

Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren
Samenvatting

Richtlijn oppositioneel- opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren Samenvatting

Walter Matthys en Geurt van de Glind (redactie)

© 2013 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
E-mail: info@nvvp.net
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Financiering en opdrachtgever: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Teksten: NVvP-Werkgroep Monodisciplinaire richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*) en gedragsstoornis (*conduct disorder*) bij kinderen en jongeren: Walter Matthys (voorzitter); Nico Beuk, Margreet van Lookeren Campagne, Lidwien Kok, Marjan Hansman en Robert Vermeiren

Redactie: Walter Matthys en Geurt van de Glind

Organisatie: Trimbos-instituut

Projectleiding: Geurt van de Glind

Zoeken en beoordelen van literatuur: Angita Peterse en Annemiek van den Bosch (bij het hoofdstuk over farmacologie tevens Johan Remmerie)

Projectondersteuning: Nelleke van Zon

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via www.ggzrichtlijnen.nl en via de website van de NVvP: www.nvvp.net.

ISBN 978 90 5898 252 0
NUR 875

Inhoud

Samenvatting

- 1 *Inleiding* — 7
 - 1.1 Doel — 7
 - 1.2 Doelgroep — 7
 - 1.3 Afbakening — 7
 - 1.4 Aard en achtergrond oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) — 8

- 2 *Prevalentie en comorbiditeit* — 10
 - 2.1 Prevalentie — 10
 - 2.2 Comorbiditeit — 11

- 3 *Beloop* — 12

- 4 *Diagnostiek* — 14
 - 4.1 Uitgangspunten — 15
 - 4.2 Activiteiten — 16
 - 4.3 Rubricerende diagnostiek — 18
 - 4.4 Beschrijvende diagnostiek — 19
 - 4.5 Adviesgesprek — 20

- 5 *Behandeling* — 20
 - 5.1 Eerste stappen in de behandeling — 21
 - 5.2 Psychologische behandelingen — 22
 - 5.3 Farmacotherapie — 27
 - 5.4 Behandelmethoden op elkaar afstemmen — 29
- Literatuur — 31

Samenvatting

1 Inleiding

Hier volgt een samenvatting van de richtlijn, met vermelding van alle uitgangsvragen en aanbevelingen uit de richtlijn. Deze samenvatting maakt ook deel uit van de volledige richtlijn.

1.1 Doel

Deze samenvatting heeft als doel om de richtlijn en de belangrijkste aanbevelingen toegankelijk te maken voor de praktijk. De volledige tekst van de richtlijn (hoofdstuk 1-6) bevat de wetenschappelijke onderbouwing, de praktijkrelevante overwegingen, en de aanbevelingen die betrekking hebben op de prevalentie en comorbiditeit van deze stoornissen (hoofdstuk 3), het beloop en de prognose (hoofdstuk 4), de diagnostiek (hoofdstuk 5) en de behandeling (hoofdstuk 6).

De werkgroep realiseert zich dat er behoefte is aan een handzame, praktisch te gebruiken samenvatting. De aanbevelingen voor de praktijk hebben in deze samenvatting een belangrijke plaats gekregen. Het is onvermijdelijk dat in de samenvatting nuanceringen verloren zijn gegaan. Voor toelichting en achtergrondinformatie verwijzen wij dan ook naar de integrale tekst van de richtlijn.

1.2 Doelgroep

Dit is een monodisciplinaire richtlijn voor psychiaters. Wel heeft de werkgroep oog gehad voor het gebruik van de richtlijn door andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg zoals verpleegkundigen, psychologen, pedagogen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkenden.

1.3 Afbakening

Richtlijnen hebben tot doel de clinicus handvatten aan te reiken bij de diagnostiek en de behandeling van de betreffende stoornis of stoornissen. Bij het ontwikkelen van richtlijnen moeten prioriteiten worden gesteld in wat wel en wat niet aan de orde komt. Niet alle relevante invalshoeken van waaruit psychiatrische stoornissen worden beschreven, hoeven in een richtlijn te worden opgenomen. Zo gaat de huidige richtlijn niet in op de preventie van de oppositiekopstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*, ODD) en de gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD).

Ook de etiologie maakt geen deel uit van de richtlijn; hiervoor wordt verwezen naar leerboeken (Moffitt & Scott, 2009; Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2010). Wel geeft paragraaf 1.4 een schets van relevante risicofactoren: vanwege hun belang als aanknopingspunt voor de behandeling. Deze richtlijn richt zich expliciet op kinderen (6 tot 12 jaar) en jongeren (13 tot 18 jaar) met deze stoornissen; onder 'jonge kinderen' wordt de leeftijdsgroep tot 6 jaar verstaan.

Bij de bespreking van de diagnostiek en de behandeling werden doublures vermeden met de uitgebreide informatie over meetinstrumenten, specifieke psychologische behandelprogramma's en psychofarmaca die het Landelijk Kenniscentrum voor Kinder- en jeugdpsychiatrie beschikbaar stelt. Voor de beschrijving en beoordeling van de specifieke psychologische behandelprogramma's is ook de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut nuttig. De huidige richtlijn is bedoeld complementair te zijn aan de informatie van het Landelijk Kenniscentrum. Voor de jeugdzorg is een *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* ontwikkeld; die betreft kinderen en jongeren met gedragsproblemen die gelijkaardig zijn aan die van deze richtlijn, maar minder uitgesproken: kinderen en jongeren met gedragsproblemen vanaf de 84e percentiel van een gestandaardiseerde vragenlijst. De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* sluit jeugdigen met een ODD of CD niet uit, maar heeft een bredere groep op het oog: alle kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen, niet uitsluitend ODD en CD.

1.4 Aard en achtergrond oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD)

Aard

In de DSM-IV (APA, 1994) en DSM-IV-TR (APA, 2000) werd ODD en CD gezien als aan elkaar verwante stoornissen. Dit bleek zowel uit de overkoepelende naam 'disruptieve gedragsstoornissen' als uit de beslisregel dat ODD als diagnose vervalt wanneer ook CD kan worden gediagnosticeerd. In DSM-5 (APA, 2013), is echter de beslisregel vervallen en kunnen beide stoornissen tegelijk worden gediagnosticeerd. Er werd dus een hiërarchische relatie verondersteld tussen deze stoornissen, waarbij ODD een ondergeschikte positie kreeg toebedeeld.

Onderzoek uitgevoerd na het uitkomen van DSM-IV en DSM-IV-TR laat echter zien dat de symptomen van beide stoornissen minder gelijkaardig zijn dan destijds werd gedacht. De symptomen van CD zijn vrij homogeen en antisociaal van aard. Daarentegen zijn de symptomen van ODD heterogeen met enerzijds een groep symptomen die verwijzen naar dwars en uitdagend gedrag (opstandig zijn, ruzie maken met volwassenen, anderen met opzet ergeren, anderen de schuld geven) en anderzijds een groep

symptomen die verwijzen naar een boze stemming en problemen met de emotieregulatie (boos, prikkelbaar en driftig zijn). ODD kan dan ook beschouwd worden als een gemengde stoornis met naast een gedragscomponent ook een stemmingscomponent. De deels overeenkomstige en deels verschillende aard van ODD en CD blijkt uit de overeenkomsten en verschillen in hun beloop.

