaer et al. 2016, p. 94). 429

17.1 Bovenaanzicht van de hersenen van iemand zonder schizofrenie (links) en iemand met schizofrenie (rechts). 461

17.2 Prevalentie van schizofrenie in Nederland (Nationaal Kompas Volksgezondheid z.j.). 467

18.1 Relatief sterftecijfer zelfdoding naar leeftijd voor de jaren 2014 en 2015 (CBS 2016). 488
18.2 Zelfdoding onder jongeren in 2008-2018 (Nederlands Jeugdinstituut 2019). 488
18.3 Weergave van het relatieve voorkomen van zelfbeschadiging en suïcide onder jonge mensen (Hawton et al. 2012). 489
18.4 Verschillen in gebruikte methoden voor suïcide tussen Nederlandse mannen en vrouwen. 491
18.5 Zelfdoding in de Europese Unie in 2014 (CBS 2017). 491
18.6 Weergave van prevalentie van suïcide door het innemen van landbouwgif in China. 492
18.7 Het aanbod van 113 Zelfmoordpreventie is divers. De medewerkers bieden hulp aan suïcidale mensen, naasten, nabestaanden en informatiezoekers. 113 Zelfmoordpreventie praat terug: je kunt bellen, mailen en chatten. 504

Kaders

1.1 Culturele invloed op het ontstaan van psychische stoornissen 32
1.2 Een beschermingsfactor: hulp van een oudere broer 34

2.1 Het nadeel van categorisatie: wat leert de sociale psychologie ons? 39
2.2 Kanttekeningen bij de opzet van het DSM-systeem 43
2.3 Valkuilen bij het beoordelen van gedrag 52
2.4 Zijn er tegenwoordig meer mensen met een psychische stoornis dan vroeger? 54

3.1 Eenzijdig redeneren: de geschiedenis van opvattingen over masturbatie 58
3.2 De ingewikkelde werking van risicofactoren 68
3.3 Een selffulfilling prophecy 71
3.4 Wat voor weer zal het zijn in Den Haag op 25 mei 2045? 77
3.5 Vormen van preventie 79
3.6 Gezocht: lief vriendinnetje 79

4.1 De lange puberteit bij mannelijke orang-oetans 84
4.2 Aangeboren afwijkingen 87
4.3 Verschillende ontwikkelingstrajecten bij verslaafde baby's 90
4.4 (Gedrags)teratogenen en de relatie met psychische problemen 92
4.5 Resultaten van VoorZorg in de VS 101

5.1 Slaap bij vogelbekdieren, dolfijnen en mensen 104
5.2 De nacht kan niet kort genoeg zijn als je acteur bent in je eigen droom 117

6.1 Borstvoeding of flesvoeding? 131
6.2 Een interessante röntgenfoto 238

7.1 De klittenbandmethode: een kritische periode voor hechting bij mensen? 155
7.2 Wat is het effect van adoptie? 165
7.3 Lang leve oma? 172
7.4 Puppypower! 175

8.1 Sally en Anne 183
8.2 Heb ik wat van je aan? 187
8.3 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 197
8.4 Instructie voor een ander toiletritueel (Wolters 2007, p. 186) 210

9.1 Ontlastingsproblemen bij kinderen met autismespectrumstoornissen 218
9.2 Vreemde vormen van bedplassen 226

10.1 Hoe noem je een kleine kudde? 238
10.2 Het verhaal van Genie 239
10.3 Zingen voor je kind 240
10.4 De kracht van het voorlezen 241
10.5 Stimulerende leersituaties voor het jonge kind 243
10.6 Taalachterstand bij kinderen met een psychische stoornis 244
10.7 Misdaad voorkomen door te leren lezen 254
10.8 Een screeningsinstrument voor taalproblemen bij het jonge kind 255

