

Inhoud

Inleiding	15
<i>Johan Vanderfaeillie, Hans Grietens & Bea Maes</i>	
Literatuur	22
1. Kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele problemen	23
<i>Hans Grietens, Guy Bosmans & Dieter Baeyens</i>	
1.1 Inleiding	23
1.2 Wat zijn gedrags- en emotionele problemen?	24
1.2.1 Terminologie	24
1.2.2 Aandachtspunten bij het definiëren van gedrags- en emotionele problemen	25
1.2.2.1 Het ontwikkelingsperspectief	25
1.2.2.2 De continuümgedachte	26
1.2.2.3 De context	26
1.2.2.4 De informant	26
1.3 Classificatie van gedrags- en emotionele problemen	27
1.3.1 Klinisch-psychiatrische classificatiesystemen	28
1.3.2 Empirisch-statistische classificatiesystemen	29
1.4 Epidemiologisch onderzoek naar gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren	31
1.5 Etiologie van gedrags- en emotionele problemen	34
1.5.1 Hoe zien verklaringssystemen eruit?	34
1.5.2 Biologische factoren	36
1.5.3 Leerervaringen	38
1.5.4 De invloed van biologische factoren en leerervaringen op de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen	42
1.6 Diagnostiek van gedrags- en emotionele problemen	45
1.6.1 Onderkende of classificerende diagnostiek	45

1.6.2	Verklarende diagnostiek	46
1.6.3	(Be)handelingsgerichte diagnostiek	46
1.7	Behandeling van gedrags- en emotionele problemen	47
1.7.1	Algemene aspecten van behandeling	47
1.7.2	Theoretische perspectieven op behandeling	48
	Literatuur	53
2.	Kinderen en jongeren met een leerstoornis	59
	<i>Pol Ghesquière & Wied Ruijsenaars</i>	
2.1	Leerstoornissen zijn specifieke leerproblemen	59
2.2	Definitie en classificatie	61
2.3	Prevalentie van leerstoornissen	64
2.4	Comorbiditeit met andere stoornissen	65
2.5	Oorzaken van leerstoornissen	67
2.5.1	Genetische benadering	68
2.5.2	Neuro(psycho)logische benadering	69
2.5.3	Cognitieve benadering	71
2.6	Diagnostiek	75
2.7	Behandeling	77
	Literatuur	80
3.	Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking	85
	<i>Bea Maes</i>	
3.1	Inleiding	85
3.2	Definitie	87
3.3	Sociaal-ecologisch referentiekader	89
3.4	Terminologie	90
3.5	Prevalentie	91
3.6	Etiologie	92
3.7	Diagnostiek	95
3.7.1	Intelligentie	96
3.7.2	Adaptief gedrag	97
3.8	Classificatie	98
3.9	Visies en modellen	100
3.10	Begeleiding en ondersteuning	103
3.10.1	Cognitieve vaardigheden en adaptief gedrag	104
3.10.2	Participatie	105
3.10.3	Gezondheid	107
3.10.4	De context	109

3.11 Besluit	111
Literatuur	112
4. Kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis	117
<i>Peter Vermeulen & Ilse Noens</i>	
4.1 Inleiding	117
4.2 Classificatie en terminologie	119
4.3 Prevalentie	122
4.4 Autisme op vier niveaus	123
4.4.1 Gedragskenmerken van autisme	123
4.4.1.1 Stoornis in sociale interactie	124
4.4.1.2 Stoornis in communicatie	126
4.4.1.3 Stoornis in verbeelding	128
4.4.1.4 Een beperkt, repetitief en stereotiep gedrags-, interesse- en activiteitenpatroon	129
4.4.1.5 Bijkomende problemen	129
4.4.2 Cognitieve aspecten van autisme	130
4.4.2.1 Theory of mind	131
4.4.2.2 Executieve functies	132
4.4.2.3 Centrale coherentie	134
4.4.3 Neurobiologische aspecten van autisme	136
4.4.4 Genetische aspecten van autisme	137
4.5 Screening en diagnostiek	137
4.5.1 Onderkennende diagnostiek	138
4.5.1.1 Screening	138
4.5.1.2 Diagnostisch protocol	140
4.5.1.3 Differentiaaldiagnostiek en comorbiditeit	143
4.5.2 Verklarende diagnostiek	145
4.5.3 Handelingsgerichte diagnostiek	146
4.6 Opvoeding, onderwijs en hulpverlening	148
4.6.1 Eerstegraadsstrategie: een autismevriendelijk klimaat	150
4.6.2 Tweedegraadsstrategie: aanvullende therapieën en be- handelingen	153
4.6.3 Derdegraadsstrategie: vraaggestuurd aanbod	155
Literatuur	155
5. Kinderen en jongeren met een auditieve beperking¹	163
<i>Gerrit Loots & Marleen De Sloovere</i>	
5.1 Inleiding	163

