

# Handboek jeugdhulpverlening

Deel 1

Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen

Hans Grietens, Johan Vanderfaeillie en Bea Maes (red.)



Acco Leuven / Den Haag

# Inleiding

Johan Vanderfaeillie

Hans Grietens

Bea Maes

Bart is bijna vijf jaar. Zijn ouders hebben de indruk dat Bart zich minder snel ontwikkelt. Bart leert minder vlot dan andere kinderen van zijn klas. Hij kroop later, sprak later en werd later zindelijk dan de meeste kinderen van zijn leeftijd. Bart spreekt nu nog steeds moeilijk verstaanbaar. Hij heeft een beperktere woordenschat. Bart speelt minder lang met zijn speelgoed dan andere kinderen. Zijn spel is repetitiever en eenvoudiger. Het lijkt alsof hij niet steeds begrijpt wat hij met het speelgoed kan doen. Om Bart iets te leren moet het hem vele keren worden voorgedaan. Bart luistert ook niet zo goed. Zijn ouders vinden dat vervelend. Ze hebben het gevoel steeds hetzelfde te moeten zeggen of verbieden. Bart lijkt het niet te onthouden. De ouders van Bart hebben dan ook het gevoel dat ze hem voortdurend in het oog moeten houden. Hij doet vaak gevaarlijke dingen en lijkt dat niet steeds goed te beseffen. De ouders zien Bart heel graag, maar de opvoeding van Bart weegt zwaar op het gezin. De ouders beginnen zich bovendien zorgen te maken over de school. Kan hij volgend jaar naar het eerste leerjaar? De maatschappij staat bovendien niet echt open voor dergelijke kinderen, wat de bezorgdheid van de ouders alleen maar vergroot. Momenteel is Bart nog zeer gelukkig en daar trekken de ouders zich aan op.

De ouders van de veertienjarige Tom zijn radeloos. Voor de tweede keer dit schooljaar wordt hij geschorst wegens probleemgedrag. Niet alleen is hij nooit in orde met zijn schoolwerk, hij is ook vaak onbeleefd tegen de leerkrachten en vecht met andere leerlingen. De minste opmerking van een leerkracht kan aanleiding geven tot agressieve uitbarstingen waarbij zelfs fysiek geweld kan voorkomen. De ouders vinden het heel erg en schamen zich voor Tom. Tegelijkertijd voelen ze zich volledig machteloos. Tom komt en gaat het huis uit wanneer hij wil. Geregeld vinden de ouders dingen in zijn kamer zoals gsm's en hippe kleding waarvan ze niet weten waar deze vandaan komen.

De negenjarige Ruth heeft zeer wisselende resultaten op school. De ene dag is zij bij de besten voor lezen, de andere dag haalt zij een nul op een leestoets. Zij heeft daarenboven moeite met lang stilzitten in de klas, is zeer impulsief en kan zich niet concentreren op de schoolse taken. Haar drukke gedrag viel ook al op in de kleuterschool. De problemen op school beïnvloeden haar sterk. Ze denkt dikwijls al op voorhand een taak niet te kunnen. Ook thuis zegt ze kleine taakjes niet aan te kunnen. Ruth heeft weinig vriendinnetjes. Deze vinden haar wild, eigenzinnig, bazig, ... De ouders vragen zich af of Ruth faalangstig is, of ADHD heeft, of zelfs beide.

De schoolresultaten van de zestienjarige Rachid, een jongen van Marokkaanse afkomst, gaan zienderogen achteruit. Hij spijbelt vaak. Wanneer hij op school is, lijkt hij vaak niet geïnteresseerd. De leerkrachten en de directie zijn radeloos en hebben de ouders uitgenodigd voor een gesprek. Dat verliep omwille van de taalproblemen zeer moeizaam. Rachid stelt ook buiten de school problemen. Hij zit in een groepje dat regelmatig herrie schopt en werd al eens voor verhoor door de politie opgepakt. Rachid wijst zijn ouders af. Hun traditionele Marokkaanse opvoeding met nadruk op gehoorzaamheid, discipline en eerbied voor de Koran vindt hij ouderwets. Zijn ouders begrijpen dat niet. Ze vrezen dat hun zoon hen ontglipt en niet zal kunnen weerstaan aan de verlokkingen van de westerse cultuur (geld, vrijheid, ieder-voor-zich mentaliteit). Ze kunnen dit probleem echter zeer moeilijk bij derden ter sprake brengen en weten ook helemaal niet waar ze ergens terecht zouden kunnen.

Dat zijn slechts enkele voorbeelden van situaties waarin de opvoeding niet vlot verloopt. Natuurlijk zijn er nog vele andere. Er zijn de problemen die ouders en leerkrachten ervaren bij de opvoeding van een doof of blind kind. Soms gebeurt het ook dat ouders zo weinig pedagogisch besef hebben dat ze – al willen ze dat niet en lijden ze er zelf vaak onder – hun kind mishandelen of verwaarlozen. Ook dan wordt gesproken van een problematisch verlopende opvoeding.