Achtergrond

Zoals geldt voor alle psychiatrische stoornissen, kan het ontstaan en in stand houden van ODD en CD beschreven worden vanuit een samenspel tussen kind- en omgevingsrisicofactoren, waarbij ook beschermende factoren dienen te worden betrokken. In de samenleving leeft echter nog steeds de onjuiste vooringenomenheid dat ODD en CD vooral het gevolg zijn van ongunstige omgevingsinvloeden. Kwetsbaarheden van het kind of de jongere zelf blijken echter een risicofactor te vormen voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD. Hiertoe behoren temperamentkenmerken, al dan niet samenhangend met een zich ontwikkelende aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), een geringe angstconditionering, een lage intelligentie en een vertraagde taalontwikkeling.

Mede uitgelokt door deze risicofactoren van het kind ontwikkelen zich in het contact met de ouders dwingende interactiepatronen. Symptomen ontstaan en worden vooral in stand gehouden door opvoedingskenmerken zoals onduidelijkheid in het geven van opdrachten, onvoldoende prijzen en belonen van gewenst gedrag, inconsequent omgaan met ongewenst gedrag van het kind of de jongere, hard straffen, onvoldoende direct toezicht op jonge kinderen, en onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van kinderen en jongeren. Relatieproblemen tussen de ouders, persoonlijke problemen van de ouders zoals depressiviteit, en stress als gevolg van materiële problemen hebben een negatieve invloed op de ouder-kindinteracties. Ook ongunstige buurtkenmerken die leiden tot chronisch stress, beïnvloeden de opvoeding. Tot de andere omgevingsfactoren behoren uitstoting door de groep leeftijdgenoten als gevolg waarvan sociale vaardigheden zich niet verder ontwikkelen en aansluiting bij de delinquente groep leeftijdgenoten met een verhoogd risico voor *deviancy training* (het leren van de verkeerde dingen).

In de loop van de ontwikkeling worden jarenlange conflictueuze interacties opgeslagen in cognitieve schema's. Deze beïnvloeden, samen met afwijkende executieve of cognitieve controlefuncties, de sociale probleemoplossing. Zo richten kinderen en jongeren hun aandacht op onvoldoende informatie alvorens probleemsituaties te interpreteren. Aan anderen kennen ze een vijandige intentie toe terwijl daar geen grond voor is. Bij het oplossen van problemen vormen het overheersen van anderen en wraak nemen kenmerkende doelen. Voor sociale problemen bedenken ze weinig oplos-

singen en achten ze zichzelf goed in staat om een agressieve oplossing uit te voeren. Bij het maken van keuzen hebben ze voorkeur voor agressieve oplossingen en hebben ze onvoldoende oog voor langetermijngevolgen. Al deze factoren spelen vooral een rol bij ODD, en bij CD beginnend in de kinderleeftijd. Aangenomen wordt dat er bij CD beginnend in de adolescentie vooral sprake is van een combinatie van heftige autoriteitsconflicten als gevolg van de toenemende autonomiebehoefte van de jongere – de tegenstelling tussen de biologische rijpheid en de beperking in privileges en verantwoordelijkheden – , onvoldoende zicht van de ouders op het doen en laten van de jongere, en de aansluiting bij de groep leeftijdgenoten met lichte of ernstiger vormen van delinquentie.

2 Prevalentie en comorbiditeit

Uitgangsvragen

- Wat is de prevalentie van ODD en CD?
- Hoe vaak komen ODD of CD en ADHD samen voor?
- Hoe vaak komt misbruik en afhankelijkheid van middelen voor bij kinderen met ODD of CD?
- Hoe vaak komen internaliserende stoornissen voor bij ODD en CD?
- Hoe vaak komen ODD en CD voor bij kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking?

2.1 Prevalentie

Opstandige, antisociale en agressieve gedragsproblemen zijn vaak een reden voor verwijzing naar een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek of afdeling. Na onderzoek blijkt een deel van de kinderen en jongeren gediagnosticeerd te worden met ODD of CD. Deze stoornissen behoren tot de meest prevalentie psychiatrie stoornissen bij kinderen en jongeren, met voor ODD een prevalentie van 3 % en voor CD 2%.

De leeftijd van aanvang is vroeger voor ODD dan voor CD. De prevalentie van ODD in de adolescentie is niet verschillend van die op de kinderleeftijd, maar de prevalentie van CD stijgt in de adolescentie. Ook bij jonge kinderen blijkt de prevalentie van ODD en CD niet te verschillen van die van kinderen in de schoolleeftijd en de adolescentie.

De prevalentie van ODD is bij jongens wat hoger dan bij meisjes. CD komt duidelijk vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Mogelijk zijn de criteria van beide stoornissen te zeer toegespitst op jongens. Bij jeugdigen in detentie is de prevalentie van beide stoornissen hoog.

Aanbevelingen prevalentie

- Gezien de hoge prevalentie van ODD en CD is een goede samenwerking met de jeugdzorg van groot belang.
- Wees beschikbaar voor de jeugdzorg wanneer om consultatie wordt gevraagd op het gebied van diagnostiek vanwege mogelijke comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD), een mogelijk andere onderliggende psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis), of een vastlopende intensieve behandeling.
- Sta open voor samenwerking met de jeugdzorg op het gebied van behandeling, hetzij verwijzing naar de jeugdzorg voor behandeling, hetzij gezamenlijke uitvoering van de behandeling, hetzij overname van de behandeling.
- Ook meisjes en kinderen jonger dan 6 jaar worden bij aanmelding voor ernstige gedragsproblemen op ODD en CD onderzocht.

2.2 Comorbiditeit

Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering bij ODD en CD. De meest voorkomende comorbiditeit is die met ADHD. Er is ook een verhoogd risico voor de ontwikkeling van middelenmisbruik en -afhankelijkheid, des te meer bij comorbiditeit met ADHD, maar ook bij comorbiditeit met een stemmingsstoornis. Comorbiditeit met angst- en stemmingsstoornissen komt vaak voor. En ook bij kinderen en jongeren met zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke beperkingen is er een verhoogd risico voor de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen.

Aanbevelingen comorbiditeit

- Heb bij de diagnostiek en behandeling van ODD en CD steeds oog voor mogelijke comorbiditeit met ADHD.
- Heb bij de diagnostiek en behandeling van ADHD steeds oog voor mogelijke comorbiditeit met ODD en CD.
- Wees bij jongeren met ODD en CD altijd alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid.
- Wees vooral alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid bij de combinatie ODD/CD-ADHD en bij de combinatie ODD/CD-stemmingsstoornis; in geval van ODD/CD-stemmingsstoornis geldt dit nog sterker bij meisjes.
- Wees bij de combinatie van ODD of CD met stemmingsstoornissen extra alert op middelenmisbruik en -afhankelijkheid.
- Ga bij jongeren met middelenmisbruik en -afhankelijkheid na of ODD of CD en/of ADHD ook aanwezig zijn.
- Ga in de diagnostiek van ODD en CD steeds na of er sprake is van comorbiditeit met een stemmingsstoornis of een angststoornis zoals een post-traumatische stressstoornis.