5.2	Beschrijving van de doelgroep	165
5.2.1	Audiologische classificatie	166
5.2.1.1	Indeling volgens de graad van het gehoorverlies	166
5.2.1.2	Indeling volgens de aard van het gehoorverlies	168
5.2.1.3	Screening en diagnostiek	171
5.2.2	Orthopedagogische classificatie	172
5.3	Opvoeding en onderwijs	173
5.3.1	De geschiedenis van de dovenpedagogiek	174
5.3.2	De pedagogische kracht van de dovencultuur: een voorbeeld	180
5.3.3	Huidige ontwikkelingen in opvoeding en onderwijs: van een of/of-mentaliteit naar een en/en-benadering	183
	Literatuur	184
6.	Kinderen en jongeren met een visuele beperking	193
	<i>Paul Looijestijn</i>	
6.1	Inleiding: de noodzaak tot een nieuw paradigma	193
6.2	De ICF van de WHO als startpunt voor een nieuw paradigma	195
6.3	De oogheelkundige-optometrische benadering van slechtziendheid	196
6.4	De neurologische en neuropsychologische benadering van slechtziendheid	201
6.5	De ecologische én cliënt-centrale benadering van slechtziendheid	208
6.6	De pedagogische benadering van slechtziendheid	214
6.7	ICF-gebaseerde methode Visueel Profiel	217
	Literatuur	217
7.	Kinderen en jongeren met een fysieke beperking	221
	<i>Veerle Soyez & Johan Vanderfaellie</i>	
7.1	Inleiding	221
7.2	Terminologie	223
7.3	Definiëring, oorzaken en classificatie	225
7.3.1	Neurologische aandoeningen	226
7.3.1.1	Cerebrale parese	226
7.3.1.2	Hydrocefalie	228
7.3.1.3	Neuraalbuisdefecten	229
7.3.1.4	Poliomyelitis	231
7.3.1.5	Niet-aangeboren hersenletsels (NAH)	231
7.3.2	Musculaire problemen	234

7.3.2.1	Spierdystrofie	235
7.3.2.2	Spieratrofie	236
7.3.3	Orthopedische problemen	236
7.3.3.1	Amputatie	236
7.3.3.2	Juvenile idiopathische artritis	237
7.3.3.3	Osteogenesis imperfecta	238
7.4	Prevalentie	239
7.5	Opvoeding en onderwijs	240
7.5.1	Opvoeding	240
7.5.1.1	Gedrags- en emotionele problemen	240
7.5.1.2	Leren en leerproblemen	242
7.5.1.3	Communicatie	243
7.5.1.4	Seksuele problemen	244
7.5.1.5	Problemen bij de ouders	245
7.5.1.6	Opvoedingsproblemen	246
7.5.2	Onderwijs	248
7.6	Diagnostiek en behandeling	248
7.6.1	Diagnostiek	249
7.6.2	Behandeling	250
7.6.2.1	Doman-Delacato	252
7.6.2.2	Bobath	253
7.6.2.3	Vojta	254
7.6.2.4	Le Gay Brereton	255
7.6.2.5	Petö	255
7.6.2.6	Functionele training	256
7.6.2.7	Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT)	257
7.6.2.8	Diepe hersenstimulatie (DBS)	258
7.6.2.9	Orthopedagogische interventie	258
	Literatuur	259
8.	Zieke kinderen en jongeren	263
	<i>Johan Vanderfaellie & Katja Petry</i>	
8.1	Inleiding	263
8.2	Casus	264
8.3	Definities en terminologie	265
8.3.1	Gezondheid versus ziekte	265
8.3.2	Acute pediatrie ziekten	265
8.3.3	Chronische ziekten	266
8.3.4	Psychosomatiek en somatoforme aandoeningen	266
8.4	Classificatie	267