In de orthopedagogiek worden de bovenstaande opvoedingssituaties ‘problematische opvoedingssituaties’ genoemd. Een problematische opvoedingssituatie kan worden gedefinieerd als een opvoedingssituatie waarbij opvoeders en/of buitenstaanders menen dat de ontwikkeling van een kind of jongere als gevolg van de opvoeding wordt geschaad en/of dat de opvoeding niet resulteert in het bereiken van gewenste opvoedingsdoelen en dat wordt door de opvoeder en/of buitenstaander als een probleem ervaren. De aanduiding dat zowel een opvoeder als een buitenstaander kan menen dat er iets aan de hand is met de ontwikkeling of de opvoeding impliceert dat een problematische opvoedingssituatie intern of extern kan worden gedefinieerd (Sleutel, 1989). In het geval van een *intern gedefinieerde* problematische opvoedingssituatie:

- (1) Er is een opvoeder X die het wenselijk acht dat de ontwikkeling van opvoeding Y in een bepaalde richting verloopt. Opvoeder X heeft een aantal opvoedingsdoelen die hij al dan niet bewust belangrijk vindt en nastreeft. Het betreft de ontwikkeling van vaardigheden en attitudes zoals schoolse vaardigheden, sociaal aangepast gedrag, het vooruit plannen, het kunnen uitstellen van behoeftebevrediging, geen geweld gebruiken, een werkhouding aannemen enzovoort.
- (2) Opvoeder X heeft het gevoel dat de ontwikkeling van Y niet gunstig verloopt of zal verlopen. X is bijvoorbeeld van mening dat Y, gezien zijn leeftijd, onvoldoende in staat is om bepaalde opdrachten uit te voeren, of de cognitieve vaardigheden mist om te abstraheren en te generaliseren, of niet in staat is zijn wereld te interpreteren in termen van oorzaak en gevolg. Kernpunt is dat X denkt dat er iets mis is of zal

misgaan met de ontwikkeling van Y, beoordeeld vanuit de opvoedingsdoelen die X zich stelt voor de opvoeding van Y.

- (3) Hierbij ziet X geen bevredigende middelen meer om de ontwikkeling van Y gunstig te beïnvloeden. Er is sprake van handelingsverlegenheid bij X. X weet niet goed op welke wijze hij de stagnerende ontwikkeling van Y op een adequate manier kan bijsturen of voorkomen.
- (4) Ten slotte meent X dat hij niet binnen een acceptabele termijn bevredigende middelen zal vinden om de ontwikkeling van Y in de gunstige richting te bevorderen. X mist de verwachting dat hij, zelfstandig of in overleg met medeopvoeders, zijn handelingsverlegenheid zal kunnen oplossen. De opvoedingssituatie waarin X en Y zich bevinden is dus een problematische opvoedingssituatie geworden.

In geval van een *extern gedefinieerde* problematische opvoedingssituatie:

- (1) Er is een buitenstaander Z die het belangrijk vindt dat de ontwikkeling van Y gunstig verloopt. Zo een buitenstaander is bijvoorbeeld een leerkracht, een huisarts of een politiemann. Het betreft personen die door onze maatschappij de opdracht hebben gekregen de ontwikkeling van kinderen en jongeren te bevorderen en/of erop toe te zien dat de ontwikkeling van kinderen niet geschaad wordt.
- (2) Het is typerend voor een extern gedefinieerde problematische opvoedingssituatie dat Z constateert of verwacht dat de ontwikkeling van Y niet gunstig verloopt of zal verlopen. Belangrijk is dat niet de persoonlijke waarden en (voor)oordelen van Z als maatstaf dienen voor deze afweging, maar dat deze afweging gebaseerd is op waarden en opvoedingsdoelen (bijvoorbeeld: vrijheid, zelfrealisatie, een rechtvaardige samenleving) die gedragen worden door de maatschappij waarin deze opvoedingssituatie zich afspeelt én dat waarden en opvoedingsdoelen verrechtvaardigd kunnen worden.
- (3) Bovendien is buitenstaander Z van mening dat de ongewenste ontwikkeling van Y verband houdt met het opvoeden door X. Op grond van bepaalde aanwijzingen heeft Z de overtuiging dat de ontwikkeling van Y in gevaar wordt gebracht door het gedrag van X, bijvoorbeeld omdat X psychiatrische problemen heeft, of Y verwaarloost, of Y mishandelt, of Y onvoldoende beschermt tegen ondermijnend gedrag van derden.
- (4) Ten slotte verwacht Z niet dat het gedrag van X, binnen een voor Z acceptabele termijn, in positieve zin zal veranderen. Wanneer Z van mening zou zijn dat X uit zichzelf zijn opvoeding binnen een acceptabele tijd zou bijstellen, dan zou de onderhavige situatie moeilijk als een opvoedingsimpasse kunnen worden aangemerkt. Het is in het bijzonder het ontbreken van deze verwachting dat de desbetreffende opvoedingssituatie in de ogen van Z tot een impasse maakt. Met dit laatste is voornamelijk aangegeven dat niet iedere opvoeding een gunstige ontwikkeling bevordert.

Hiermee is niet gezegd dat opvoeders de ontwikkeling van Y moedwillig fnuiken. Vaak verkeren opvoeders in handelingsverlegenheid als gevolg van persoonskarakteristieken (copingmechanismen, weerbaarheid), maar eveneens als gevolg van negatieve of stresserende factoren (werkdruk, onaangepast gedrag of beperkingen van het kind). Dat impliceert dus dat opvoeders met hun opvoeding de ontwikkeling van het kind kunnen belemmeren zonder dat te herkennen of te erkennen. Gegeven de zwakke positie van het kind heeft dat recht op buitenstaanders die oog hebben voor de mogelijke stagnatie van zijn ontwikkeling.