11.1 Het belang van zelfcontrole bij psychopathologie 265
11.2 ADHD een eeuw geleden 268
11.3 Muziek bij het huiswerk? 273
11.4 ADHD en tics 275
11.5 Zo dochter zo vader? 279
11.6 Kind met ADHD reageert anders op feedback 281
11.7 De schoolprestaties van kinderen met ADHD 285

12.1 Je vriend rijdt een voetganger aan 305
12.2 'Pas op! Nu moet je snel zijn!' 308
12.3 Het kwetsbaarheid-stressmodel 309
12.4 Deviancy training 313
12.5 De tips en tops voor ouders 320

13.1 Robert, zeer slechtziend 329
13.2 Ouders van angstige kinderen: wel of niet betrekken bij de hulpverlening? 352

14.1 Als het beter gaat met mama, gaat het ook beter met mij 358
14.2 De invloed van kindermishandeling 359
14.3 Negatieve cognities 366
14.4 Depressie 'runs in families' 378
14.5 Wat vindt de jongere zelf belangrijk bij de behandeling van zijn depressie? 385

15.1 Opgroeien in een obesogene omgeving 390
15.2 Het brede palet van eetgestoord of lichaamsbeeldgestoord gedrag 396
15.3 Fotomodellen en het modebeeld 402
15.4 Pro-anasites en Proud2Bme 416

16.1 Indelingen van middelen 422
16.2 Comazuipen 430
16.3 Double trouble en triple cripple 435
16.4 Adequaat beleid is ook een vorm van preventie 445
16.5 De tien principes van de multidimensionale gezinstherapie (MDFT) 447

17.1 Hallucinaties en wanen 453
17.2 Psychotische stoornissen en het schizofreniespectrum 457
17.3 Waarom roken en blowen mensen met schizofrenie zo veel? 465
17.4 Hoe verminderen we een stigma? 478

18.1 Onderzoek naar opzettelijke zelfbeschadiging: veel verschillende uitingsvormen 486
18.2 113 Zelfmoordpreventie 504

Tabellen

1.1 Probleemgebieden in de ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen (bewerking van Carr 1999). 30
1.2 De zes meest genoemde redenen in de VS en Thailand om kinderen naar de hulpverlening te verwijzen (Weisz et al. 1997, p. 575). 33
1.3 Effect van de interactie tussen genen en omgeving bij crimineel gedrag van kinderen. 35

2.1 Definitie van een psychische stoornis volgens DSM-5 (APA 2014, p. 72). 40
2.2 Organisatiestructuur van DSM-5. Nederlandstalige en Engelstalige begrippen en voorbeelden (APA 2014). 42
2.3 Voorbeelden van vragen en antwoordcategorieën van de CBCL. 44
2.4 Verschil tussen categoriaal en dimensionaal indelen (Kraemer 2007). 45
2.5 Voor- en nadelen van DSM-IV en CBCL (Grietens, 2000). 46
2.6 Verschillen tussen classificatie en diagnostiek. 48
2.7 Correlaties tussen de interpretaties van hetzelfde gedrag door verschillende informanten (gebaseerd op Van der Ende 1999). 51

3.1 Overzicht van ontwikkelingsopgaven en opvoedingstaken tot het zestiende jaar (Goudena 1994). 63
3.2 Indeling van risicofactoren. 70
3.3 Indeling van beschermingsfactoren. 73

4.1 Risicofactoren voor het krijgen van een kind met een aangeboren aandoening (Cornel 2005, in Waelput & Achterberg 2007). 87
4.2 Factoren die de kans op een premature of dysmature baby vergroten. 96
4.3 Risico- en beschermingsfactoren bij de ontwikkeling van premature baby's. 97