8.4.1	De ene ziekenhuisopname is de andere niet	267
8.4.2	Classificatie van chronische ziekten	268
8.4.2.1	Hart- en ademhalingsmoeilijkheden	268
8.4.2.2	Bloedziekten	270
8.4.2.3	Kanker	271
8.4.2.4	Diabetes	272
8.4.2.5	Obesitas	274
8.4.2.6	Epilepsie	276
8.4.2.7	Chronische nierproblemen	277
8.4.2.8	Chronische inflammatoire darmaandoeningen	278
8.5	Prevalentie en voorkomen	278
8.5.1	Prevalentie en voorkomen van een opname in een ziekenhuis	278
8.5.1.1	Evoluties in de kindergeneeskunde en het ziekenhuiswezen	278
8.5.1.2	Factoren die bijdragen tot een opname	281
8.5.2	Prevalentie en voorkomen van chronische ziekten	282
8.6	Gevolgen	283
8.6.1	Gevolgen van een hospitalisatie	283
8.6.2	Gevolgen van een chronische ziekte	284
8.7	Diagnostiek en behandeling	287
8.7.1	Diagnostiek en behandeling van het gehospitaliseerde kind	288
8.7.1.1	Orthopedagogisch handelen	288
8.7.1.2	Orthopedagogische vragen en antwoord	288
8.7.2	Diagnostiek en behandeling van het chronisch zieke kind	292
8.7.2.1	Diagnostiek van het chronisch zieke kind	292
8.7.2.2	Orthopedagogisch handelen	294
8.8	Onderwijs aan zieke en chronisch zieke kinderen	295
8.9	Bij wijze van afronding	295
	Literatuur	296
9.	Delinquente jeugdigen	299
	<i>Annemiek T. Harder & Erik J. Knorth</i>	
9.1	Inleiding	299
9.2	Definitie en terminologie	300
9.3	Epidemiologisch onderzoek naar delinquent gedrag van minderjarigen	302
9.3.1	Prevalentie	303
9.3.1.1	Jeugdigen onder de 12 jaar	304
9.3.1.2	Jeugdigen van 12 tot 18 jaar	305

9.3.1.3	Jeugdigen van 18 tot 25 jaar	305
9.3.1.4	Typen delinquent gedrag	306
9.3.1.5	Trends en ontwikkelingen in jeugddelinquentie	308
9.3.2	Subgroepen naar frequentie van delinquent gedrag	308
9.4	Ontwikkeling en oorzaken van jeugddelinquentie	309
9.4.1	Ontwikkelingspaden van delinquent gedrag	310
9.4.2	Risico- en beschermende factoren	311
9.5	Diagnostiek van jeugddelinquentie	313
9.5.1	Risicotaxatie voor delinquent gedrag bij jeugdigen tot 18 jaar	314
9.5.2	Risicotaxatie voor delinquent gedrag bij jeugdigen van 18 tot 25 jaar	315
9.6	Interventies voor delinquente jeugdigen	316
9.6.1	Typen interventies	317
9.6.2	Effectiviteit van interventies	322
9.6.2.1	Wat werkt in de hulpverlening aan jeugdigen?	322
9.6.2.2	Wat werkt bij delinquent gedrag?	323
9.7	Tot besluit	324
	Literatuur	325
10.	Minderjarige slachtoffers van mishandeling en verwaarlozing	331
	<i>Hans Grietens</i>	
10.1	Inleiding	331
10.2	Definities en vormen van kindermishandeling	332
10.2.1	Het probleem van definities	332
10.2.2	Algemene definities	335
10.2.3	Vormen van kindermishandeling	336
10.2.3.1	Fysieke mishandeling	337
10.2.3.2	Verwaarlozing	338
10.2.3.3	Emotionele mishandeling	338
10.2.3.4	Seksueel misbruik	339
10.2.3.5	Getuige zijn van huiselijk geweld	339
10.3	Omvang van kindermishandeling	340
10.4	Verklaringen over het ontstaan van kindermishandeling	342
10.4.1	Van monofactoriële naar multifactoriële modellen	342
10.4.2	De persoon van de ouder	345
10.4.3	Integratieve modellen	346
10.5	Gevolgen van kindermishandeling	349
10.5.1	Kortetermijngevolgen	349
10.5.2	Langetermijngevolgen	354

