

Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kinderleeftijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling

W. MATTHYS

SAMENVATTING In dit overzichtsartikel worden eerst de symptomatologie en de relatie tussen beide diagnostische categorieën voor gedragsstoornissen toegelicht. Het ontstaan van gedragsstoornissen in de kinderleeftijd wordt vervolgens verklaard vanuit de interactie van kind-factoren, die deels biologisch, deels ervaringsbepaald zijn, en omgevingsfactoren. Hierna worden die aspecten van het functioneren van kind en gezin genoemd die bijzondere aandacht behoeven in de diagnostiek. Ten slotte worden de behandelmethoden besproken waarvan het effect tot op zekere hoogte werd aangetoond. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 9, 529-538]

TREFWOORDEN agressie, antisociale gedragsstoornis, kinderen, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Het is eigen aan kinderen om zich tegen volwassenen te verzetten. Ook liegen, vechten en andere kinderen pesten komen wel eens bij zich normaal ontwikkelende kinderen voor. Echter, als verschillende oppositionele, antisociale of agressieve gedragingen zich gedurende langere tijd herhaaldelijk voordoen, met andere woorden: een patroon gaan vormen, met bovendien een duidelijke ongunstige invloed op het functioneren van het kind, dan is er volgens DSM-IV (APA 1994) sprake van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (oppositional defiant disorder; ODD) of een antisociale gedragsstoornis (conduct disorder; CD).

Gedrag is oppositioneel-opstandig wanneer het kind zich verzet tegen de leiding gegeven door volwassenen, zoals weigeren om te doen wat gevraagd wordt of met drift reageren op correcties of verboden. Gedrag is antisociaal wanneer de fundamentele rechten van anderen geweld wordt aangedaan (bijvoorbeeld vechten en ste-

len) of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden (bijvoorbeeld liegen en spijbelen). Een bijzondere vorm van antisociaal gedrag is agressief gedrag. Gedrag is agressief in de strikte zin van het woord als met opzet schade wordt toegebracht aan een andere persoon of aan een voorwerp, zoals slaan, schoppen, vernielen. De kwalificatie agressief wordt echter ook in bredere zin gebruikt, namelijk in de zin van gedrag waarvan personen veel last ondervinden of dat door hen als ergerlijk (aversief) ervaren wordt, zoals pesten, bedreigen, schreeuwen, uitschelden.

Het onderscheid tussen een openlijke vorm van antisociaal gedrag ('overt') en een heimelijke of bedekte vorm van antisociaal gedrag ('covert') (Loeber & Schmalting 1985) is klinisch relevant. Van openlijk antisociaal gedrag hebben andere personen direct last, zoals van schreeuwen, eisen, driftig zijn, pesten, bedreigen en vechten. Deze vorm van antisociaal gedrag betekent een zware

opvoedingsbelasting voor ouders. *Heimelijk antisociaal* gedrag speelt zich achter de rug van volwassenen af, zoals liegen, vernielen, stelen en brandstichten. Omdat ouders er vaak pas laat achter komen, roept heimelijk antisociaal gedrag woede op vanuit machteloosheid. Op de dimensie openlijk-heimelijk neemt het frequent voorkomende symptoom slecht luisteren (ongehoorzaam en ongewillig zijn) een middenpositie in (Loeber & Schmalting 1985). Dit is niet verbazingwekkend: slecht luisteren kan zich zowel manifesteren in openlijke vorm, zoals brutaal weigeren te doen wat gevraagd wordt, als in bedekte vorm, zoals 'vergeten zijn', 'niet gehoord hebben', overgaan tot langzaam-aan-acties en net anders doen dan gevraagd werd.

In agressief gedrag kan een onderscheid worden gemaakt tussen een reactieve en een proactieve vorm (Dodge 1991; Vitiello & Stoff 1997). *Reactief agressief* gedrag is een vijandige, boze reactie op een waargenomen frustratie. Deze impulsieve vorm van agressie is een verdediging tegen een persoon die bedreigt of frustreert, of als zodanig ervaren wordt. Voorbeelden zijn: de schooljongen die woedend is en een leeftijdsgenoot te lijf gaat die hem zonet geplaagd heeft, of de peuter die razend is en zijn moeder slaat omdat hij zijn zin niet krijgt. *Proactief agressief* gedrag is gecontroleerd. Bij deze berekende vorm van agressie wordt agressief gedrag gebruikt om een doel te bereiken. Voorbeelden zijn de peuter die, om een voorwerp in bezit te nemen (het doel), een ander kind een duw geeft zodat die een flinke klap maakt, of de schooljongen die, om zijn dominante positie in de groep te handhaven (het doel), zijn groepsgenootje uitdaagt tot een vechtpartij en hierbij bewondering oogst van de omstanders.