- Wees vooral bij meisjes altijd alert op het vóórkomen van traumatisering en een posttraumatische stressstoornis.
- Wees alert op een zich ontwikkelende angst- of stemmingsstoornis in de loop van de behandeling van kinderen en jongeren met ODD of CD.
- Houd steeds rekening met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aanmelding van kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen. Bij deze kwetsbare groep moeten hulpverleners alert zijn op hun kwetsbaarheid voor criminaliteit, verslaving, seksueel misbruik en andere trauma's.
- Vanwege de complexiteit van het onderscheid tussen 'moeilijk verstaanbaar gedrag' (gedrag dat voortkomt uit onvoldoende afstemming tussen hulpverlener en kind of jongere en overvraging door de omgeving) enerzijds en symptomen van ODD of CD anderzijds bij kinderen en jongeren met zwakbegaafdheid of een (lichte) verstandelijke beperking is extra scholing van professionals die zich bezighouden met (de diagnostiek bij) deze groep kinderen en jongeren van groot belang. (Voor de term 'moeilijk verstaanbaar gedrag' wordt gekozen omdat het actie van de hulpverlener vraagt: die is eraan gehouden om zich in te zetten het gedrag goed te interpreteren, te leren verstaan.)

3 Beloop

Zonder interventie blijven bij sommige kinderen en jongeren met ODD en CD de symptomen voorkomen en wordt de diagnose later opnieuw gesteld, bij anderen nemen de symptomen af en kan de diagnose niet meer worden gesteld. Hoewel ODD een risico vormt voor de ontwikkeling van CD, is dit risico kleiner dan eerder werd vermoed. Deze ontwikkeling hangt vooral samen met het voorkomen van het cluster symptomen met dwars en uitdagend gedrag. De ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis bij ODD hangt daarentegen samen met het cluster symptomen met een boze en prikkelbare stemming. De ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis komt vooral voor bij CD, terwijl de ontwikkeling van een angst- of stemmingsstoornis specifiek voorkomt bij ODD.

ODD en CD vormen niet alleen een risico voor de ontwikkeling van nagevoeg alle psychiatrische stoornissen in de volwassenheid, waaronder verslaving, maar ook voor een verminderd sociaal maatschappelijk functioneren waaronder vroegtijdige schoolverlating, werkeloosheid, alleenstaand (tiener)ouderschap, scheidingen, financiële problemen, criminaliteit en woonproblemen (dakloos, achterstandsbuurten). Ook gezondheidsproblemen en ongelukken komen vaak voor.

Vroege diagnostiek en adequate behandeling van ODD en CD zijn dan ook van groot belang voor het voorkómen van een ongunstige ontwikkeling. Dit is vooral nodig wanneer de stoornissen een vroege aanvang hebben, wanneer de symptomen talrijk zijn, een grote verscheidenheid vertonen, in meerdere situaties voorkomen en agressief van aard zijn. Het risico voor een ongunstige ontwikkeling wordt ook verhoogd door comorbiditeit met ADHD, een lage intelligentie en het vóórkomen van kenmerken van ongevoeligheid en emotieloosheid (*callous-unemotional traits*: CU-kenmerken, in DSM-5 'beperkte prosociale emoties' genoemd), namelijk een tekort aan schuldgevoel en spijt, een tekort aan empathie, weinig bezorgd zijn om eigen prestaties en oppervlakkige of beperkte gevoelens.

Uitgangsvragen

- Wat is het natuurlijke beloop van ODD en CD?
- Welke factoren bepalen het beloop van ODD en CD?

Aanbevelingen

- Bespreek in de psycho-educatie niet alleen de stabiliteit van symptomen en stoornissen, maar ook expliciet de veranderbaarheid hiervan. Dit is belangrijk voor de motivatie tot deelname aan de behandeling.
- Breng in de psycho-educatie onder de aandacht dat ODD- en CD-symptomen in de loop van de tijd kunnen afnemen en diagnoses niet meer kunnen worden gesteld; in de maatschappij leeft immers de foute vooringenomenheid dat een ongunstige ontwikkeling bij ODD en CD vastligt: eenmaal ODD of CD, altijd ODD of CD.
- Bespreek in de psycho-educatie dat ODD en CD een risico vormen voor de ontwikkeling van nagenoeg alle psychiatrische stoornissen in de volwassenheid, waaronder depressie en verslaving, voor andere gezondheidsproblemen en voor ongelukken. Leg goed uit dat met een verhoogd risico bedoeld wordt een verhoogde kans in vergelijking met kinderen en jongeren die zich zonder duidelijke problemen ontwikkelen.
- Bespreek in de psycho-educatie dat ODD en CD een risico vormen voor een verminderd sociaal-maatschappelijk functioneren, waaronder werkeloosheid, financiële problemen en criminaliteit.
- Beschouw ODD en CD, mede op grond van het beloop, als aparte stoornissen.
- Onderscheid in de diagnostiek van ODD het cluster symptomen met dwars en uitdagend gedrag van het cluster symptomen met prikkelbaarheid en een boze stemming.
- Informeer patiënten en ouders bij ODD en CD over het verhoogde risico op gezondheidsschade, sociaal-maatschappelijke uitval en justitiële problemen, zowel op korte als op lange termijn.

- Draag, op grond van deze genoemde risico's, zorg voor optimale samenwerking met partners als de jeugdzorg, het onderwijs en de algemene gezondheidszorg.
- Diagnostickeer en behandel comorbide stoornissen, gelet op het ongunstige effect van die stoornissen op het beloop van ODD en CD. Dit lijkt vooral te gelden voor ADHD en depressie, maar mogelijk ook voor middelmisbruik, angst- en leerstoornissen.
- Besef dat behandeling urgenter is bij ernstige vormen van ODD en CD, bij comorbiditeit met ADHD en wanneer de intelligentie laag is.
- Onderken bij gediagnosticeerde kinderen met ODD of CD, gezien enerzijds de risico's op een ernstiger beloop en anderzijds vanwege het bepalen van de intensiteit van de zorg, de volgende factoren:
 - een vroege aanvang;
 - veel symptomen;
 - een grote verscheidenheid van symptomen;
 - agressie.
- Wees voorzichtig bij het doen van uitspraken op individueel niveau over *callous-unemotional traits* (CU-kenmerken, beperkte prosociale emoties), ondanks dat onderzoek op groepsniveau de rol van CU-kenmerken op de ernst en de persistentie van CD aantoont. Dit vanwege twijfels over de betrouwbaarheid van de beoordeling van CU-kenmerken.
- Kinderen en jongeren met gedragsproblemen in combinatie met leerproblemen, lage verbale capaciteiten en/of een lage algemene intelligentie verdienen meer en specifieke aandacht in de behandeling c.q. begeleiding dan momenteel gebeurt. Het is een moeilijke groep die een ongunstiger beloop kent dan de jongeren zonder schoolproblemen en met een hogere algemene intelligentie.

4 Diagnostiek

Het psychiatrisch onderzoek bestaat uit een reeks activiteiten resulterend in besluitvorming aangaande rubricerende en beschrijvende diagnostiek; deze monden uit in een behandeladvies. Dit alles wordt doorgesproken in het adviesgesprek. Voorafgaand aan de bespreking hiervan worden aanbevelingen gegeven over algemene uitgangspunten.

Uitgangsvragen

- Wat zijn de basisprincipes bij het proces van diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?
- Uit welke elementen bestaat het proces van diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?

- Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij rubricerende diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?
- Welke uitgangspunten worden gehanteerd bij beschrijvende diagnostiek van kinderen en jongeren met ODD of CD?
- Welke uitgangspunten zijn van belang bij het adviesgesprek?