5.1 Overzicht van leeftijdsgebonden slaapbehoefte en verdeling naar dag- en nachtslaap en rem- en non-remslaap. (Gebaseerd op en aanpassing van Roffwarg et al. 1966 in Valsiner 2000; Durand 1998; Ferber 1985 in Carr 1999; Visser & Mulder 1998; De Weerd & Van den Bossche 2003.) 107
5.2 Korte richtlijnen voor het bevorderen van gezonde slaapgewoontes. 108
5.3 Overzicht van slaap-waakstoornissen zoals die in DSM-5 worden onderscheiden. Problemen in de overgang van waken naar slapen en bruxisme worden in DSM-5 niet genoemd (in het schema zijn ze gemarkeerd met een *). Omdat deze problemen zo typisch zijn voor de kindertijd worden ze hier wel behandeld. 110
5.4 Criteria van de insomniastoornis volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 503-504). 111
5.5 Onderscheid tussen pavor nocturnus en nachtmerrie (Berden 1996; Anders & Eiben 1997). 115
5.6 Vergelijking tussen slaaparrangementen bij kinderen van 3 tot 4 maanden oud in de VS en in Japan (Shand 1981 in Valsiner 2000). 119
5.7 Overzicht van risicofactoren bij insomnia bij (jonge) kinderen. 121
5.8 Voorbeeld van een slaaplogboek. 124

6.1 Op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde voedingsadviezen. 137

6.2 Overzicht van de kenmerken van voedingsstoornissen (APA 2014, pp. 463, 465-466, 468). 139

6.3 Overzicht van risicofactoren bij voedings- en eetstoornissen bij het jonge kind. 143

6.4 Regels voor moeilijk etende kinderen bij een eetprogramma in de thuissituatie (bewerking van Arvedson 1997 in Derkx 2007). 147

6.5 Stappen van een eetcursus gebaseerd op de techniek van systematische desensitisatie (ontleend aan Thomas-Holtus & Messer 1994, pp. 92-93). 149

7.1 De ontwikkeling van gehechtheid tijdens de babyleeftijd en de vroege kinderjaren (Zeanah et al. 2011). 159

7.2 Weergave van de standaard vreemdesituatieprocedure (Durkin 1995). 160

7.3 Relatie tussen gehechtheidscategorie van het kind en opvoedingsstijl van de ouders. 162

7.4 Indeling van gehechtheidsrepresentaties (intern werkmodel) bij volwassenen (ontleend aan Main & Goldwyn 1985-1993 in Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1994). 163

7.5 Signalen van niet-aangepast gehechtheidsgedrag bij jonge kinderen. NB Het is vaak niet makkelijk om deze signalen vast te stellen (Boris & Zeanah 2005; vertaling Juffer 2010). 168

7.6 Overzicht van risicofactoren bij onveilige gehechtheid en hechtingsstoornissen. 171

7.7 Verdeling van gehechtheidsrepresentaties in verschillende populaties (ontleend aan en bewerking van Van IJzendoorn 1994). Met de term 'klinische volwassenen' wordt gerefereerd aan personen met een psychische stoornis die daarvoor in behandeling zijn. Ouders van klinische kinderen zijn ouders met een kind dat een psychische stoornis heeft en daarvoor behandeld wordt. 173

8.1 Mijlpalen in de sociale ontwikkeling van een jong kind (ontleend aan Snow 1998 en Dawson & Toth 2006). 180

8.2 Voorbeelden van stellingen uit een systematiseringstest. De maximale score is 10 punten. (De puntentelling is te vinden aan het eind van het hoofdstuk, na de tien statements.) 192

8.3 Onderverdeling van de autismespectrumstoornissen. 193

8.4 Kenmerken van de autismespectrumstoornis (APA 2014, p. 109). 194

8.5 Overzicht van de in paragraaf 8.3.5 en 8.3.6 genoemde kenmerken van ASS en andere stoornissen. 200

8.6 Alarmsignalen voor signalering van eventuele ASS. Bij één of meer aanwezige signalen wordt het kind verwezen voor nader screeningsonderzoek (Buitelaar et al. 2009). 204

9.1 Criteria van enuresis volgens DSM-5 (APA 2014, p. 495). 216

9.2 Criteria van encopresis volgens DSM-5 (APA 2014, p. 498). 217

9.3 Cijfers voor zindelijkheidsstoornissen, gebaseerd op verschillend onderzoek uit de Verenigde Staten (Fischel & Liebert 2000). 220