De twee DSM-IV-categorieën voor gedragsstoornissen zijn zowel aan elkaar verwant als van elkaar te onderscheiden (Hinshaw e.a. 1993). De *oppositioneel-opstandige gedragsstoornis* (ODD) (met als symptomen bijvoorbeeld weigeren zich te voegen naar verzoeken en regels van volwassenen, anderen met opzet ergeren) kan gezien wor-

den als een milde variant van de *antisociale gedragsstoornis* (CD) (met als symptomen bijvoorbeeld vechtpartijen beginnen, eigendommen van anderen vernielen, liegen). Beide stoornissen verhouden zich tot elkaar vanuit een ontwikkelingsoogpunt, maar ook vanuit een hiërarchisch oogpunt. Vanuit een ontwikkelingperspectief vertonen nogal wat kinderen eerst (tussen 5 en 7 jaar) een ODD en voldoen, bij een ongunstige ontwikkeling, vervolgens (tussen 8 en 10 jaar) aan de criteria van een CD. Deze kinderen met een CD van het type *beginnend in de kinderleeftijd* ('early starters') blijven echter ook de verschijnselen vertonen van een ODD. Aldus verhouden beide categorieën zich ook in hiërarchische zin tot elkaar. Er zijn echter ook jonge kinderen met een ODD bij wie de stoornis verdwijnt of bij wie de stoornis blijft, zonder zich te ontwikkelen tot een CD. Ten slotte zijn er jeugdigen die pas in de adolescentie antisociaal gedrag gaan vertonen, dit is CD van het type *beginnend in de adolescentie* ('late starters').

Het onderscheid tussen beide typen CD is van groot belang: het type met een begin in de kinderleeftijd vertoont meer agressieve symptomen en heeft meer comorbiditeit met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) dan het type met een begin in de adolescentie (Lahey e.a. 1998; Hinshaw e.a. 1993). De laatste groep is beter toegerust met sociale en schoolse vaardigheden; onder andere om die reden is de prognose van dit type beter dan van het type beginnend in de kinderleeftijd.

In dit artikel beperken we ons tot de kinderleeftijd (tot 12 jaar). In het vervolg worden onder 'gedragsstoornissen' beide categorieën (ODD en CD) verstaan.

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentiecijfers van gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten liggen tussen 3% en 6%. In de kinderleeftijd is de verhouding jongens tegenover meisjes 4:1 (Offord e.a. 1991; Rutter e.a. 1975). Gedragsstoornissen, al dan niet

gepaard gaand met een ADHD, vormen een belangrijk deel van de populatie kinderen die onderzocht en behandeld wordt binnen de ambulante en klinische geestelijke gezondheidszorg.

RISICOFACTOREN EN PATHOGENESE

Van vele factoren is aangetoond dat zij een risico vormen voor het ontstaan van gedragsstoornissen. Dat kunnen kind-kenmerken zijn, zoals een ADHD, of omgevingskenmerken, zoals mishandeling. Veel minder is bekend over de mechanismen volgens welke die risicofactoren ertoe bijdragen dat de stoornissen ontstaan, met andere woorden: over de pathogenese. Een opdeling in kind- en omgevingsfactoren is verleidelijk vanwege de eenvoud in presentatie. Beide groepen factoren staan echter niet onafhankelijk van elkaar. Een kind-kenmerk kan omgevingsbepaald zijn: de neiging vijandige intenties aan anderen toe te kennen kan voorafgegaan zijn door mishandeling (Dodge e.a. 1990). Maar ook kan een omgevingskenmerk, zoals hard straffen, uitgelokt worden door een kind-kenmerk, zoals het al op vroege leeftijd voorkomende impulsieve, storende gedrag van kinderen met een ADHD. Het ontstaan van gedragsstoornissen is in het algemeen te verklaren vanuit een interactie van één of meerdere kind-kenmerken en één of meerdere omgevingskenmerken. Bij de pathogenese dienen naast de risicofactoren ook de beschermende factoren betrokken te worden, zoals een hoge intelligentie en een positieve relatie met een ouder. Zij beïnvloeden de ontwikkeling en prognose in gunstige zin.