10.6	Risicotaxatie en preventie van kindermishandeling	356
10.6.1	Primaire preventie	356
10.6.2	Secundaire preventie	357
10.6.3	Tertiaire preventie	359
10.7	Aanpak van kindermishandeling	359
	Literatuur	362
11.	Vluchtelingenkinderen en -jongeren	369
	<i>Lucia De Haene, Gerrit Loots & Ilse Derluyn</i>	
11.1	Vluchtelingenkinderen en -jongeren: een situering	369
11.2	Gedwongen migratie: een traumatische cluster van stressoren	370
11.2.1	Een chronologisch perspectief: fasen van het gedwongen migratieproces	371
11.2.2	Een psychosociaal perspectief: kernthema's doorheen het gedwongen migratieproces	373
11.3	De impact van gedwongen migratie op de ontwikkeling en het psychosociaal functioneren van vluchtelingenkinderen en -jongeren	375
11.3.1	Een kwetsbare ontwikkeling: onderzoek naar de prevalentie van psychosociale problemen bij vluchtelingenkinderen en -jongeren	375
11.3.2	Kritieken op de dominante symptoombenadering in vluchtelingenonderzoek	376
11.3.2.1	Een monocausaal perspectief op trauma tijdens gedwongen migratie	377
11.3.2.2	Een nadruk op kwetsbaarheid bij vluchtelingenkinderen	378
11.3.2.3	Een aanspraak op universele geldigheid van westerse diagnostische kaders	380
11.3.2.4	Een individualiserend perspectief op psychosociaal lijden	381
11.4	Ontwikkeling in context: vluchtelingengezinnen	383
11.5	Een bijzondere groep vluchtelingenjongeren: niet-begeleide buitenlandse minderjarigen	386
11.5.1	Situering	386
11.5.2	Psychosociaal welzijn van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen	388
11.6	Pijlers en krachtlijnen in de psychosociale begeleiding van vluchtelingenkinderen en -jongeren	390
	Literatuur	393

De doelgroepen nader bekeken	399
<i>Johan Vanderfaeillie, Bea Maes & Hans Grietens</i>	
Literatuur	407
Auteurs	409
Zaakregister	411

1. Kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele problemen

Hans Grietens, Guy Bosmans & Dieter Baeyens

1.1 Inleiding

Kinderen¹ met gedrags- en emotionele problemen staan sterk in de belangstelling. Ouders en leerkrachten vragen zich zuchtend af of de kinderen van nu meer problemen hebben dan vroeger, de media zien brood in dit onderwerp en brengen allerlei reportages over deze kinderen en hun gezinnen. Wie zijn deze kinderen, hoeveel zijn er, wat zijn de oorzaken van hun problemen en hoe moeten deze problemen worden behandeld? We beginnen deze bijdrage met enkele voorbeelden die de veelheid aan gedrags- en emotionele problemen illustreren.

Koen is 10 jaar, leerling in het regulier onderwijs. Alle relaties tussen Koen en andere personen lijken spaak te lopen. Elke dag zijn er wel conflicten met klasgenootjes: bij het naar binnen gaan op school trekt Koen aan de jas van het kind vóór hem, in de klas beschuldigt hij het kind naast hem van diefstal van een balpen, tijdens de speeltijd vecht hij. Koen kan niet samen met anderen voetballen. Plots neemt hij dan de bal op, loopt ermee weg of gooit de bal op het dak. Koen kan geen spelregels aanvaarden. Na enkele minuten is het steevast ruzie. Dat gaat gepaard met stompen, duwen, trekken en slaan. Koen wordt bij het minste kwaad, soms is zijn woede zo groot dat de leerkracht hem moet vasthouden opdat hij andere kinderen niet zou verwonden. Koen neemt binnen de klasgroep een erg geïsoleerde positie in. Hij zit alleen op een bank, want naast iemand zitten loopt altijd verkeerd af. Koen wordt door klasgenootjes nooit op verjaardagsfeestjes uitgenodigd. Toen hij één keer toch werd uitgenodigd, maakte hij onmiddellijk al het speelgoed uit de zandbak van zijn klasgenootje stuk. De leerkracht zegt: “Ik heb geen vat op dit kind.”