4.1 Uitgangspunten

Aanbevelingen algemene uitgangspunten diagnostiek

- Begin het onderzoek met een gezamenlijk gesprek met het kind of de jongere en de ouders. Dit heeft als voordeel dat er bij aanvang overeenstemming kan worden bereikt over de reden en het doel van het onderzoek.
- Spreek na het gezamenlijke gesprek eerst de jongere, en pas hierna zijn of haar ouders apart; dit is belangrijk voor het gevoel van autonomie van de jongere.
- Besef dat er zowel onderrapportage als overrapportage van probleemgedrag kan plaatsvinden als gevolg van belangenconflicten (behoefte aan ontkenning leidend tot onderrapportage) of persoonlijke en gezinskenmerken (overbelasting leidend tot overrapportage).
- Draag zorg voor het tot stand brengen en in stand houden van een goede werkrelatie tussen enerzijds kind en ouders en anderzijds behandelaars. Dit is essentieel tijdens het diagnostische proces en de daarop volgende behandeling van ODD en CD.
- Bevorder de werkrelatie met het kind of de jongere door empathie op te brengen voor de woede en frustratie van het kind of de jongere en door zich niet veroordelend op te stellen tegenover oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag.
- Bevorder de werkrelatie met het kind of de jongere door te benadrukken dat het verhaal van het kind of de jongere net zo zwaar weegt als dat van de ouders en de leraar.
- Bevorder de werkrelatie met de ouders door begrip te tonen voor de opvoedingsbelasting en aandacht te hebben voor eventuele schuldgevoelens.
- Verhelder zo nodig tegenover de ouders dat het gedrag van het kind of de jongere het probleem is, en niet het kind of de jongere zelf.
- Vraag zowel bij de ouders als het kind of de jongere naar hun sterke kanten. Dit bevordert de werkrelatie en helpt om de problematiek op een constructieve wijze aan te pakken.
- Verstrek helderheid over de precieze vraagstelling en verwachtingen; wees helder of er sprake is van zorgdiagnostiek dan wel beslisdiagnostiek in het kader van een juridisch proces.

- Wees helder over welke informatie vertrouwelijk blijft (bijvoorbeeld als een kind of jongere wil dat informatie voor ouders geheim blijft) en welke informatie met derden gedeeld moet worden (bijvoorbeeld als er (dreigend) gevaar bestaat of in geval van Pro Justitia-rapportage).
- Wees helder over hoe verslaglegging plaatsvindt en of het recht op inzage en correctie en blokkeringsrecht van toepassing zijn.
- Neem maatregelen bij ontbrekende veiligheid in het gezin, aangezien voldoende veiligheid en rust in de leefsituatie een voorwaarde is voor adequate diagnostiek.
- Betrek altijd de school als informant bij de diagnostiek, aangezien de gedragsproblemen zich vaak ook op school manifesteren.
- Voer indien nodig herevaluatie van de diagnose uit. Deze kan bijvoorbeeld plaatsvinden bij stagneren van de behandeling of het afsluiten daarvan, of bij evaluatie en/of bijstelling van het behandelplan.
- Sta open voor consultatie door de jeugdzorg bij:
 - een vermoeden van comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD of een stemmingsstoornis);
 - een vermoeden van een andere vorm van psychopathologie (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis) die ten grondslag ligt aan de ernstige gedragsproblemen;
 - bij onvoldoende effect van een intensieve of langdurig behandeling.
- Ontwikkel effectieve en efficiënte methodieken om samenwerking met de jeugdzorg vorm te geven.

4.2 Activiteiten

Het psychiatrisch onderzoek bestaat uit de volgende activiteiten:

- gezamenlijk intakegesprek waarin het probleem wordt besproken;
- interview met de ouders (inventarisatie van klachten en ontwikkelings-, familie- en gezinsanamnese);
- gesprek met en observatie van het kind of de jongere;
- verzamelen van informatie van andere bronnen waaronder de grootouders, de school, de kinderarts, de politie;
- gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten of instrumenten;
- indiceren en uitvoeren van aanvullend onderzoek waaronder psychologisch onderzoek;
- weging van informatie en besluitvorming over rubricerende en beschrijvende diagnose;
- gezamenlijk adviesgesprek.

Aanbevelingen activiteiten diagnostiek

- Voer een breed opgezet onderzoek uit met het oog op de differentiële diagnose met andere psychiatrische stoornissen, zoals een autisme-

spectrumstoornis en comorbiditeit met bijvoorbeeld ADHD of een stemmingsstoornis.

- Informeer in het interview met de ouders over het kind of de jongere behalve naar de gedragsproblemen ook naar:
 - uitstoting uit de groep leeftijdgenoten of aansluiting bij (pre)delinquente leeftijdgenoten;
 - tekorten in sociale vaardigheden;
 - contacten met politie en justitie;
 - zich snel benadeeld voelen;
 - moeite hebben om zich in een ander verplaatsen;
 - moeite hebben met empathie;
 - de neiging hebben om problemen op agressieve wijze op te lossen;
 - weinig oog hebben voor nadelige langetermijngevolgen van gedrag.
- Informeer in het interview met de ouders over het gezin en de familie in het bijzonder naar:
 - individuele problemen van de ouders (ADHD, delinquentie, verslaving, depressie);
 - echtpaarrelatie (wederzijdse ondersteuning in de opvoeding);
 - sociaal netwerk (ondersteuning).
- Informeer in het interview met de ouders in het bijzonder naar kenmerken van de opvoeding:
 - mate van ondersteuning (belangstelling en affectie tonen, gezamenlijke activiteiten ondernemen, helpen en prijzen);
 - mate van regulering (consequent hanteren van regels en afspraken, opdrachten in positieve zin formuleren, milde vormen van ongewenst gedrag negeren, adequaat hanteren van time-out, stellen van gedoseerde negatieve consequenties na ernstige vormen van ongewenst gedrag).
- Verzamel informatie van school zowel over de gedragsproblemen als over de inschatting van het cognitieve niveau.
- Besteed in het interview en de observatie van het kind of de jongere aandacht aan:
 - eigen mening over problemen;
 - mate van probleembesef;
 - mate van lijden onder problemen;
 - motivatie voor verandering;
 - voorkomen van traumatisering;
 - voorkomen van specifieke verschijnselen (dwarsheid en opstandigheid; boosheid; prikkelbaarheid; regelovertreding; verbale agressie; weinig emoties; zich snel benadeeld voelen; moeite hebben om zich in een ander te verplaatsen; weinig empathie hebben; onvoldoende besef van normen en waarden; afwijkende normen en waarden).