Een eerste kind-gebonden risicofactor is *erfelijkheid*. Het aandeel van erfelijkheid in het voorkomen van antisociaal gedrag is beduidend groter wanneer antisociaal gedrag samengaat met een zich vroeg manifesterende overbeweeglijkheid, aandachtstekorten en algeheel sociaal disfunctioneren, dan wanneer antisociaal gedrag zonder deze verschijnselen optreedt (Rutter e.a. 1997). De rol van erfelijkheid moet niet gezien

worden als een direct verband tussen een bepaalde genafwijking en een welomschreven vorm van (anti)sociaal gedrag zoals stelen, maar als een verband tussen een combinatie van verschillende genafwijkingen en verschillende biologische kenmerken die het kind kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van antisociaal en agressief gedrag (Rutter 1997).

Tot die biologische kenmerken behoort een *lage psychofysiologische arousal*. Raine e.a. (1997) toonden in een prospectieve studie aan dat een lage hartfrequentie gemeten op de leeftijd van 3 jaar de kans op het vóórkomen van agressief gedrag op de leeftijd van 11 jaar sterk doet toenemen. Bij kinderen met gedragsstoornissen werd herhaaldelijk een verlaagde psychofysiologische arousal gevonden (Kindlon e.a. 1995; Van Goozen e.a. 1998a). Ter verklaring van dit verband worden twee hypothesen geopperd (Raine e.a. 1997). Volgens de 'stimulation-seeking theory' poogt het kind het lage niveau van psychofysiologische arousal, dat samengaat met onprettige gevoelens, te verhogen door het opzoeken van stimulering (sensatie) door middel van antisociaal en agressief gedrag. Volgens de 'fearlessness theory' is het lage niveau van psychofysiologische arousal een 'marker' voor onbevreesd zijn: kinderen met een lage psychofysiologische arousal zouden onbevreesd zijn en daardoor eerder geneigd om agressief gedrag te vertonen. Deze hypothese biedt ook een verklaring voor de problemen in de opvoeding: door een geringe vrees en dus gevoeligheid voor straf is het kind moeilijk te corrigeren en kan ongewenst gedrag minder makkelijk worden afgeleerd.

Een tweede biologisch kenmerk is de *verlaagde serotonerge functie* (Kruesi e.a. 1990; Van Goozen e.a. 1998), die ook bij volwassenen met agressief gedrag gevonden werd. Serotonine wordt verondersteld een rol te spelen bij de inhibitie van gedrag. Mogelijk dat de verlaagde serotonerge functie bij gedragsgestoorde kinderen ten grondslag ligt aan hun reactieve, impulsieve vorm van agressie en andere inhibitieproblemen, zoals hun moeite om op gang gekomen gedrag

onder invloed van signalen van straf (waarschuwing) te inhiberen ('niet kunnen stoppen', 'steeds maar doorgaan') (Matthys e.a. 1998).

Bepaalde temperamentskenmerken vormen een risico voor de ontwikkeling van gedragsstoornissen. Temperamentskenmerken zijn min of meer duurzame wijzen van reageren in velerlei situaties. Kenmerken zoals emotionele labiliteit, rusteloosheid, korte aandachtsboog en negativisme werden in een longitudinaal onderzoek van Caspi e.a. (1995) vastgesteld op de leeftijd van 3 en 5 jaar en ondergebracht onder de noemer (factor) 'lack of control'. Deze factor correleerde specifiek met hyperactiviteit en antisociaal gedrag op de leeftijd van 9 en 11 jaar. Het verband tussen temperament en psychiatrische stoornissen is echter voor meer dan één interpretatie vatbaar. Enerzijds kan temperament beschouwd worden als een risicofactor: 'lack of control' stelt bijvoorbeeld bovengemiddelde eisen aan het zorg- en opvoedingsgedrag van ouders. Anderzijds is het mogelijk dat temperamentskenmerken niet anders zijn dan vroege, subklinische manifestaties van later vastgestelde stoornissen (Rutter 1987), zoals een ADHD of een ODD.

ADHD is een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van gedragsstoornissen (Hinshaw e.a. 1993). De gedragsstoornis kan hier beschouwd worden als een complicatie van ADHD. Er zijn meerdere verklaringen voor deze complicatie mogelijk. Zo lopen ouders van kinderen met ADHD veel meer risico dan andere ouders om inadequaat om te gaan met sociaal ongewenst gedrag (zie verder: ouder-kindinteracties), doordat dergelijk gedrag (bijvoorbeeld verstoren van anderen, aan één stuk door praten) veel vaker dan gemiddeld voorkomt bij jonge kinderen met ADHD.