In de bovenstaande omschrijvingen kan een problematische opvoedingssituatie zowel het gevolg zijn van (1) hoe opvoeders opvoeden, (2) kenmerken van het kind, de ouders of de bredere maatschappelijke context en (3) de interactie tussen beide. Men spreekt dan respectievelijk van *primaire* of van *secundaire opvoedingsproblemen* of van een combinatie van beide.

Bij primaire opvoedingsproblemen slaagt een opvoeder er moeilijk in om de pedagogische vraag van het kind goed in te schatten of de opvoeding die het kind nodig heeft te realiseren. De opvoeder ervaart onzekerheid over wat te doen in bepaalde situaties en wat kan verwacht worden van kinderen van een specifieke leeftijd of in een specifieke situatie.

Bij secundaire opvoedingsproblemen is de handelingsverlegenheid van de opvoeder (mede) het gevolg van kenmerken van het kind, de opvoeder of de context:

- Kenmerken van het kind: een opvoeder kan als gevolg van de individuele beperkingen van het kind op vlak van ontwikkeling, functioneren, leren of gedrag (bijvoorbeeld: een verstandelijke beperking, slechtziendheid, een autismespectrumstoornis) opvoedingsverlegenheid ervaren, waardoor hij hulp zoekt om met zijn opvoeding de ontwikkeling van het kind weer op het goede spoor te brengen.
- Kenmerken van de ouder: het is mogelijk dat ouders door een individuele psychische problematiek hun eigen wensen en verlangens boven de noden van hun kind plaatsen (al dan niet uit onkunde en onwetendheid) en daardoor de ontwikkeling van het kind belemmeren.
- Kenmerken van de bredere maatschappelijke context: een buitenstaander kan een opvoedingssituatie als problematisch beschouwen, omwille van de onbekendheid van de opvoeder met de cultuur waarin wordt opgevoed. Sommige ouders afkomstig uit een andere cultuur gebruiken andere waarden en normen ten aanzien van bijvoorbeeld lichamelijke straffen.

De verschillende factoren beïnvloeden elkaar wederzijds. Ondanks het feit dat in de extern gedefinieerde problematische opvoedingssituatie een buitenstaander de ongunstig verlopende ontwikkeling toeschrijft aan de opvoeding van de opvoeder, kan de opvoeder het gevoel hebben door kenmerken van het kind gedwongen te worden om een

bepaalde (problematische) opvoeding te hanteren. Een voorbeeld betreft ouders die in een vicieuze cirkel van straffen en dreigen zijn terechtgekomen bij een zeer onrustig en actief kind.

Een problematische opvoedingssituatie is dus niet alleen het gevolg van tekorten van het kind. Kenmerken van de ouder en de wijze waarop deze omgaat met het kind en zijn eventuele beperkingen kunnen eveneens een belangrijke bijdrage leveren aan een problematische opvoedingssituatie. Er is sprake van een breuk in de afstemming tussen de pedagogische vraag van het kind en het pedagogisch aanbod van de opvoeder. De interactie tussen kind en opvoeder resulteert in handelingsverlegenheid bij de opvoeder. Orthopedagogen, psychologen, maatschappelijk werkers, opvoeders en contextbegeleiders, artsen, sociaal verpleegkundigen, onderwijskundigen, leerkrachten en nog vele andere beroepsgroepen worden vaak geconfronteerd met de pedagogische handelingsverlegenheid van opvoeders.

Een boek dat opvoeders en hulpverleners op een snelle en bevattelijke manier informatie biedt en inzicht geeft over de verschillende problemen en beperkingen die bij kinderen en jongeren voorkomen, over welke aandachtspunten daarbij belangrijk zijn in opvoeding en onderwijs en over welke behandelingen er bestaan, kan helpen om deze opvoedingsimpassen te verhelpen. Het is immers niet gemakkelijk de weg te vinden in de veelheid van informatie die op allerlei plaatsen zoals in brochures, vulgariserende tijdschriften, het internet enzovoort te vinden is. Deze informatie is te summier, te specialistisch of te encyclopedisch. Vaak ontbreekt er duiding en de vinder kan de informatie moeilijk checken op volledigheid en juistheid.

*Dit Handboek jeugdhulpverlening. Deel 1: Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen* wil aan deze leemte tegemoetkomen. Het wil hulpverleners, leerkrachten, beroepsopvoeders en iedereen die beroepshalve met pedagogische vragen en problemen wordt geconfronteerd, informeren over de verschillende groepen kinderen en jongeren met problemen. Misschien kan het nuttige diensten bewijzen aan ouders die zich geconfronteerd weten met problemen in de opvoeding van hun kind of zich in een of andere doelgroep willen verdiepen. Ten slotte kan het als handboek worden gebruikt in universitaire opleidingen en aan hogescholen: opleidingen in de psychologie en de pedagogische wetenschappen, lerarenopleidingen, opleidingen voor professionele bachelors in de orthopedagogie, de gezondheidszorg, het sociaal-agogisch werk enzovoort.