- Doe bij meisjes specifiek navraag naar internaliserend gedrag, heimelijke of bedekte vormen van antisociaal gedrag, en relationele agressie.
- Indiceer een intelligentieonderzoek als er aanwijzingen zijn voor een achterstand in de cognitieve ontwikkeling op grond van de schoolinformatie, de informatie van de ouders en de eigen inschatting in het psychiatrische onderzoek. Licht de wenselijkheid van een intelligentieonderzoek toe tegenover de ouders en het kind of de jongere.
- Laat bij jonge kinderen standaard intelligentieonderzoek verrichten omdat bij hen ontwikkelingsachterstanden vaak nog niet zijn onderkend en een lagere dan gemiddelde intelligentie consequenties heeft voor het onderwijs.
- Indiceer persoonlijkheidsonderzoek bij jongeren wanneer er aanwijzingen zijn voor een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling. Licht de wenselijkheid van een persoonlijkheidsonderzoek toe aan de ouders en de jongere.
- Voer getrapte diagnostiek uit, waarbij de (meer)waarde van elk onderzoek wordt afgewogen. Niet alles hoeft bij elk kind of jongere te worden ingezet.
- Maak, waar mogelijk, bij het in kaart brengen van problemen zoals die worden waargenomen door de ouders of leraren en door de jongere zelf, gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten. Behalve op een aantal symptomen van ODD en CD geven deze vragenlijsten zicht op symptomen van andere stoornissen; dit is van belang voor overwegingen van de differentiële diagnose en de comorbiditeit.
- Streef niet naar verkorte diagnostiek van ODD en CD, bijvoorbeeld door het gebruik van slechts één vragenlijst of informatie van één informant. Dit wordt afgeraden vanwege de complexiteit van de diagnostiek ODD en CD en de mogelijke consequenties van deze stoornissen.
- Combineer in de uiteindelijke diagnostische conclusie de classificatie van ODD of CD met een meer specifiek voor het betreffende kind of de jongere (en systeem) geldend profiel van sterke en zwakke kanten en belangrijke voorvallen uit diens levensgeschiedenis.

4.3 Rubricerende diagnostiek

Het stellen van een rubricerende diagnose of classificatie heeft een procesmatig karakter. Na het gezamenlijke gesprek en het afzonderlijke gesprek met de ouders en het kind of de jongere wordt een differentiële diagnose opgesteld. In de loop van het diagnostische proces komen mogelijke diagnoses te vervallen, andere blijven overeind, en weer andere komen naar voren.

Aanbevelingen rubricerende diagnostiek

- Loop voor de rubricerende diagnostiek de symptomen van ODD en CD na, besluit tot het voorkomen van het symptoom na weging van de informatiebronnen, en vermeld in het dossier op grond van welke bron het symptoom werd vastgesteld.
- Besef dat etiologische overwegingen zoals de rol van ongunstige omgevingsfactoren geen belemmering mogen vormen voor het stellen van de rubricerende diagnose ODD of CD: als aan de nodige criteria wordt voldaan, wordt de diagnose gesteld.
- Besef dat de rubricerende diagnose ODD kan worden gesteld wanneer de symptomen zich slechts in één setting manifesteren: hetzij thuis, hetzij op school. Indien het gedrag echter alleen voorkomt in het contact met één persoon binnen het gezin, wordt niet de diagnose ODD gesteld maar een V-code (bijvoorbeeld ouder-kindrelatieprobleem).

4.4 Beschrijvende diagnostiek

Bij beschrijvende diagnostiek worden de symptomen en de duur ervan in kaart gebracht, de rubriekdiagnosen en hun onderlinge samenhang worden beschreven, evenals de ernst van de stoornissen en hun invloed op het psychosociale functioneren. Etiologische overwegingen worden geformuleerd over factoren die de stoornissen hebben uitgelokt en in stand houden, in het bijzonder die welke voor verandering vatbaar zijn. Ook protectieve factoren en sterke eigenschappen worden vermeld.

Aanbevelingen beschrijvende diagnostiek

- Breng bij beschrijvende diagnostiek symptomatologie en duur van de symptomen in kaart, naast etiologische overwegingen: vermoedens over mogelijke etiologische factoren en pathogenese. Beschrijf daarnaast de eventuele samenhang tussen rubricerende diagnoses, naast de mate van ernst van de stoornissen, risicofactoren, sterke kanten, relationele en interactieve processen, en copingstijlen.
- Waak ervoor, ongefundeerd krachtige uitspraken te doen over mogelijke etiologische factoren.
- Geef voorrang aan de factoren die stoornis(sen) thans in stand houden boven die welke de stoornis(sen) destijds mogelijk hebben doen ontstaan. Immers, factoren die stoornis(sen) thans in stand houden, kunnen beter beoordeeld worden dan die welke jaren geleden mogelijk een rol hebben gespeeld in het ontstaan van de stoornis(sen).
- Zorg ervoor dat de beschrijvende diagnose aanknopingspunten biedt voor de behandeling. Belangrijk hierbij zijn de ernst van de stoornis, de nadelige gevolgen van de symptomen voor het actuele psychosociale functioneren en de factoren die de stoornis(sen) thans in stand houden.

Welk type behandeling kan plaatsvinden en op welke wijze dit gebeurt, hoeft niet in de diagnose zelf te staan, maar moet hieruit wel kunnen worden afgeleid.

4.5 Adviesgesprek

In het adviesgesprek wordt op inzichtelijke wijze de uitkomst van het onderzoek doorgesproken met de ouders en het kind of de jongere. Tevens wordt een behandeladvies gegeven dat logisch voortkomt uit de onderzoeksbevindingen.

Aanbevelingen adviesgesprek

- Sluit het diagnostische proces af met een adviesgesprek met de ouders, en het kind of de jongere.
- Bespreek in het adviesgesprek openlijk welke probleemgedragingen in het eigen onderzoek zijn waargenomen. Ouders zijn vaak opgelucht dat onderzoekers een deel van het gedrag zelf hebben geobserveerd.
- Bespreek de ernst van de stoornis met het oog op de noodzaak (of niet) van het starten van een behandeling.
- Ga na of ouders het eens zijn met de aard en ernst van de diagnose en hoe zij de diagnose ervaren.
- Besef dat ouders de onjuiste vooringenomenheid kunnen hebben dat ODD en CD louter het gevolg zijn van ongunstige omgevingsinvloeden. Bespreek de kwetsbaarheden van het kind of de jongere zelf als risicofactoren voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD.
- Bespreek met de ouders of zij zich kunnen vinden in het behandeladvies en wat hun verwachtingen zijn van de behandeling. Het adviesgesprek is er immers op gericht overeenstemming te krijgen over de doelen van behandeling en de middelen die daarbij ingezet zullen worden.
- Besteed ook aandacht aan sterke eigenschappen van het kind of de jongere, en de ouders, met het oog op het gebruikmaken van het behandel aanbod.

5 Behandeling

Om een behandeling kans van slagen te geven, dient eerst aandacht te worden besteed aan de motivatie van en de werkrelatie met de ouders, en het kind of de jongere. Verschillende psychologische behandelmethoden zijn voorhanden, zoals de oudertraining, evenals farmacotherapie met bijvoorbeeld psychostimulantia, waarvan het effect op symptomen van ODD en CD overtuigend is aangetoond. Ouderbegeleiding is niet op

effectiviteit onderzocht, maar op grond van klinische ervaring heeft deze methode wel een plaats in de behandeling van ODD en CD verworven. Ten slotte is het nodig af te wegen hoe de verschillende beschikbare behandelmethoden op elkaar worden afgestemd.