Andere risicofactoren zijn: een leesstoornis (of een leesachterstand), een taalstoornis, een coördinatieontwikkelingsstoornis en zwakbegaafdheid in het bijzonder op verbaal gebied (Hinshaw e.a. 1993; Moffit 1993). Lees- en andere leerachterstanden roepen frustraties op, leiden tot de vorming van een geringe zelfwaardering en ermee samen-

hangende ontstemdheid en kunnen aldus indirect een rol spelen bij het ontstaan van gedragsstoornissen. Het samengaan van zwakbegaafdheid en taalachterstanden of -stoornissen enerzijds en gedragsstoornissen anderzijds wordt verklaard vanuit problemen bij het begrijpen van complexe sociale situaties, bij het accuraat onder woorden brengen van wensen en meningen, en bij de regulatie van emoties, waaronder boosheid.

De rol van de omgeving bij het ontstaan van gedragsstoornissen kan beschreven worden vanuit de alledaagse ouder-kindinteracties binnen de opvoeding. De opvoeding wordt gekenmerkt door het onvoldoende stellen en consequent hanteren van regels en afspraken, het inconsequent en vaak hard straffen, het geven van opdrachten op commanderende wijze, weinig waardering voor sociaal wenselijk gedrag, weinig direct toezicht op het kind ('supervision') en weinig zicht op en gevoelsmatige betrokkenheid bij het doen en laten van het kind ('monitoring' van gedrag) (Kazdin 1995). Deze opvoedingskenmerken hangen voor een deel samen met een reeks eigenschappen van de ouders en het gezin, zoals persoonlijkheidskenmerken van de ouders (gedepriemdheid, prikkelbaarheid, emotionele afstandelijkheid), psychiatrische stoornissen bij de ouders (verslaving, persoonlijkheidsstoornissen), delinquentie van de ouders, echtelijke problematiek met openlijke conflicten en agressie, herhaalde wisselingen van de ouderfiguren, mishandeling, lage socio-economische status, één-oudergezin en sociaal isolement van het gezin (Kazdin 1995). De rol van de alledaagse ouder-kindinteracties bij het ontstaan van gedragsstoornissen verklaren Patterson e.a. (1992) vanuit de principes van de operante conditionering. Positieve bekrachtiging van sociaal wenselijk gedrag wordt weinig of inconsequent gegeven; aldus leren kinderen in onvoldoende mate zich sociaal wenselijk te gedragen. Veel belangrijker nog is de rol van negatieve bekrachtiging, het wegnemen van een onaangename stimulus. Als ouders hun opdrachten of eisen (een voor het

kind onaangename stimulus) intrekken wanneer het kind zich ertegen verzet, wordt dit verzetsgedrag negatief bekrachtigd en neemt het in frequentie toe. Met andere woorden: als ouders zwichten voor het dwingend, manipulerend en overheersend gedrag van het kind, zal het kind dit gedrag steeds vaker gebruiken om zijn doelen na te streven en aldus in het gezin een machtspositie verwerven.

Agressief gedrag wordt niet alleen 'aangeleerd' door de consequenties die volgen op gedrag (het operante gezichtspunt), maar ook door het waarnemen van agressieve 'modellen' (leren door te observeren: 'modelling'): het kind kan deze modellen vinden bij zijn ouders of broers/zussen, bij (pre)delinquente leeftijdsgenoten in de buurt of op de televisie en in computerspellen. Volgens dit cognitieve gezichtspunt leidt het getuige zijn van en deelnemen aan agressieve interacties tot kenmerkende sociale cognities op grond waarvan agressief gedrag tot stand komt. Zo kennen kinderen met agressief gedrag aan anderen vaak ten onrechte een vijandige intentie toe (Dodge 1980). In vergelijking met niet-agressieve kinderen bedenken ze voor sociale problemen vaker een agressieve oplossing (Dodge e.a. 1986), achten ze zichzelf beter in staat om die agressieve oplossing uit te voeren (Matthys e.a. 1999) en kiezen ze tussen verschillende typen oplossingen vaker een agressieve (Matthys e.a. 1999). Verder vertoont het sociale denken van kinderen met gedragsstoornissen ook een ontwikkelingsachterstand: net als jongere kinderen zijn ze egocentrischer ingesteld (Matthys e.a. 1995) en hebben ze meer moeite het perspectief van de ander in te nemen (Cohen e.a. 1985).