De redactie heeft ervoor gekozen om de verschillende doelgroepen te benaderen vanuit een *orthopedagogisch referentiekader*. De orthopedagogiek is de wetenschappelijke studie van het handelen in als problematisch omschreven opvoedingssituaties (Maes,

Vandevelde, Vanderplasschen, Ghesquière & Noens, 2013). Kenmerkend voor deze discipline is vooreerst dat problemen bij kinderen en jongeren niet als individuele problematiek benaderd worden, maar vanuit een pedagogisch perspectief dat interactioneel en ecologisch van aard is. Opvoeding en ontwikkeling zijn dynamische en transactionele processen die onlosmakelijk verbonden zijn met de sociale context waarin ze zich afspeelen. Orthopedagogen werken dan ook met multifactoriële bio-psycho-sociale verklaringsmodellen: biologische en psychologische kwetsbaarheden van een individu interageren met risico- en protectieve factoren in de dagelijkse omgeving, ingebed binnen een bredere sociaal-culturele en maatschappelijke context. Problemen bij kinderen en jongeren worden niet zozeer bekeken als individuele problemen, maar als een vraag naar afstemming tussen de opvoedings- en ondersteuningsbehoeften van het individu enerzijds, en de omgang, de aanpak en de begeleiding door de omgeving anderzijds. Risico- en protectieve factoren, ook in de bredere sociale omgeving, worden expliciet meegenomen in de probleemanalyse en in de interventies. Het bewerkstelligen of herstellen van deze afstemming is vanuit orthopedagogisch perspectief gericht op het maximaliseren van ontwikkelings- en ontplooiingskansen, kwaliteit van leven en volwaardige participatie aan de diverse domeinen van het samenleven. Daarbij wordt sterk gewerkt vanuit de eigen krachten en competenties van de direct betrokkenen.

Orthopedagogiek is tevens een handelingswetenschap (Maes et al., 2013). Op basis van een grondige en systematische wetenschappelijk gefundeerde diagnostische beeldvorming van de problemen en de context, worden op een planmatige wijze acties ondernomen, met een duidelijke specificatie van doelstellingen, strategieën en evaluatiewijzen. Orthopedagogen werken hierbij vanuit een holistische visie. Zij trachten door hun interventies bij te dragen aan de ontwikkelings- en ontplooiingskansen en de kwaliteit van leven, zowel van het individu in alle aspecten van zijn/haar functioneren als van zijn/haar context. Er wordt steeds gestreefd naar een zo hoog mogelijke mate van participatie in de samenleving. Bovendien maken ze daarbij gebruik van interventies die wetenschappelijk getoetst zijn en bouwen ze continu proces- en effectevaluatie in hun handelingsplannen in.

De auteurs hebben in een toegankelijke taal een vlot leesbaar overzichtswerk geschreven dat brede en wetenschappelijk gefundeerde informatie geeft over de problemen die bij kinderen en jongeren voorkomen.

Dit handboek is een update van het *Handboek jeugdhulpverlening. Deel 1: Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen* onder de redactie van Grietens en Maes (2014).

Alle bijdragen werden geactualiseerd door de auteurs. Wie meer informatie wil over de voorzieningen en diensten in Vlaanderen waar kinderen met problemen en hun ouders kunnen worden opgevangen en geholpen, kan die vinden in het *Handboek*

*Jeugdhulpverlening. Deel 2. Nieuwe ontwikkelingen in het zorgveld* (Vanderfaeillie & Maes, 2014). In datzelfde boek worden tevens recente ontwikkelingen in de jeugdhulpverlening in Vlaanderen geschetst.

In dit handboek komen verschillende soorten problemen bij kinderen en jongeren aan bod: gedrags- en emotionele problemen, leerstoornissen, verstandelijke beperkingen, autismespectrumstoornissen, visuele beperkingen, auditieve beperkingen, fysieke beperkingen, (chronische) ziekten en problemen van delinquentie, mishandeling en verwaarlozing, en gedwongen migratie. Ieder handboek draagt onvermijdelijk de stempel van zijn redactie. We zijn er ons van bewust dat dit ook hier het geval is en dat niet alle problemen die bij kinderen en jongeren kunnen voorkomen, even uitgebreid worden beschreven.

De auteurs volgen zo veel mogelijk dezelfde structuur: een inleiding met korte casuïstiek, definitie en terminologie, prevalentie, diagnostiek, opvoeding en onderwijs, behandeling. Iedere auteur legt vanzelfsprekend eigen accenten en blijft verantwoordelijk voor zijn bijdrage. In de mate van het mogelijke hebben de redacteuren geprobeerd de terminologie in de verschillende bijdragen op elkaar af te stemmen en al te grote overlappingen tussen bijdragen te vermijden.

Het boek wordt afgerond met enkele slotbeschouwingen. Deze gaan dieper in op de parallellen tussen de verschillende hoofdstukken en schetsen enkele aandachtspunten en krijtlijnen voor de toekomst. Een zaakregister helpt de lezer om snel de gezochte informatie te vinden.