5.1 Eerste stappen in de behandeling

Aanbevelingen eerste stappen in behandeling

- Zorg voor goed opgeleide trainers die de integriteit van het behandelprotocol handhaven en regelmatig het eigen handelen evalueren binnen een supervisiemodel.
- Zorg voor voldoende behandel- en overheadtijd van therapeuten en stuur binnen de organisatie op doelgroepspecialisatie.
- Ga na of de fysieke en emotionele veiligheid van het kind of de jongere binnen het gezin voldoende is gegarandeerd.
- Ga na of een ernstige vorm van (auto)agressief gedrag prioriteit behoeft in de behandeling.
- Start geen behandeling bij agressie tegen het behandelstelsel.
- Ga na of behandelaars en patiëntstelsel een gedeelde probleemdefinitie hebben en of er overeenstemming is over de behandeldoelen.
- Ga na of er voldoende motivatie tot verandering aanwezig is dan wel of extrinsieke motivatie of dwang nodig is.
- Beoordeel of de draagkracht om de behandeling aan te gaan en vol te houden bij de ouders of verzorgers voldoende is, gegeven maatschappelijke, psychologische en psychiatrische problemen.
- Ga na of er praktische belemmeringen zijn die het volgen van een behandeling in de weg staan (reisproblemen, verlof).
- Zorg binnen de behandeling voor een goede werkrelatie met wederzijds vertrouwen. Wantrouwen wordt weggenomen als behandeldoelen positief en zo concreet mogelijk worden geformuleerd in de taal van het patiëntstelsel zelf. Formuleer conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zowel de behandeldoelen op korte termijn en langere termijn, als de verschillende behandelmethoden om die doelen te bereiken.
- Zet tijdig ambulante interventies in om institutionalisering met aggregatie van jongeren met gedragsproblematiek zo veel mogelijk te voorkomen.

5.2 Psychologische behandelingen

Aanbevelingen hoofdlijnen

- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit. Die programma's behoren tot de volgende behandelmethoden:
 - *behavioral parent training* (oudertraining);
 - *cognitive behavioral therapy* (cognitieve gedragstherapie);
 - *systems of family therapy* (systemische behandeling).
- Begin bij elke psychologische behandeling met interventies voor vergroten van de therapietrouw.
- Ga na in welke mate er sprake is van reactieve en van proactieve agressie. Besteed bij reactieve agressie in de behandeling aandacht aan impulsiviteit, vijandige intentietoekenning en boosheidshantering.
- Onderzoek bij meisjes of sprake is van relationele agressie en maak relationele agressie expliciet focus van behandeling.
- Besteed in de behandeling van ODD ook aandacht aan de affectieve en stemmingscomponent: boos en gepikeerd zijn, prikkelbaar zijn en zich gemakkelijk aan anderen ergeren, driftig zijn.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is het proces voor het verstrekken van relevante informatie over het ziektebeeld en de mogelijke behandelwijze van ODD of CD. Psycho-educatie wordt gegeven zowel aan ouders en of overige opvoeders als aan het betrokken kind of de jongere zelf.

Aanbevelingen psycho-educatie

- Besteed bij de start van de behandeling specifiek aandacht aan de motivatie voor de behandeling en aan de werkrelatie.
- Zet hiervoor psycho-educatie in.
- Neem in de psycho-educatie voor de ouders informatie op over de symptomen, de comorbiditeit, de risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, hoe deze factoren aanknopingspunten vormen voor de verschillende behandelmethoden, en het beloop. Leg goed uit dat onder risicofactoren verstaan wordt factoren die de kans vergroten voor het ontstaan en in stand houden van ODD en CD, maar dat risicofactoren dat niet doen in deterministische zin.
- Geef bij de start of in de loop van de behandeling ook psycho-educatie aan het kind of de jongere afgestemd op zijn of haar cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau. Gebruik hierbij aantrekkelijk materiaal waarbij aangesloten wordt op de huidige digitale leefwereld van kinderen en jongeren.

- Tijdens psycho-educatie moeten ten minste de navolgende onderwerpen besproken worden.
 - De risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan en in stand houden van ODD of CD.
 - Prevalentie van ODD of CD.
 - Het beloop van ODD en CD symptomen over de tijd.
 - Beschermende en risicofactoren van ODD of CD.
 - Subtyperingen en beloopskenmerken van ODD of CD.
 - Bestaande negatieve cognities en interactiepatronen vanuit ouders over het kind.
 - Invloed van de leefomgeving en de groep leeftijdgenoten.
 - Hoe ouders, het kind of de jongere de diagnose beleven en wat ze uit zowel de naaste als wijdere omgeving aan reacties kunnen verwachten.
 - Behandel mogelijkheden, zowel psychologische behandelmethoden als farmacotherapie: wat is het doel, welk effect mag worden verwacht, welke fasering is mogelijk?
 - Bronnen van aanvullende informatie zoals boeken, artikelen, foldermateriaal van beroepsverenigingen, websites, belangenverenigingen.
 - Mogelijke ontlastende interventies zoals logeeropvang, gezinshulp, naschoolse opvang.
- Deze informatie moet zo veel mogelijk aansluiten op het kennisniveau van ouders en kind of jongere. Ook verdient het aanbeveling de meer algemene informatie zo specifiek mogelijk toe te snijden op de diagnostiek van het kind of de jongere. De informatie wordt bij voorkeur inzichtelijk gemaakt aan de hand van ervaringen uit de dagelijkse praktijk van ouder en kind of jongere. Aanvullende digitale vormen van psycho-educatie zowel voor ouders als voor kinderen en jongeren sluiten aan op actuele methoden van kennisoverdracht. Ook biedt digitale psycho-educatie kansen om te toetsen of er voldoende begrip en kennis aanwezig is alvorens te starten met behandelingen.

Ouderbegeleiding

Ouderbegeleiding biedt ondersteuning aan het gezin bij het verkrijgen van hulpverlening door bijvoorbeeld de jeugdzorg en is een methodische vorm van werken gericht op het vergroten van ouderlijke opvoedvaardigheden. Er is geen empirisch bewijs voor het effect van ouderbegeleiding.

Aanbevelingen ouderbegeleiding

- Laat bij gezinnen met complexe problematiek (individuele problemen van ouders, relatieproblemen) psycho-educatie overgaan in ouderbegeleiding. Het versterken van de opvoedingsvaardigheden kan individueel goed afgestemd worden op de wisselende behoeften van het gezin.
- Wees bij langlopende ouderbegeleiding alert op het stellen van behandeldoelen en op regelmatige evaluatie van het behandelproces zowel met het team als de ouders.
- Gebruik ouderbegeleiding voor het creëren van behandelvoorwaarden, door ondersteuning te bieden aan het gezin bij de oplossing van praktische problemen van het leven van alledag, zoals het krijgen van toegang tot financiële ondersteuning en het organiseren van andere hulpverlening.

Oudertraining

De oudertraining (*behavioral parent training*) is een individuele of groepsgewijs aangeboden gedragstherapeutische methode die beoogt het gedrag van het kind in de alledaagse leefsituatie te beïnvloeden door het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Tot de vaardigheden die ouders leren te gebruiken, behoren specifiek prijzen, het gebruik maken van een beloningskaart, het leren formuleren van probleemgedrag in het positieve tegendeel, het negeren van milde vormen van ongewenst gedrag, het toepassen van time-out en negatieve consequenties voor ongewenst gedrag. Ook het vergroten van de sensitiviteit van ouders voor de signalen van het kind of de jongere, het verbeteren van de ouder-kindrelatie en het bevorderen van een positiever gezinsklimaat vormen cruciale onderdelen van de oudertraining. Het effect van de oudertraining is overtuigend aangetoond bij jonge kinderen en bij kinderen tot 12 jaar.