KLINISCH ONDERZOEK, DIAGNOSTIEK, DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Bij het vermoeden van een ODD of CD is een breed opgezet psychiatrisch onderzoek op zijn plaats vanwege de kans op comorbiditeit. Niet alle punten van het standaard klinisch onderzoek kunnen hier genoemd worden. Enkel die

punten die bijzondere aandacht behoeven, worden nu besproken (zie ook AACAP 1997).

In de ontwikkelingsanamnese wordt navraag gedaan naar impulsiviteit, negativisme, overbeweeglijkheid, korte aandachtsboog, de ontwikkeling van taal en motoriek, en de ontwikkeling van de relatie met de ouders, de broers/zussen en leeftijdsgenoten.

In de specifieke anamnese wordt de symptomatologie in kaart gebracht uitgaande van de door de ouders genoemde gedragsverschijnselen, de DSM-IV-criteria van ODD en CD en de verdere differentiatie in verschillende typen antisociaal (open/heimelijk) en agressief gedrag (proactief/reactief). Hierbij worden de volgende vragen gesteld. Wanneer werd het gedrag voor het eerst waargenomen? Hoe vaak vindt het plaats? In welke situaties doet het zich voor (thuis, op school, in de buurt, op de club)? In interactie met wie (moeder/vader, leraren, broers/zussen, kinderen in de buurt, klasgenoten)? Wat is de invloed van het gedrag op het functioneren van het kind in zijn omgeving (mate van ergernis bij ouders en broers/zussen thuis, uitstoting uit de groep leeftijdsgenoten in de buurt en op school, verstoring van het leren en de relatie met de leerkracht op school)? Naast de symptomen dienen ook eventuele tekorten in sociale vaardigheden nagevraagd te worden, zoals moeite om zich in te voegen in een groep leeftijdsgenoten, hulp te vragen en wensen kenbaar te maken.

In de gezinsanamnese wordt bijzondere aandacht besteed aan: contact van het gezin met familie en omgeving (sociale ondersteuning versus isolement of 'insularity'), stress-uitlokkende factoren bij de ouders (professioneel, ziekten), functioneren van de ouders als persoon (belemmeringen door vermoedelijke psychopathologie) en als echtpaar (relatieproblematiek). De opvoedingsvaardigheden worden ingeschat, zoals de wijze van opdrachten geven, de mate van direct toezicht en controle over het doen en laten van het kind en de wijze waarop met regels en afspraken wordt omgegaan en waarop straffen worden gegeven. Het vóórkomen van lichamelijke mis-

handeling en seksueel misbruik wordt nagegaan. De familiale belasting wordt nagevraagd voor impulsiviteit, aandachtstoornissen, agressief gedrag, delinquentie, verslaving, taal- en leesstoornissen.

In het psychiatrisch onderzoek verdienen de volgende punten bijzondere aandacht. Worden de aanmeldingsklachten onderkend, gebagatelliseerd of ontkend? Wordt het eigen aandeel in de problemen erkend, en in welke mate voelt het kind zich verantwoordelijk voor zijn gedrag? Is er lijdensdruk? Is de stemming normofoor, gedrukt of dysfoor? Kan het kind negatieve emoties zoals boosheid of verdriet onderkennen? Hoe zijn de frustratietolerantie en de regulatie van boosheid ontwikkeld? In welke mate kan het kind zijn impulsen inhiberen? Is er sprake van een verwachte geringe zelfwaardering of van een narcistische afweer ervan? Heeft de identiteit zich al enigszins ontwikkeld? Is het kind sterk (negatief) beïnvloedbaar door leeftijdsgenoten? Is het in staat een vertrouwensrelatie met een volwassene aan te gaan of is er sprake van een wantrouwende opstelling? Is het vermogen ontwikkeld om een relatie met een ander kind te onderhouden met een wederzijds karakter? Wat is de plaats van het kind in de groep leeftijdsgenoten (uitgestoten, genegeerd)? Denkt het dat anderen het slecht met hem voor hebben? Denkt het kind dat het zijn doel enkel langs agressieve weg kan bereiken? Streeft het enkel eigen doelen na of houdt het rekening met de ander? Kan het zich verplaatsen in de andere persoon (perspectief nemen) en empathisch reageren? Kan het kind schuldgevoelens ervaren? In welke mate komen waarden en normen overeen met het gemiddelde in de maatschappij, in welke mate zijn zij geïnternaliseerd, of wordt het gedrag van het kind nog hoofdzakelijk bepaald door beloning en angst voor straf? Aanvullende informatie van de ouders is overigens vaak nodig om een aantal van bovengenoemde aspecten adequaat te kunnen beoordelen.