## Literatuur

- Grietens, H., Vanderfaeillie, J., & Maes, B. (red.) (2014). *Handboek orthopedagogische hulpverlening. Deel 1. Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Maes, B., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., Ghesquière, P., & Noens, I. (2013). De ortho(ped)agogiek (h)erkend, vanuit academisch perspectief. *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 11-17.
- Slutel, J.W. (1989). Over het object van de orthopedagogiek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 28, 527-540.
- Vanderfaeillie, J., & Maes, B. (red.) (2014). *Handboek orthopedagogische hulpverlening deel 2. Nieuwe ontwikkelingen in het zorgveld*. Leuven/Voorburg: Acco.



1

# Kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele problemen

Hans Grietens  
Guy Bosmans  
Dieter Baeyens



## 1.1 Inleiding

Kinderen<sup>1</sup> 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."

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. Psychosomatisch, zegt de huisarts.

Jan is 14 jaar. Hij vertoont 'dwangverschijnselen'. Iedere dag, telkens op hetzelfde tijdstip, verplicht hij zijn huisgenoten stil te blijven staan op een bepaalde plek in de huiskamer. Er mag dan niet worden bewogen of gesproken. Jan spreekt dan allerlei vreemde 'magische formules' uit, waarbij hij trage gebaren 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

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

.....  
 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 broertje 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 weggestuurd. 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 toiletten. 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: Cicchetti, 2016; Mash & Barkley, 2014; Verheij, Verhulst, & Danckaerts, 2014) 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 woedeboeien 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 (Verheij, Verhulst, & Danckaerts, 2014). 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 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; Verheij, Verhulst, & Danckaerts, 2014). 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 zijn en/of in stand worden 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.

Twee soorten van classificatiesystemen kunnen worden onderscheiden: klinisch-psychiatrische en empirisch-statistische (Grietens, 2014).

### 1.3.1 Klinisch-psychiatrische classificatiesystemen

In de psychiatrie bestaat een lange traditie van classificatie van psychiatrische stoornissen. In deze klinische of psychiatrisch-nosologische benadering worden psychiatrische stoornissen als onafhankelijke en duidelijk afgelijnde ziekte-entiteiten beschouwd. Voor elke psychiatrische stoornis zijn diagnostische en differentiaal-diagnostische criteria vastgelegd. Wanneer voldaan is aan de nodige criteria, kan de stoornis worden geclassificeerd. Bekende psychiatrische classificatiesystemen met aandacht voor kinderen zijn het DSM-systeem (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) van de American Psychiatric Association en het International Classification of Diseases (ICD)-systeem van de Wereldgezondheidsorganisatie. Beide systemen hebben tot doel om de problematieken van individuen te beschrijven en te classificeren in stoorniscategorieën.

Beide systemen worden regelmatig gereviseerd op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten. De DSM is inmiddels aan zijn vijfde editie toe (American Psychiatric Association, 2013), de ICD aan zijn elfde editie (zie [www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en)).

De DSM-5<sup>TM</sup> en de ICD-11 bieden een uitgebreid overzicht van alle tot dusver in de westerse wereld erkende klinische geestelijke gezondheidsstoornissen en andere aandoeningen die een reden voor zorg kunnen zijn. De syndromen worden beschreven in termen van cognitie, emotieregulatie en/of gedrag. Deze hebben tot gevolg dat een persoon en/of zijn omgeving een ernstig lijden ondervinden en er een significant disfunctioneren is op persoonlijk, sociaal en professioneel (of bij minderjarigen: schools) vlak. Naast klinische stoornissen worden in het systeem ook condities onderkend die een reden tot zorg kunnen zijn voor een persoon en zijn omgeving, bijvoorbeeld: relationele problemen, fysieke kindermishandeling, verwaarlozing van een kind, enzovoort.

De Wereldgezondheidsorganisatie vult haar ICD-systeem aan met een bijkomende taxonomie, het ICF-systeem (International Classification of Functioning, Disability and Health), dat de nadruk legt op het functioneren en participeren van personen met een stoornis of aandoening als gevolg van een uitwisseling tussen persoonsgebonden en omgevingsgebonden kenmerken (zie [www.who.int/classifications/icf/en](http://www.who.int/classifications/icf/en)).

Het leeftijdsbereik van deze systemen is onbegrensd. Wel zijn sommige stoornissen (bijvoorbeeld: zindelijkheidsstoornissen, dementie) leeftijdsgebonden. Stoornissen worden geoperationaliseerd door middel van criteria. Deze geven de kernsymptomen van een stoornis weer. Ook de duur en de aanvang van symptomen en de mate waarin symptomen het normale functioneren verstoren, worden in de criteria verdisconteerd. Wanneer een welbepaald aantal criteria van een stoornis bij een individu positief wordt gescoord en wanneer criteria van andere stoornissen kunnen worden uitgesloten, kan de betreffende stoornis aan dat individu worden toegekend en kan dus de diagnose, in de betekenis van 'onderkenning', worden gesteld. Wat de criteria zijn en hoeveel criteria nodig zijn voor een onderkende diagnose, is bij conventie vastgelegd door de klinici van de verschillende DSM-, ICD- en ICF-werkgroepen.