9.4 Vergelijking van zindelijk worden voor urine bij 1- tot 4-jarige kinderen, weergegeven in maanden (Horstmanshoff et al. 2003). 220

9.5 Prevalentie van bedplassen in Amsterdam bij schoolkinderen van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Nederlandse afkomst op de leeftijd van 11-12 jaar (Van der Wal et al. 1998). 222

9.6 Overzicht van risicofactoren bij enuresis. 223

9.7 Overzicht van risicofactoren bij encopresis. 224

10.1 Mijlpalen in de taalontwikkeling bij het jonge kind (gebaseerd op Snow 1998, p. 189 en Berk 2017). 236

10.2 Classificatie van stoornissen met betrekking tot taal, spraak en leren uit DSM-5 (APA 2014). 244

10.3 Criteria van de specifieke leerstoornis volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 132-134). 347

10.4 Overzicht van prevalentiecijfers van taal- en leerstoornissen (gebaseerd op Carr 1999; Heim & Benasich 2006; Lewis et al. 1994 in Beitchman & Young 1998; Verhulst 2007; Peterson & Pennington 2012). 349

10.5 Overzicht van risicofactoren bij taal-, spraak- en leerstoornissen. 242

10.6 Richtlijnen voor ouders voor spellingsoefeningen voor kinderen met dyslexie (Carr 1999; vertaling en bewerking JR). 258

11.1 Vroege voorlopers in de ontwikkeling van zelfregulatie (bewerking van Kopp 1982 in Prins & Van der Oord 2008). 263

11.2 Naar leeftijd geordende ontwikkelingstaken waarvoor executieve functies nodig zijn (Dawson & Guare 2010). 267

11.3 Criteria van ADHD volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 123-125). 270

11.4 Kenmerken van ADHD op verschillende leeftijden (Barkley 1998b, genoemd in Buitelaar & Paternotte 2003). 272

11.5 Overzicht van risicofactoren bij ADHD. 281

11.6 Tien principes voor het opvoeden van een kind met ADHD (Barkley 1997, p. 160). 284

12.1 Gemiddelde leeftijd waarop kinderen volgens hun ouders kenmerken van de oppositionele-opstandige stoornis of de normoverschrijdend-gedragsstoornis zijn gaan vertonen (bewerking van Barkley 1998). 293

12.2 Percentage van jongeren in een bepaald stadium van morele ontwikkeling (bewerking van en ontleend aan Damon 1999). 297

12.3 Criteria van de oppositionele-opstandige stoornis volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 629-630). 298

12.4 Criteria van de normoverschrijdend-gedragsstoornis volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 639-641). 300

12.5 Kenmerken van kinderen met agressie en gedragsproblemen geordend op leeftijdsontwikkeling (Bloomquist & Schnell 2002; vertaling en bewerking JR). 302

12.6 Overzicht van risicofactoren bij gedragsstoornissen. 314

13.1 Eerste manifestaties van bronnen van angst in de normale ontwikkeling (Beidel & Alfano 2011; Boer 1998). 327

13.2 Overzicht van angst- en aan angst gerelateerde stoornissen uit DSM-5 (APA 2014). 331

13.3 Criteria van de gegeneraliseerde-angststoornis volgens DSM-5; uitsluitingscriteria niet opgenomen (APA 2014, pp. 330-331). 334

13.4 Percentage kinderen en adolescenten met een sociale fobie dat aangeeft minimaal matige angst te hebben in de omschreven sociale situatie (Beidel & Alfano 2011; oorspronkelijk 2005; het betrof een onderzoek onder een relatief kleine groep). 335