Schoolgegevens dienen steeds verzameld te worden over het leerniveau, de werkattitude, de

aandacht, de impulsbeheersing, het accepteren van leiding van de leerkracht en het sociale functioneren met leeftijdsgenoten. Meestal is ook een psychologisch onderzoek geïndiceerd voor het bepalen van de intelligentie en voor de beoordeling van de aandachtsfunctie, de impulsbeheersing en de taal. Bij vermoeden van een leerstoornis is een didactisch onderzoek aangewezen.

Als differentiële diagnose dient men te overwegen: ADHD, aanpassingsstoornis met een stoornis van het gedrag, antisociaal gedrag bij een kind, pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anderszins omschreven, stoornis van Asperger, dysthyme stoornis, reactieve hechtingsstoornis. De aanwezigheid van comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering. Comorbiditeit met ADHD komt vaak voor (40-60%), maar ook met een lees- of taalstoornis, een stemmingsstoornis, een angststoornis, een posttraumatische stressstoornis en een dissociatieve stoornis.

Naast een rubrieksdiagnose (classificatie) is het ook nodig een beschrijvende diagnose te geven waarin een visie wordt weergegeven over de pathogenese, in het bijzonder over het onderliggende verband tussen de verschillende rubrieksdiagnosen en de rol van kind- en omgevingsfactoren. Voor de behandeling is het bovendien nodig om een hypothese te formuleren over de rol van deze factoren op het in stand houden van de stoornis(sen). Hierop immers dient de behandeling aan te sluiten.

BEHANDELING EN BEGELEIDING

Allereerst wordt beoordeeld in welke setting de behandeling dient plaats te vinden: ambulant, dagbehandeling of kliniek. Hiervoor is een taxatie nodig van de verhouding tussen enerzijds de draagkracht van de ouders (bijvoorbeeld de mate van wederzijdse ondersteuning) en anderzijds de draaglast die de opvoeding van het kind meebrengt (onder andere de ernst van de symptomatologie).

Ten tweede is het nodig om de behandeling vanuit een breed perspectief op te zetten, met

andere woorden: met oog voor het disfunctioneren op meerdere gebieden (bijvoorbeeld cognitief, sociale vaardigheden, emotieregulatie) en in meerdere situaties (thuis, op school, in de buurt, op de club).

Ten derde is vanwege het hardnekkige karakter van de problematiek een langeretermijnperspectief aangewezen. Naast een psychiatrisch-psychotherapeutische behandeling is vaak ook een langerdurende begeleiding nodig waarin evaluatieve momenten een plaats hebben. In een zorgprogramma voor gedragsstoornissen moet zowel de behandeling als de begeleiding worden opgenomen.

Farmacotherapie is aangewezen voor de behandeling van comorbide stoornissen zoals ADHD en dysthymie. Soms hebben psychostimulantia of antidepressiva niet alleen een gunstig effect op de comorbide symptomen, maar ook op de oppositionele, antisociale of agressieve symptomen (Klein e.a. 1997). Thans is geen medicatie voorhanden die als routine in de alledaagse klinische praktijk gebruikt kan worden voor de beïnvloeding van agressief gedrag. Verwacht mag worden dat in de nabije toekomst het effect van farmaca aangetoond wordt op met name de reactieve (impulsieve, affectieve) vorm van agressief gedrag bij kinderen. Met belangstelling dienen daarom studies naar het effect van selectieve serotonineheropnameremmers bij kinderen gevolgd te worden; bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen werd enig effect van fluoxetine op impulsief agressief gedrag vastgesteld (Coccaro & Kavoussi 1997). Van lithium werd weliswaar enig effect aangetoond op explosieve agressie bij kinderen (Campbell e.a. 1995), maar de herhaalde venapuncties om de bloedspiegel te bepalen compliceren het gebruik in de alledaagse klinische praktijk. Het vermoede effect van carbamazepine kon niet worden vastgesteld (Cueva e.a. 1996). Bij extreme vormen van agressief gedrag kan tijdelijk risperidone of pimozide gegeven worden.