Zoals alle klinisch-psychiatrische classificatiesystemen leunen het DSM- en ICD-systeem nauw aan bij het medische model. Daarbij wordt verondersteld dat iedere stoornis een aparte oorzaak heeft. Klinisch-psychiatrische classificatiesystemen kennen vele voorstanders maar ook tegenstanders. Die hebben vooral kritiek op het 'alles-of-niets'-karakter van deze systemen en het soms te gedecontextualiseerde gebruik van deze systemen. Wanneer classificerende diagnostiek met dit systeem niet is ingebed in een meer omvattend diagnostisch proces waarin ook aandacht is voor de omgeving en de context van het kind, bestaat het gevaar dat gedrags- en emotionele problemen van kinderen te zeer vanuit een medisch model worden belicht (Grietens, 2014).

Een bijkomend nadeel van de DSM- en ICD-classificatie is dat niet altijd duidelijk is of de gehanteerde stoorniscategorieën valide zijn in andere culturen. Het systeem stoelt namelijk op westerse concepten over ziek-zijn, afwijkend gedrag en psychopathologie. In andere culturen wordt hier vaak anders over gedacht, worden andere concepten en stoorniscategorieën gehanteerd of wordt wat wij afwijkend gedrag noemen, op een andere manier geïdentificeerd (Borra, Van Dijk, & Rohlof, 2002; Dehaene & Derluyn, 2015).

### 1.3.2 Empirisch-statistische classificatiesystemen

Het uitgangspunt van empirisch-statistische classificatiesystemen van gedrags- en emotionele problemen is de psychometrische invalshoek. Deze systemen steunen op de uitkomsten van multivariate analyses op gegevens die werden verzameld in grote steekproeven van kinderen. Meestal wordt hierbij gebruikgemaakt van gedragsvragenlijsten; dat zijn instrumenten die een inventaris van probleemgedrag trachten te maken en specifieke probleemgedragingen laten beoordelen door verschillende betrokkenen (ouders, leerkrachten, jongeren). De grote kracht van empirisch-statistische classificatiesystemen ligt in hun directe afleiding uit de empirie (Rutter, 2011; Rutter & Taylor, 2002; Verheij, Verhulst, & Danckaerts, 2014). De gevonden categorieën – in gedragsvragenlijsten doorgaans aangeduid met de term ‘syndroomschalen’ – zijn het resultaat van uitgebreid empirisch onderzoek in grote klinische en bevolkingssteekproeven.

We beperken ons hier tot de bespreking van het Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA, Achenbach & McConaughy, 2003) dat in Vlaanderen en Nederland courant wordt gebruikt, en ook wereldwijd veel aandacht geniet. Het systeem berust op gedragsvragenlijsten, waarvan de meest bekende zijn: de Child Behavior Checklist (CBCL, 120 items in te vullen door ouders van kinderen tussen 6 en 18 jaar, met een aparte versie voor 1,5-5-jarigen), de Teacher Report Form (TRF, 120 items in te vullen door leerkrachten voor leerlingen tussen 6 en 18 jaar, met een aparte versie voor 1,5-5-jarigen) en de Youth Self-Report (YSR, 118 items in te vullen door jongeren vanaf 11 jaar, met aparte versies voor jongvolwassenen en volwassenen). Elk item dient te worden gescoord met 0 = helemaal niet van toepassing, 1 = een beetje of soms van toepassing, of 2 = duidelijk of vaak van toepassing. De bedoeling is om over het gedrag van individuen zo veel mogelijk informatie te vergaren uit verscheidene bronnen en deze dan te beoordelen op gelijkenissen en verschillen. Op die manier wordt een globale indruk van de problematiek verkregen.

Aan de hand van multivariate analyses op CBCL-, TRF- en YSR-gegevens werden clusters van vaak samen voorkomende probleemgedragingen afgebakend. Deze werden ondergebracht in acht syndroomschalen. Voor de zes- tot achttienjarige zijn de schalen:



Teruggetrokken/Depressief (bijvoorbeeld: veel alleen, voelt zich eenzaam), Lichamelijke klachten (bijvoorbeeld: maagpijn, buikpijn), Angstig/Depressief (bijvoorbeeld: zich waardeloos voelen, zich ongelukkig voelen), Sociale problemen (bijvoorbeeld: niet geliefd zijn, niet met anderen kunnen opschieten), Denkproblemen (bijvoorbeeld: obsessies, vreemde gedachten), Aandachtsproblemen (bijvoorbeeld: niet stil kunnen zitten, impulsief zijn), Normafwijkend gedrag (bijvoorbeeld: liegen, vandalisme) en Agressief gedrag (bijvoorbeeld: anderen bedreigen, tegenspreken). De eerste drie syndroomschalen werden gegroepeerd in de schaal Internaliserend probleemgedrag, de laatste twee syndroomschalen in de schaal Externaliserend probleemgedrag. Externaliseren verwijst naar probleemgedragingen van kinderen die in eerste instantie storend zijn voor de omgeving (bijvoorbeeld: vechten, tegenspreken), internaliseren naar probleemgedragingen waarvan in eerste instantie het kind zelf last heeft (bijvoorbeeld: angst, lichamelijke klachten zonder duidelijke medische oorzaak). Verder kan nog een Totale Probleemscore worden berekend.

Alle schalen zijn genormeerd. Dat heeft tot gevolg dat de scores van een individueel kind kunnen worden vergeleken met de ‘gemiddelde’ scores van de leeftijdsgroep waartoe het behoort en dat kan worden aangegeven wanneer een score afwijkt van de norm en het kind klinisch significante gedragsproblemen vertoont, die professionele zorg behoeven.