13.5 Criteria van de paniekstoornis volgens DSM-5; uitsluitingscriteria niet opgenomen (APA 2014, pp. 312-313). 337

13.6 Angststoornissen in de volgorde waarop zij gemiddeld ontstaan, prevalentie en verdeling over sekse (gebaseerd op Beidel & Alfano 2011; Morris & March 2004; Ollendick & March 2004). 341

13.7 Overzicht van risicofactoren bij angststoornissen. 347

13.8 Zeventien gedragsadviezen aan ouders voor het omgaan met een angstig kind (Scholing & Nauta 2000; Nauta et al. 2005). 352

14.1 Indeling unipolaire-stemmingsstoornissen volgens DSM-5 (APA 2014). 362

14.2 Kenmerken van de depressieve stoornis volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 252-253). 364

14.3 Leeftijdsspecifieke depressieve symptomen (ontleend aan en bewerking van De Wit 2000a, pp. 46-47). 365

14.4 Rumineren wordt ook wel een non-productief denkproces genoemd. In Nederland is er een vragenlijst ontwikkeld om dit bij kinderen te meten. Deze vragenlijst geeft een indruk van hoe rumineren tot uiting komt (Jellesma et al. 2005). 367

14.5 Kenmerken van een manische episode (APA 2014, p. 205). 368

14.6 Prevalentiecijfers van stemmingsstoornissen (gebaseerd op Birmaher et al. 1996a; Hammen & Rudolph 1996; Reichart 2007a, 2007b; De Wit 1997, 2000a). Variaties in cijfers zijn te wijten aan de wijze waarop de stoornis is gedefinieerd en onderzocht. 372

14.7 Overzicht van risicofactoren bij de stemmingsstoornissen. 380

15.1 Gemiddeld gewicht en afkapwaarden van BMI naar geslacht en leeftijd. Afkapwaarden zijn berekend voor elk halfjaar (2 jaar, 2,5 jaar, 3 jaar, enzovoort). De waarden zijn afgerond op 1 decimaal (Cole et al. 2000, in Van den Hurk et al. 2006; www.vetvrij.com). De tabel is ter illustratie en geeft gemiddelden, geen normatieve criteria (kinderen kunnen afwijken qua manier van groeien en lichaamsbouw). 389

15.2 Criteria voor indelingen van gewicht (Braet 1997; Tenwolde 2000; zie ook tabel 15.1). (Matig) overgewicht hoeft nog niet te betekenen dat iemand te veel lichaamsvet heeft. Aanleg (bouw van het lichaam, zwaardere botten) en training (sporters) kunnen een rol spelen. Ondergewicht hoeft nog geen anorexia nervosa te betekenen; daarvoor moet aan meer criteria worden voldaan. Een BMI lager dan 17,5 (bij volwassenen) of 15 procent onder het normale lichaamsgewicht (bij jongeren) wordt wel gezien als een van de kenmerken van anorexia nervosa. Meestal is de BMI bij anorectische patiënten lager dan 17,5. 392

15.3 Criteria van anorexia nervosa volgens DSM-5 (APA 2014, pp. 474-475). 393

15.4 Criteria van boulimia nervosa volgens DSM-5 (APA 2014, p. 483). 395

15.5 Incidentie (aantal nieuwe gevallen per 100.000 personen per jaar) van anorexia nervosa en boulimia nervosa bij vrouwen in de periode 1995-1999 (Van Son et al. 2006a). 400

15.6 Veelvoorkomende problemen met eten en overgewicht (gebaseerd op Tenwolde 2000). 400

15.7 Prevalentie en genderverschil bij eetstoornissen. 401

15.8 Risicofactoren voor obesitas. 405

15.9 Overzicht van risicofactoren bij anorexia nervosa en boulimia nervosa. 409

15.10 Belangrijke doelen van educatieve preventieprogramma's van eetstoornissen (Smolak 1999, geciteerd in Noordenbos 2002a). 411