Van alle psychotherapeutische methoden is het effect van oudertraining in opvoedingsvaardig-

heden (Parent Management Training) het duidelijkst aangetoond. De training sluit aan op de eerder beschreven tekorten in opvoedingsvaardigheden. Zij is hoofdzakelijk gebaseerd op operante leerprincipes en kan zowel in individueel als in groepsverband gegeven worden (Barkley 1998). Een meta-analyse waarbij 26 studies betrokken werden, toonde een effectgrootte van 0,86 aan (Serketich & Dumas 1996). Dit betekent dat het gemiddelde behandelde kind na behandeling beter functioneert dan 81 procent van de niet-behandelde controlekinderen. Het effect is echter geringer bij ouders met ernstige psychopathologie of relatieproblematiek en onvoldoende sociale ondersteuning (Kazdin 1997).

De tweede goed onderzochte psychotherapeutische methode is de vaardigheidstraining in het oplossen van sociale problemen (Social Problem-Solving Skills Training) van het kind. Dit is een cognitief-gedragstherapeutische methode die aansluit op afwijkingen en ontwikkelingsachterstanden in de sociale cognities van gedragsgestoorde kinderen, waaronder hun vaardigheden om sociale problemen op te lossen. Ook het aanleren van sociale vaardigheden, de regulatie van boosheid en het tegengaan van impulsiviteit (eerst nadenken, dan handelen) nemen in deze programma's een belangrijke plaats in. De training kan in individueel verband (Kazdin e.a. 1987) of in groepsverband gegeven worden (Lochman e.a. 1987; Webster-Stratton & Hammond 1997). Het effect werd herhaaldelijk aangetoond (Kazdin 1997), maar is geringer bij meer uitgesproken psychopathologie van het kind (meer comorbiditeit en leerproblemen) (Kazdin & Crowley 1997). Ook werd aangetoond dat het effect van de oudertraining in opvoedingsvaardigheden en van de kindertraining in het oplossen van sociale problemen beduidend vergroot wordt als ze met elkaar gecombineerd worden (Kazdin e.a. 1992; Webster-Stratton & Hammond 1997). De combinatie van beide methoden biedt bovendien de mogelijkheid de 'transfer of training' van de aangeleerde vaardig-

heden te bevorderen: als kinderen door hun ouders niet in de alledaagse opvoedingssituatie bekrachtigd worden in het gebruiken van de vaardigheden, zullen de kinderen er nauwelijks gebruik van maken (Matthys 1998).

Gedragstherapeutische vormen van gezins-therapie, zoals de Functional Family Therapy (Alexander & Parsons 1982), integreren operant-gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische met systeemtheoretische methoden. Het effect werd wel bij delinquente adolescenten aangetoond, echter nog niet bij kinderen met gedragsstoornissen. Omdat hun referentiekaders onder andere aansluiten op empirisch aangetoonde verschijnselen bij gedragsgestoorde kinderen en hun gezinnen, zijn deze vormen van gezinstherapie vooral bij ernstige echtelijke of echtscheidingsproblematiek een verdedigbaar alternatief voor de eerder besproken gedragstherapeutische methoden.

Bij poliklinische behandeling verdienen bovengenoemde psychotherapeutische methoden dus de voorkeur, zo nodig aangevuld met farmacotherapie vanwege de comorbiditeit. Behandeling in dagklinisch en klinisch verband kan, naast bovengenoemde methoden, ook gebruikmaken van de leermomenten in alledaagse sociale situaties, in de vorm van 'contingency management': door het geven van bekrachtigers en straffen volgend op welomschreven gedrag worden de toename van adequaat gedrag en de afname van inadequaat gedrag beoogd (Matthys 1997).

Na een in de tijd begrensde psychiatrisch-psychotherapeutische behandeling is het meestal nodig om een langerdurende begeleiding te starten om bereikte effecten te consolideren. Vele ouders hebben gedurende langere tijd ondersteuning nodig om de geleerde opvoedingsvaardigheden in de praktijk te blijven brengen en hun kinderen te blijven bekrachtigen in het gebruik van de geleerde sociaal-cognitieve en sociale vaardigheden. 'Booster sessies' van ouder- en kindtrainingen kunnen het leerproces helpen ondersteunen.

PROGNOSE

Zonder behandeling kunnen ODD en CD in de kinderleeftijd zich continueren in de adolescentie en volwassenheid, alwaar ze ook de vorm van delinquent gedrag kunnen aannemen. Naast een antisociale ontwikkeling is er bij deze kinderen bovendien een verhoogd risico in de volwassenheid op psychiatrische stoornissen zoals persoonlijkheidsstoornissen, depressies en verslaving, op werkloosheid, frequente wisselingen van baan, afhankelijkheid van sociale voorzieningen, herhaalde echtscheidingen en ziekenhuisopnamen vanwege somatische aandoeningen (Kazdin 1995). Echter, niet alle kinderen met gedragsstoornissen vertonen deze ongunstige ontwikkeling. Een vroege leeftijd van aanvang van gedragsstoornissen en een groot aantal risicofactoren zijn indicatoren voor een ongunstige prognose.