Aanbevelingen oudertraining

- Zet een oudertraining in als standaardonderdeel van de behandeling van kinderen met ODD of CD, en op indicatie ook bij ouders van jongeren met ODD of CD. Bij jongeren kan de oudertraining deel uitmaken van een systemische behandeling.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.
- Besteed extra aandacht aan het motiveren van ouders voor een oudertraining: ouders moeten begrijpen waarom zij moeten investeren terwijl het kind de gedragsproblemen heeft.
- Besteed aandacht aan belemmerende factoren zoals persoonlijke problemen van de ouders (psychiatrische stoornis) en ouderlijke disharmonie.

- Bewaak in groepsbehandelingen de aanwezigheid van een prosociale attitude van de diverse deelnemers.
- Bied ouders die zichzelf niet in staat achten in groepen te functioneren, een individuele interventie aan.
- Bied opfrisbijeenkomsten aan bij het opnieuw voorkomen van ernstige gedragsproblemen en bij hernieuwde handelingsverlegenheid van de ouders.
- Betrek zo nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandel-effect op school te bereiken.

Cognitieve gedragstherapie

In de cognitieve gedragstherapie, gegeven in individueel of in groepsverband, leren kinderen en jongeren de intenties van anderen adequater te beoordelen, verschillende oplossingen voor sociale problemen te bedenken, de korte- en langetermijngevolgen van die oplossingen te voorspellen en de meest gepaste oplossing te kiezen en uit te voeren. Ook leren ze emoties bij anderen en zichzelf te herkennen, in het bijzonder het gevoel van boosheid, en ze leren hun boosheid beter te beheersen. Het effect van de cognitieve gedragstherapie is aangetoond, vooral vanaf de leeftijd van 8 jaar.

Aanbevelingen cognitieve gedragstherapie

- Zet bij ernstige vormen van ODD en CD cognitieve gedragstherapie in bij kinderen vanaf 8 jaar en bij jongeren, echter steeds in combinatie met een interventie gericht op de ouders: bij kinderen in combinatie met een oudertraining of ouderbegeleiding, bij jongeren in de context van een systemische interventie.
- Zet ook de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie in als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.
- Wees bij jongeren bedacht op *deviancy training* (het van elkaar leren van de verkeerde dingen) wanneer cognitieve gedragstherapie in groepsverband wordt gegeven, vooral wanneer de groepen homogeen zijn samengesteld. Therapeuten dienen daarom te beschikken over specifieke vaardigheden om deviancy training te voorkomen.
- Betrek indien nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandel-effect op school te bereiken.

Combinatie oudertraining-CGT-school

De combinatie van oudertraining en cognitieve gedragstherapie werd ontwikkeld om een voldoende effect te bereiken bij ernstige vormen van ODD en CD, vooral op de kinderleeftijd. Het is nodig om de school bij de behandeling te betrekken wanneer de gedragsproblemen zich aldaar manifesteren.

Aanbevelingen oudertraining-CGT-school

- Overweeg de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ODD en/of CD vanaf 8 jaar, zeker bij ernstige vormen van ODD en CD, maar ook indien het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Betrek indien nodig de school bij de behandeling om generalisatie van het behandelresultaat op school te bereiken.

Systemische behandelingen

Systemische behandelingen richten zich op de complexe problematiek die kenmerkend is voor jongeren vanaf 13 jaar met ODD of CD. In systemische behandelingen is er aandacht voor de negatieve invloed van leeftijdgenoten, de dreigende schooluitval, het voorkomen van middelengebruik en -misbruik, en van delinquentie. Specifieke technieken zijn ontwikkeld voor het motiveren zowel van jongeren vanwege hun sterke autonomiebehoefte, als van de ouders die neigen tot afhaken vanwege jarenlang bestaande gedragsproblemen van de jongere. Systemische behandelingen bevatten elementen uit oudertrainingen, cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie. Onder systemische behandelingen worden hier ook gezinsinterventies verstaan waarbij andere systemen betrokken worden vanwege hun rol in het in stand houden van het probleemgedrag. Het effect van systemische behandelingen is aangetoond.

Aanbevelingen systemische behandeling

- Zet bij jongeren een systemische behandeling standaard in, ook wanneer behalve ODD en CD tevens delinquentie en middelengebruik of afhankelijkheid voorkomen.
- Maak gebruik van een behandelprogramma met bewezen effectiviteit.

5.3 Farmacotherapie

Farmacotherapeutische ondersteuning bij ODD en CD heeft drie mogelijke doelen.

- De afname van symptomen van ODD en CD.
- De afname van de symptomen van comorbide stoornissen.
- Patiënten meer toegankelijk maken voor andere interventies. Dit omdat zij via medicamenteuze interventies bijvoorbeeld meer aandacht of een verbeterde impulscontrole hebben.

Uit reviews en meta-analyses blijkt dat medicamenteuze behandeling effectief is. Desondanks dient de overweging om medicatie te geven bij kinderen met ODD en CD niet lichtzinnig te worden genomen.

Uitgangsvragen

- Wat is de effectiviteit van psychostimulantia bij ODD en CD? (Paragraaf 2.)
- Wat is de effectiviteit van atomoxetine bij ODD? (Paragraaf 3.)
- Wat is de effectiviteit van antipsychotica bij ODD en CD? (Paragraaf 4.)
- Wat is de effectiviteit van stemmingsstabilisatoren bij ODD en CD? (Paragraaf 5.1.)
- Wat is de effectiviteit van alpha-adrenerge stimulantia bij ODD en CD? (Paragraaf 5.2.)
- Wat is de effectiviteit van antidepressiva bij ODD en CD? (Paragraaf 5.3.)
- Wat is bekend over gebruik van benzodiazepines bij ODD en CD? (Paragraaf 5.4.)

Psychostimulantia

Het effect van psychostimulantia op symptomen van ODD en CD is overtuigend aangetoond wanneer comorbiditeit met ADHD voorkomt. Bij jonge kinderen geldt dit in het bijzonder voor methylfenidaat.

Aanbevelingen psychostimulantia

- Zet psychostimulantia in wanneer kinderen en jongeren bij comorbiditeit met ADHD in hun functioneren ernstig belemmerd worden.
- Overweeg psychostimulantia wanneer kinderen en jongeren veel symptomen van ADHD vertonen, maar onvoldoende om de diagnose te stellen, en in hun functioneren ernstig belemmerd worden.
- Verwacht bij comorbiditeit met ADHD, of bij het voorkomen van veel ADHD-symptomen zonder diagnose, een gunstig effect van psychostimulantia op symptomen van ODD en CD.
- Overweeg psychostimulantia wanneer geen effect bereikt wordt met psychologische behandelingen terwijl kinderen en jongeren in hun functioneren ernstig belemmerd blijven, ook wanneer weinig of geen ADHD-symptomen voorkomen.

- Combineer behandeling met psychostimulantia steeds met een psychologische behandeling of op zijn minst met ouderbegeleiding.
- Besteed tijdens behandeling met psychostimulantia bijzondere aandacht aan de monitoring van de inname, om onregelmatige inname en misbruik te vermijden.