Het ASEBA-systeem is een dimensionaal classificatiesysteem. Ieder syndroom wordt beschouwd als een continuüm, waarop ieder individu een relatieve plaats inneemt ten opzichte van andere individuen. De scores van een kind op de syndroomschalen kunnen worden uitgedrukt in een gedragsprofiel. Vanaf een bepaalde score spreekt men van ernstig afwijkende problemen. Het gaat dan om een score die gevoelig hoger ligt dan die van het ‘gemiddelde’ kind uit de normgroep.

Omwille van zijn heldere structuur en de vele toepassingsmogelijkheden is het ASEBA-systeem bijzonder in trek bij klinici en onderzoekers en kent het een wereldwijde toepassing. De verschillende gedragsvragenlijsten (CBCL, TRF, YSR) werden al in meer dan honderd talen vertaald en gebruikt in meer dan tienduizend wetenschappelijke studies ([www.aseba.org](http://www.aseba.org)). Dat heeft het uitvoeren van grootschalige cross-nationale en multiculturele vergelijkingen mogelijk gemaakt. Zulke vergelijkingen bieden een antwoord op de vraag hoe groot verschillen in gedrags- en emotionele problemen tussen kinderen en jongeren uit verschillende landen en culturen zijn en of cultuurspecifieke normen nodig zijn. Uit vergelijkingen van ouder-, leerkracht- en zelfrapportages is gebleken dat het in de meeste gevallen niet nodig is om nieuwe normen te ontwikkelen. Op enkele uitzonderingen na kunnen de bestaande (Amerikaanse) normen worden gebruikt (Ivanova et al., 2007a, b, c; Rescorla et al., 2007a, b, c; Ivanova et al., 2019; Rescorla et al., 2019).

Evenals het DSM- en het ICD-systeem kent het ASEBA-systeem vele voorstanders maar ook tegenstanders. Critici geven onder andere aan dat het dimensionele karakter van het ASEBA-systeem en de comorbiditeit tussen de verschillende syndroomschalen leidt tot een minder scherpe diagnosestelling in de praktijk (Grietens, 2014).

Een interessante vaststelling is dat in de loop van de jaren het DSM-systeem en het ASEBA-systeem naar elkaar zijn toegegroeid. Zo kunnen vanuit de antwoorden op CBCL, TRF en YSR aanwijzingen worden verkregen voor bepaalde stoornissen uit de DSM (bijvoorbeeld: stemmings-, angst- en aandachtstekortstoornissen) aan de hand van zogenaamde DSM-georiënteerde schalen (Achenbach, 2013)

## 1.4 Epidemiologisch onderzoek naar gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren

Epidemiologie is de systematische studie naar de prevalentie (dat is het voorkomen op een bepaald moment in de tijd, zie Grietens, 2005) en de verspreiding van een ziekte of toestand in een bepaalde bevolkingsgroep, alsook naar de factoren die het voorkomen en de verspreiding beïnvloeden (Verhulst, 1996). In het epidemiologisch onderzoek naar gedrags- en emotionele problemen bij kinderen wordt getracht de prevalentie en verspreiding ervan in een bepaalde populatie in kaart te brengen, en na te gaan met welke factoren in kind, gezin en omgeving deze problemen kunnen samenhangen. De eerste epidemiologische studies naar gedrags- en emotionele problemen werden verricht in de Verenigde Staten aan het einde van de jaren vijftig van de vorige eeuw (Lapouse & Monk, 1958, 1959, 1964). In navolging hiervan werden gedurende de laatste zestig jaar over de gehele wereld talrijke grootschalige epidemiologische studies uitgevoerd. Over studies heen komen de volgende patronen naar voren.

- Wereldwijd wordt aangenomen dat de prevalentie van gedrags- en emotionele problemen in de populatie van nul- tot achttienjarigen hoog ligt. Gemiddeld wordt geschat dat ongeveer 10% van de opgroeiende kinderen op enig moment in hun leven met ernstige problemen heeft gekampt, die professionele zorg behoeft. Afhankelijk van de definitie van gedrags- en emotionele problemen, de wijze waarop ze worden gemeten en de betrokken informant(en) (leerkrachten, ouders, kinderen, klinici), schommelen de prevalentiecijfers enigszins, maar grosso modo komen de cijfers uit verschillende onderzoeken goed met elkaar overeen, en dit over landen en culturen heen.

- De prevalentie van specifieke stoornissen in de bevolking ligt uiteraard lager dan de gemiddelde algemene prevalentie, maar ook hier schommelen de cijfers naargelang de kenmerken van de studie.
- Gedrags- en emotionele problemen van kinderen hangen nauw samen met bepaalde demografische variabelen, te weten geslacht, leeftijd en socio-economische status van het gezin. Over epidemiologische studies heen komen bepaalde consistente geslachts-, leeftijds- en sociale verschillen terug.