LITERATUUR

- AACAP (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 122S-139S.
- Alexander, J., & Parsons, B. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Barkley, R.A. (1998). *Opstandige kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Campbell, M., e.a. (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 445-453.
- Caspi, A., e.a. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child Development*, 66, 55-68.
- Coccaro, E., & Kavoussi, R. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.
- Cohen, N., e.a. (1985). Characteristics of social cognition in children with different symptom patterns. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 6, 277-290.

- Cueva, J.E., e.a. (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 480-490.
- Dodge, K.A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. Pepler & K. Rubin (red.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dodge, K.A., e.a. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58, 213-251.
- Dodge, K.A., e.a. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Hinshaw, S.P., e.a. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Kazdin, A. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (second edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kazdin, A., e.a. (1987). Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 416-424.
- Kazdin, A., e.a. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kazdin, A., & Crowley, M. (1997). Moderators of treatment outcome in cognitively based treatment of antisocial children. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 185-207.
- Kindlon, D., e.a. (1995). Longitudinal patterns of heart rate and fighting behavior in 9- through 12-year-old boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 371-377.
- Kruesi, M., e.a. (1990). Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 47, 419-426.
- Lahey, B.J., e.a. (1998). Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 435-442.
- Lochman, J., e.a. (1987). Anger coping intervention with aggressive children: A guide to implementation in school settings. In P. Keller & S. Heyman (red.), *Innovations in clinical practice: A source book*, vol 6 (pp. 339-356). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Loeber, R., & Schmalting, K. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 337-352.
- Matthys, W. (1997). Residential behavior therapy for children with conduct disorders. *Behavior Modification*, 21, 512-532.
- Matthys, W. (1998). Groepstraining in sociale probleemoplossing voor kinderen met oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen. In W. Koops en W. Slot, *Van lastig tot misdadig* (pp. 145-156). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Matthys, W., e.a. (1995). Conduct disordered boys' perceptions of their liked peers. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 357-372.
- Matthys, W., e.a. (1998). The dominance of behavioural activation over behavioural inhibition in conduct disordered boys with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 643-651.
- Matthys, W., e.a. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38.
- Moffitt, T.E. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 135-151.
- Offord, D.R., e.a. (1991). The epidemiology of antisocial behavior in childhood and adolescence. In D.J. Pepler & K.H. Rubin, *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 31-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Patterson, G. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Raine, A. (1997). Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: Evidence from the Mauritius Child Health Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1457-1464.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality, and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 150, 443-458.
- Rutter, M. (1997). Nature-nurture integration: The example of antisocial behavior. *American Psychologist*, 52, 390-398.
- Rutter, M., e.a. (1997). Heterogeneity of antisocial behavior: Causes, continuities, and consequences. In R. Diensbier (Series Ed.) & D. Osgood (Vol. Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol. 44 Motivation and delinquency*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rutter, M., e.a. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas. I. Prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 439-509.
- Serketich, W., & Dumas, J. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.

- Van Goozen, S., e.a. (1998). Salivary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional defiant disorder boys and normal controls. *Biological Psychiatry*, 43, 531-539.
- Van Goozen, S., e.a. (1998). Plasma monoamine metabolites and aggression: Two studies of normal and oppositional disorder children. *European Neuropsychopharmacology* (in press).
- Vitiello, B., & Stoff, D.M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 307-315.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.

AUTEUR

W. MATTHYS is als psychiater werkzaam op de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Academisch Ziekenhuis Utrecht.

Correspondentieadres: Polikliniek Kinderpsychiatrie, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; e-mail: wmatthys@psych.azu.nl

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-1999.

SUMMARY Oppositional-defiant disorder and conduct disorder in childhood: etiology, assessment, and treatment – In this review, first the various types of symptoms and the relation between the two categories of behaviour disorders are discussed. Then, the factors in the child and the family that place children at risk for the development of these disorders are discussed. Those issues that deserve special attention in the assessment of children with odd or cd are mentioned. Finally, treatment methods that have been proven to be effective to some extent are discussed. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 9, 529-538]

KEYWORDS aggression, children, conduct disorder, oppositional-defiant disorder