Atomoxetine

Het effect van atomoxetine op symptomen van ODD en CD bij comorbiditeit met ADHD is niet overtuigend aangetoond; het effect op ADHD-symptomen is aangetoond.

Aanbevelingen atomoxetine

- Zet atomoxetine in wanneer kinderen en jongeren bij comorbiditeit met ADHD in hun functioneren ernstig belemmerd worden en onvoldoende effect van psychostimulantia wordt bereikt, of wanneer psychostimulantia ernstige bijwerkingen hebben.
- Verwacht bij comorbiditeit met ADHD niet noodzakelijk een effect van atomoxetine op de symptomen van ODD en CD.
- Overweeg atomoxetine wanneer geen effect bereikt wordt met psychologische behandelingen terwijl kinderen en jongeren in hun functioneren ernstig belemmerd blijven, ook wanneer weinig of geen ADHD-symptomen voorkomen.
- Combineer behandeling met atomoxetine steeds met een psychologische behandeling of op zijn minst met ouderbegeleiding.
- Besteed tijdens de behandeling met atomoxetine bijzondere aandacht aan het optreden van suïcidale ideaties als bijwerking.

Antipsychotica

Het effect van antipsychotica op agressief gedrag is aangetoond. Thans worden vooral atypische antipsychotica voorgeschreven. Gewichtstoename is een belangrijke bijwerking van deze middelen. Ook is er onzekerheid over het risico voor hart- en vaatziekten en diabetes op langere termijn.

Aanbevelingen antipsychotica

- Overweeg een atypisch antipsychoticum bij ernstige vormen van agressief gedrag die niet reageren op psychologische behandelingen, psychostimulantia of atomoxetine.
- Wees terughoudend met het starten van een behandeling met een atypisch antipsychoticum vanwege de bijwerkingen: op korte termijn gewichtstoename en op langere termijn onzekerheid over het risico op hart- en vaatziekten en diabetes.
- Spreek daarom een behandelperiode af van drie maanden of maximaal zes maanden waarna de behandeling wordt afgebouwd.

- Combineer een atypisch antipsychoticum voor de afname van agressief gedrag steeds met een psychologische behandeling.

Stemmingsstabilisatoren

Er zijn aanwijzingen dat valproaat en lithium enig effect hebben op de symptomen van ODD en CD.

Aanbevelingen stemmingsstabilisatoren

- Overweeg valproaat als medicatie bij agressie als er sprake is van epilepsie of temporale afwijkingen.
- Overweeg in uitzonderlijke gevallen lithium als behandeling tegen agressief gedrag. Stel in op lithium in klinisch verband, gezien de intensieve monitoring.
- Carbamazepine dient niet als middel voor behandeling van ODD en CD te worden ingezet.

Aanbevelingen overige medicatie

- Overweeg clonidine alleen bij comorbiditeit met ADHD voor de behandeling van ADHD. Echter, grote voorzichtigheid is geboden bij cardiaal belaste patiënten.
- Overweeg inzet van antidepressiva bij ODD- en CD-patiënten die comorbide stemmingsstoornissen hebben.
- Houd bij inzet van antidepressiva bij kinderen en jongeren met comorbide stemmingsstoornissen rekening met mogelijke suïcidaliteit en suïcidale ideatie.
- Overweeg inzet van benzodiazepines alleen in situaties waarbij de patiënt door onrust en/of agressie een direct gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Die behandeling dient altijd kort te zijn, met het oog op mogelijke verslaving aan benzodiazepines.

5.4 Behandelmethoden op elkaar afstemmen

Farmacotherapie en psychologische behandelingen kunnen met elkaar gecombineerd worden. Hierbij wordt met de ouders, het kind en de jongere afgesproken dat na de start en de evaluatie van het effect van de farmacotherapie de psychologische behandeling een aanvang zal nemen. Maar men kan ook starten met een psychologische behandeling en farmacotherapie achter de hand houden. Farmacotherapie wordt dan pas ingezet wanneer symptomen van ODD, CD of ADHD niet of onvoldoende beïnvloed worden door de psychologische behandeling. Klinische ervaring wijst erop dat psychologische behandelingen van kinderen en jongeren met ODD of CD bij comorbiditeit met een ernstige vorm van ADHD meer kans hebben effectief te zijn wanneer de symptomen van ADHD door farmacotherapie gunstig worden beïnvloed.

Aanbevelingen behandelmethoden op elkaar afstemmen

- Bied als eerste stap in de behandeling psycho-educatie aan voor de ouders. Voorafgaand aan, of in de loop van de behandeling is psycho-educatie aangepast aan het ontwikkelingsniveau ook aangewezen voor kinderen en jongeren.
- Wanneer het gezin ondersteuning behoeft om een behandeling mogelijk te maken, bied dan eerst ouderbegeleiding aan.
- Bied aan de ouders van kinderen jonger dan 6 jaar een oudertraining aan. Vul die indien nodig aan met methylfenidaat voor het kind wanneer ook ADHD voorkomt die onvoldoende beïnvloed wordt door de oudertraining.
- Bied aan de ouders van kinderen tussen 6 en 12 jaar zonder comorbiditeit met ADHD een oudertraining aan. Overweeg bij onvoldoende effect psychostimulantia, vooral als er enkele symptomen van ADHD voorkomen.
- Bied aan de ouders van kinderen tussen 6 tot 12 jaar met ODD of CD en comorbiditeit met ADHD een oudertraining aan. Vul de behandeling aan met psychostimulantia of atomoxetine wanneer het kind in zijn of haar functioneren ernstig belemmerd wordt door de symptomen van ADHD.
- Zet de combinatie van oudertraining met cognitieve gedragstherapie in bij kinderen met ODD of CD (al dan niet met ADHD) vanaf 8 jaar, zeker wanneer sprake is van ernstige vormen van ODD of CD, maar ook als het voor ouders essentieel is om het kind zelf actief aan de behandeling te laten deelnemen.
- Bied aan jongeren vanaf 13 jaar en hun ouders een systemische behandeling aan.
- Bied aan jongeren vanaf 13 jaar en hun ouders een systemische behandeling aan aangevuld met psychostimulantia of atomoxetine voor de jongere wanneer het functioneren van de jonger ernstig belemmerd wordt door de symptomen van ADHD.
- Overweeg een kortdurende behandeling met een atypisch antipsychoticum wanneer ondanks een psychologische behandeling en psychostimulantia of atomoxetine ernstige vormen van fysiek agressief gedrag blijven voorkomen bij kinderen en jongeren.
- Besluit tot klinische behandeling in situaties van ernstig gevaar voor anderen, het kind of de jongere.
- Overweeg behandeling in (dag)klinisch verband wanneer onvoldoende effect wordt bereikt met poliklinische behandeling, of wanneer er ernstige belemmeringen zijn voor de deelname aan een poliklinische behandeling door het gezin.

Literatuur

- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe.
- Matthys, W., & Lochman, J.E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Moffitt, T.E., & Scott, S. (2009). Conduct disorders of childhood and adolescence. In M. Rutter, D.V.M. Bishop, D.S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 543-564). Oxford: Blackwell Publishing.

Dit is een samenvatting van de *Richtlijn oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren*.

De complete richtlijn (196 pagina's) is verkrijgbaar via www.tijdstroom.nl en de (online) boekhandel.

ISBN 978 90 5898 243 8; € 20.