1. In dit hoofdstuk gebruiken we de term ‘kinderen’ als overkoepelende term voor kinderen en jongeren.

Maureen, 7 jaar, is zeer angstig. Zij mijdt elk contact met leeftijdgenoten. Ze weigert naar school te gaan als ze bang is dat ze iets niet kan of niet meer weet wat ze geleerd heeft. Maureen heeft inslaapproblemen, ze roept dan paniekerig om haar ouders. Regelmatig klaagt ze ook van buik- en hoofdpijn. Psychosoma- tisch, zegt de huisarts.

Jan is 14 jaar. Hij vertoont ‘dwangverschijnselen’. Iedere dag, telkens op het- zelfde tijdstip, verplicht hij zijn huisgenoten stil te blijven staan op een be- paalde plek in de huiskamer. Er mag dan niet worden bewogen of gesproken. Jan spreekt dan allerlei vreemde ‘magische formules’ uit, waarbij hij trage ge- baren met de armen maakt. Als dit ritueel wordt onderbroken, wordt Jan zeer zenuwachtig en eist hij dat ze opnieuw beginnen. Alles moet in exact dezelfde volgorde worden herhaald. Jan weet wel dat zijn handelingen bizar zijn. Hij ziet het vreemde karakter van zijn gedrag in, maar kan er niet mee stoppen. Het overvalt hem.

Lies heeft in haar bed en in de garage brand gesticht. Lies is 10 jaar oud, ze is een stil, onopvallend kind. Ze voelt zich door het minste tekortgedaan en reageert dan door allerlei dingen stuk te maken of brand te stichten. Als ze niet naar haar lievelingsprogramma mag kijken op de televisie omdat iemand anders een ander programma wil zien, verdwijnt ze stilletjes. Achteraf blijkt ze een zestal flessen mineraalwater te hebben stukgemaakt. Toen een tante een geschenkje meebracht voor haar broertje en voor haar, maar eerst het pakje aan het broer- tje gaf, probeerde ze een uur later brand te stichten in de garage.

Toen de ouders van de vijftienjarige Danny op consultatie kwamen, waren ze hopeloos. Danny was in de loop van het schooljaar al op twee scholen wegge- stuurd. Op de ene school omdat hij betrappt was op het verhandelen van hasj, op de andere omdat hij betrappt was toen hij seks had met een meisje op de toilet- ten. Thuis hadden de ouders over Danny niets meer te zeggen. Zijn moeder had hij al meerdere keren geslagen en telkens wanneer zijn vader dreigde met een straf, bracht hij zijn vader in hopeloze situaties door belangrijke voorwerpen, zoals zijn bril of zijn autosleutels, weg te stoppen of stuk te maken.

1.2 Wat zijn gedrags- en emotionele problemen?

1.2.1 Terminologie

In de literatuur (zie onder meer: Mash & Barkley, 1998; Mash & Terdal, 1997; Quay & Hogan, 1999; Van der Ploeg, 1997; Verhulst & Verheij, 2000) vindt men behalve de termen ‘gedrags- en emotionele problemen’ ook termen als ‘gedragsstoornissen’, ‘probleemgedrag’, ‘emotionele problemen’, ‘emotionele stoornissen’, ‘kinderpsychopathologische stoornissen’, ‘kinderpsychiatrische stoornissen’ en ‘opvoedingsproblemen’.