15.11 Drie voorbeelden van rationele herformuleringen van gedachten (gebaseerd op Jansen 1998). 415

16.1 Ooitgebruik (%) van elektronische sigaretten door 12-16-jarige scholieren, naar leeftijd en geslacht. Peiljaar 2017 (vo = voortgezet onderwijs) (Trimbos-instituut 2018, p. 360). 425

16.2 Percentage alcoholgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2017 (Trimbos-instituut 2018, p. 317). 425

16.3 Percentage cannabisgebruikers onder scholieren van het voortgezet onderwijs van 12-16 jaar. Peiljaar 2017 (Trimbos-instituut 2018, p. 102). 426

16.4 Actueel gebruik (percentage afgelopen maand) van alcohol, tabak en drugs onder alle scholieren (12 tot 18 jaar) en onder actuele gebruikers van deze middelen. NB De gegevens zijn gebaseerd op het peiljaar 2007 en kunnen inmiddels anders zijn (Van Laar et al. 2010). 429

16.5 Criteria voor intoxicatie door alcohol en cannabis (APA 2014, p. 675 en p. 699). 432

16.6 Criteria van stoornis in alcoholgebruik en cannabisgebruik (waar alcohol staat kan ook cannabis worden gelezen; met uitzondering van de voorbeelden bij onthouding; APA 2014, pp. 667-668 en 690-691). 433

16.7 Gokstoornis (*gambling disorder*; APA 2014, pp. 779-780). 434

16.8 Overzicht van risicofactoren bij middelenmisbruik. 442

17.1 De belangrijkste psychotische stoornissen volgens DSM-5 (APA 2014; Van Os & Kapur 2010). 453

17.2 Kenmerken van schizofrenie zoals beschreven in DSM-5 (APA 2014, pp. 174-175). 455

17.3 De lastige differentiaaldiagnose bij schizofrenie (niet volledig). 464

17.4 Relatieve risico's van schizofrenie bij etnische groepen in Den Haag 1997-2002 (Veling 2010, betrouwbaarheidsinterval niet overgenomen). Een relatief risico van 4 betekent dat de leden uit de betreffende groep een viermaal grotere kans hebben om schizofrenie te ontwikkelen dan autochtone Nederlanders. 469

17.5 Overzicht van risicofactoren bij schizofrenie. 473

18.1 Lifetimeprevalentie van zelfbeschadigend gedrag en denken aan zelfbeschadigend gedrag onder scholieren uit zeven landen (ontleend aan Madge 2008; bewerking JR). 490

18.2 Suïciderisico bij psychische stoornissen gerangschikt naar afnemend risico (De Leo & Diekstra 1990). Ter vergelijking is het risico bij kanker toegevoegd, alsmede het risico bij eerdere pogingen. Een relatief risico (RR) van bijvoorbeeld 10 betekent dat bij mensen met een paniekstoornis de kans op een geslaagde suïcide 10 keer zo groot is als onder de algemene bevolking. Procent/y van 0,160 is het percentage mensen met een bepaalde stoornis dat suïcide pleegt in een jaar (y = year). Lifetimeprevalentie is het percentage mensen met een bepaalde stoornis die ooit in hun leven suïcide plegen. Bij de paniekstoornis is dat bijvoorbeeld 7,2 procent. (Bedenk wel dat in de praktijk het risico meestal hoger is omdat de meeste mensen met een psychische stoornis nog andere stoornissen of problemen met middelengebruik hebben.) 497

18.3 Relatie tussen negatieve levensgebeurtenissen en suïcidepogingen gedurende de levensloop. Aangegeven wordt de verhoogde kans. 10,9 bij seksueel misbruik betekent dat de personen die in het verleden misbruikt zijn een 10,9 keer hogere kans lopen op een suïcidepoging of zelfbeschadiging tijdens kinderjaren van 4 tot 12 jaar (bewerking van Bruffaerts et al. 2010; betrouwbaarheidsintervallen niet overgenomen). 498

18.4 Overzicht van risicofactoren bij suïcidaal gedrag. 500

18.5 Algemene en specifieke signalen van suïcidaliteit. 505