Prevalentiecijfers bij jongens liggen doorgaans hoger dan bij meisjes. De verhouding wordt geschat op 2:1. Dat heeft tot gevolg dat in de hulpverlening meer jongens zullen worden aangetroffen. Een ander geslachtsverschil heeft te maken met de aard van de problemen. Jongens tonen vaak kwalitatief andere problemen dan meisjes. Zij vertonen over het algemeen meer externaliserende problemen (bijvoorbeeld: agressie, druk gedrag). Bij meisjes worden dan weer meer internaliserende problemen gerapporteerd (bijvoorbeeld: angst, depressie). De kwalitatieve verschillen in problemen tussen jongens en meisjes kunnen worden toegeschreven aan biologisch-genetische invloeden, maturatie en socialisatieprocessen. We willen er wel op wijzen dat in sommige prevalentiestudies geen of slechts zeer kleine geslachtsverschillen werden gevonden en dat men niet mag besluiten dat externaliserende problemen uitsluitend bij jongens en internaliserende problemen uitsluitend bij meisjes zouden voorkomen.

Leeftijdverschillen hebben niet zozeer betrekking op de prevalentie, maar wel op de aard van gedragsproblemen. Met andere woorden: jongere kinderen laten andere gedragsproblemen zien dan oudere kinderen. Met het ouder worden neemt de prevalentie van sommige externaliserende problemen (bijvoorbeeld: woedebuien, ongehoorzaamheid) af, evenals de prevalentie van sommige infantiele gedragingen die typisch zijn voor bepaalde ontwikkelingsfasen (bijvoorbeeld: bedplassen, kopigheid). Andere problemen nemen dan weer toe met het ouder worden, met name psychosomatische klachten (bijvoorbeeld: hoofdpijn, buikpijn) worden vaker bij oudere dan bij jongere kinderen gerapporteerd.

Doorgaans is de prevalentie van probleemgedrag hoger bij kinderen uit zwakkere sociale milieus. Dat wil geenszins zeggen dat er geen ernstige gedragsproblemen voorkomen in gezinnen met een hogere socio-economische status. Wel hebben kinderen uit lagere sociale milieus vaak een verhoogde kwetsbaarheid, vooral wanneer ze te kampen hebben met een veelheid van negatieve invloeden (bijvoorbeeld: vroeggeboorte én negatieve omgevingsinvloeden). Hierdoor zullen ze meer kans lopen om probleemgedrag te ontwikkelen. Voor kinderen uit sterkere sociale milieus kan de omgeving dan weer een compenserende rol vervullen ten aanzien van aanwezige biologisch-genetische invloeden.

- De meeste gedragsproblemen van kinderen zijn vrij stabiel. Zij blijven aanwezig en nemen vaak zelfs in frequentie en intensiteit toe wanneer niet tijdig wordt ingegrepen. Dit resultaat is in tegenstelling tot wat ouders, leerkrachten of opvoeders dikwijls denken over gedragsproblemen (“het zal wel vanzelf voorbijgaan”, “het hoort bij de leeftijd”). Vooral de DSM-stoorniscategorie Gedragsstoornis ‘Conduct Disorder’ (waarmee antisociaal gedrag wordt bedoeld) is hardnekkig en moeilijk voor verbetering vatbaar. Kinderen met een gedragsstoornis laten steeds ernstiger grensoverschrijdend gedrag zien. Tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid wordt de kans reëel dat zij (ernstig) delinquent gedrag gaan vertonen.

Over het algemeen kan men stellen dat meer dan de helft van de kinderen met gedragsproblemen gedurende meerdere jaren problemen heeft. Kinderen die van jongs af probleemgedrag vertonen, hebben een minder gunstige prognose dan kinderen die pas op latere leeftijd probleemgedrag vertonen. De problemen van deze kinderen worden vaak erger met het ouder worden en breiden zich progressief uit over verschillende domeinen van het dagelijks leven (gezin, school, omgeving). Het is daarom van groot belang dat probleemgedrag snel kan worden opgespoord en gesignaleerd door ouders, leerkrachten en omgeving, en dat snel kan worden ingegrepen teneinde een escalatie te vermijden.

- Vaak horen we zeggen dat het aantal kinderen met ernstige gedrags- en emotionele problemen toegenomen zou zijn, dat kinderen nu lastiger, agressiever en moeilijker op te voeden zouden zijn dan de kinderen van vorige generaties. Ook de media zetten graag de problemen van de actuele generaties in de verf. Epidemiologen uit diverse landen zijn zich gaan verdiepen in de vraag naar historische verschillen of ‘time trends’ in de prevalentie van gedragsproblemen en hebben vergelijkende studies uitgevoerd (bijvoorbeeld: Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003; Costello, Copeland, & Angold, 2011; Bor et al., 2014; Collishaw, 2014; Comeau, Georgiades, Duncan, Wang, & Boyle, 2019; Duinhof, Stevens, & van Dorsselaer, 2015; Gutman, Joshi, Parsonage, & Schoon, 2016). Uit deze onderzoeken blijkt dat de vraag of er nu meer gedrags- en emotionele problemen bij kinderen voorkomen dan voorheen, genuanceerd dient te worden beantwoord. Sommige studies tonen een (lichte) stijging aan van bijvoorbeeld aandachtsproblemen en vooral van emotionele problemen (in het bijzonder bij adolescente meisjes), en ook een stijging van het aantal kinderen en jongeren dat professionele zorg krijgt voor problemen, maar andere studies rapporteren geen stijging van de prevalentie van gedrags- en emotionele problemen, of zelfs een (lichte) daling, in het bijzonder van ernstige externaliserende problemen.