De term ‘kinderen met gedrags- en emotionele problemen’ gebruiken wij in deze bijdrage als de overkoepelende beschrijvende term voor alle kinderen die zich zichtbaar ongewoon of abnormaal gedragen of die zichtbaar ongewone of abnormale emoties vertonen, en dat afgezien van de ernst, de oorzaak of de context van het gedrag of de emotie. Ook kinderen met (functionele) lichamelijke klachten die onvoldoende verklaard kunnen worden door een lichamelijke ziekte plaatsen wij onder deze noemer.

Binnen de veelheid van gedrags- en emotionele problemen onderscheiden wij lichte, tijdelijke problemen die het kind vertoont als reactie op nieuwe situaties (zoals zeuren en woedebuien als reactie op de geboorte van een broertje of zusje), gedragingen die slechts in bepaalde situaties of bij bepaalde personen voorkomen (bijvoorbeeld: een kind weigert zich te schikken naar de regels van een bepaalde leerkracht), gedragingen die leeftijds- of fasegebonden zijn (bijvoorbeeld: opstandigheid tijdens de puberteit) en ernstige problemen, zoals oppositioneel-opstandig gedrag, aandachtstekortstoornissen of stemmingsstoornissen. Problemen worden ernstig wanneer ze langdurig of blijvend worden, in combinatie voorkomen met andere problemen (bijvoorbeeld: de combinatie van aandachtsproblemen, drukte maken, impulsief zijn), en/of een ernstig lijden tot gevolg hebben bij het kind en/of de directe omgeving.

1.2.2 Aandachtspunten bij het definiëren van gedrags- en emotionele problemen

Gedrags- en emotionele problemen zijn geen eenduidig waarneembare en objectief te identificeren entiteiten. Ze worden op een bepaald moment in de tijd door welbepaalde personen uit de omgeving van het kind in een welbepaalde socio-economische en culturele context opgemerkt en storend, ongewenst of ongewoon genoemd. Alvorens gedrag of emoties als problematisch te benoemen, dient men rekening te houden met het ontwikkelingsperspectief, de continuümgedachte, de context en de informant.

1.2.2.1 Het ontwikkelingsperspectief

Kinderen zijn in volle ontwikkeling. Dat impliceert dat gedrag of emoties die op de ene leeftijd nog adequaat en aangepast worden genoemd, dat op een andere leeftijd niet meer zijn (Verhulst & Verheij, 2000). Ouders en leerkrachten zullen van een kleuter bijvoorbeeld meer verdragen dan van een kind uit het basisonderwijs (bijvoorbeeld: zeurend, eisend, aanklampend gedrag). Ook zullen huilen, woedebuien en druk gedrag bij een kleuter nog vaak worden getolereerd en beschouwd als ‘horend bij de leeftijd’. Het verdisconteren van het

ontwikkelingsperspectief in de beoordeling van probleemgedrag vereist een zeer grote kennis van de normale ontwikkeling van kinderen.

1.2.2.2 **De continuümgedachte**

Met uitzondering van vreemde of erg storende gedragingen zoals automutilatie, stereotypieën en opvallende tics, verschilt het gedrag van kinderen met gedrags- en emotionele problemen kwalitatief meestal niet van het gedrag van normale kinderen. Dat wil zeggen dat deze gedragingen of emoties ook voorkomen bij kinderen zonder gedragsproblemen. Alle kinderen zijn bijvoorbeeld wel eens koppig, opstandig, agressief, angstig, verdrietig, onoplettend of druk. Gedragingen en emoties kunnen echter op een continuüm worden geplaatst naargelang onder meer hun ernst, intensiteit en chroniciteit. Wanneer we dat doen, merken we dat kinderen met gedrags- en emotionele problemen deze gedragingen en emoties frequenter, intenser, langduriger en in verschillende situaties vertonen. Bijvoorbeeld: de woedebuien komen vaker voor, ze zijn heviger, duren langer en zijn niet te stoppen. Waar precies de grens tussen het normale en het problematische dient te worden getrokken, is niet eenvoudig te bepalen en blijft ook voor deskundigen een moeilijke opgave.

1.2.2.3 **De context**

Gedrag en emoties van kinderen mogen niet los worden gezien van de situatie waarin ze zich voordoen. Zo kan het zijn dat een ervaren leerkracht in een goed gestructureerde klassituatie helemaal geen problemen heeft met kinderen die thuis erg moeilijk zijn (bijvoorbeeld: niet luisteren). Maar ook het omgekeerde kan voorkomen. Sommige kinderen zijn in de klas onhandelbaar (omdat ze bijvoorbeeld niet goed kunnen volgen) en hebben thuis geen problemen. Deze voorbeelden illustreren dat de setting, de activiteiten die er gebeuren en de pedagogische aanpak van de betrokken opvoeders een grote impact kunnen hebben op het gedrag van een kind. Dat kan tot gevolg hebben dat een kind in de ene setting wel en in de andere geen problemen zal vertonen. Bij de beoordeling zal men moeten uitzoeken of problemen zich in één of meerdere contexten voordoen.

1.2.2.4 **De informant**

Gedrag en emoties van kinderen mogen evenmin los worden gezien van de beoordelaar. Wie geeft aan dat het kind problemen manifesteert? Soms zullen ouders advies vragen en zeggen dat hun kind thuis zeer lastig en onhandelbaar is, terwijl deskundige observatie en onderzoek van het gedrag van het kind de indrukken van de ouders volledig tegenspreken. Deze tegenstelling tussen hoe

ouders het gedrag en de emoties van hun kind ervaren en de perceptie van gedrag door deskundigen, kan onder meer verklaard worden door onvoldoende inzicht van de ouders in de ontwikkelingsfase van het kind. Anders gesteld: de ouders weten mogelijk niet wat op welke leeftijd mag worden verwacht. Ze schatten daarom het gedrag van hun kind verkeerd in (bijvoorbeeld: ze bestempelen de woedebuien van hun driejarige kleuter als ongepast voor de leeftijd). Daarnaast zou het kunnen zijn dat deze ouders het zelf heel moeilijk hebben (bijvoorbeeld: een van de ouders kampt met een depressie) of dat ze huwelijksproblemen hebben. Hierdoor kunnen ze het normale gedrag van hun kind niet aan en percipiëren ze dat als problematisch. Wanneer ouders problemen hebben met hun kind, kan men steeds stellen dat er opvoedingsproblemen zijn, ook al vertoont het kind in kwestie geen gedrags- of emotionele problemen. In zulke situaties is pedagogisch advies zeker noodzakelijk. Immers, wanneer niet tijdig wordt ingegrepen en de ouders bijvoorbeeld niet wordt geleerd anders naar hun kind te kijken en anders te handelen, kunnen op langere termijn toch gedragsproblemen ontstaan.

1.3 Classificatie van gedrags- en emotionele problemen

De grote verscheidenheid van gedrags- en emotionele problemen noopt tot een indeling of classificatie. Onderzoekers zoeken al verschillende decennia naar een wetenschappelijk verantwoord en bruikbaar classificatiesysteem, en ook nu nog blijft dit vraagstuk zeer actueel. De behoefte aan een degelijk classificatiesysteem is groot en kan zowel het wetenschappelijk onderzoek naar het ontstaan van gedrags- en emotionele problemen als de klinische praktijk (diagnose, behandeling, preventie) nuttige diensten bewijzen.

Classificatie is het systematisch ordenen en groeperen van gedragsproblemen op basis van gelijke eigenschappen en onderlinge relaties. Classificatie is niet hetzelfde als diagnose (Rutter, 2011; Rutter & Taylor, 2002; Verhulst & Verheij, 2000). Bij het classificeren van gedrags- en emotionele problemen wil men een gemeenschappelijke taal ontwikkelen ter bevordering van de onderlinge communicatie tussen professionals (clinici, onderzoekers). Een relevante vraag bij het classificeren van gedragsproblemen kan bijvoorbeeld zijn: verstaan we hetzelfde wanneer we spreken over aandachtsproblemen, dat wil zeggen: verwijzen we naar dezelfde gedragskenmerken? In de diagnostiek zoekt men naar inzicht in de individuele problematiek van een kind. Men wil niet louter de problemen benoemen, maar ook uitzoeken hoe ze ontstaan kunnen zijn en/of in stand gehouden, hoe ze behandeld kunnen worden en wat de prognose is. Op de diagnostiek van gedrags- en emotionele problemen komen we terug in paragraaf 1.6.