

Nederlandse samenvatting

Net als oudere kinderen kunnen ook peuters en kleuters sociaal-emotionele problemen en gedragsproblemen hebben die hen belemmeren in hun functioneren (Angold & Egger, 2007). Er is steeds meer aandacht voor preventie en behandeling op de jonge leeftijd om alle kinderen een kans te geven op een gezonde ontwikkeling (Dougherty, Leppert, et al., 2015; Shonkoff, 2003). Desondanks staan diagnostiek en behandeling van psychische problematiek bij jonge kinderen nog in de kinderschoenen vergeleken met oudere kinderen. De grote stappen in ontwikkeling die kinderen in hun eerste levensjaren doormaken en het belang van gehechtheid en veiligheid van opgroeien maken het belangrijk om breed te kijken naar jonge kinderen die worden aangemeld vanwege sociaal-emotionele en gedragsproblemen. Onderzoek naar de relatie tussen psychische problematiek, temperament en verstoord gehechtheidsgedrag kan helpen om diagnostiek en behandeling beter af te stemmen op de specifieke problematiek van jonge kinderen en hun ouders binnen de context waarin zij leven. Dit proefschrift beoogt onze kennis te vergroten over temperament, verstoord gehechtheidsgedrag en het beloop van internaliserende en externaliserende gedragsproblemen bij jonge kinderen na behandeling.

Temperament wordt gedefinieerd als aangeboren persoonlijkheidsstijl met verschillende kenmerken die in de loop van het leven worden beïnvloed door een wisselwerking tussen rijping van de hersenen en de omgeving (Rothbart & Derryberry, 1981). Vanaf jonge leeftijd worden er al herkenbare individuele verschillen gezien in reactie op dagelijkse situaties. Drie dimensies in temperament zijn relatief stabiel vanaf het derde levensjaar: positieve emotionaliteit, negatieve emotionaliteit en zelfcontrole (Rothbart et al., 2001). Positieve emotionaliteit kenmerkt zich door een neiging om positief en actief te reageren op dagelijkse situaties, zoals met blijheid, plezier en enthousiasme. Kinderen die vaak reageren met angst, verdriet, boosheid/frustratie en die moeilijk te kalmeren zijn, hebben juist een hoge mate van negatieve emotionaliteit. Zelfcontrole vertegenwoordigt de mogelijkheid om emoties en gedrag te reguleren, zoals het vermogen om gedrag te stoppen (inhibitie). De verschillen tussen mensen in temperament zijn gradueel. Dat wil zeggen dat er in meer of mindere mate sprake van kan zijn. In algemeen bevolkingsonderzoek is gevonden dat de combinatie van een hoge mate van negatieve emotionaliteit en een lage mate van zelfcontrole bij jonge kinderen voorspellend is voor internaliserende problematiek (zoals angst en depressie) en externaliserende problematiek (zoals agressie) (Gartstein et al., 2012). Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen temperament en internaliserende en externaliserende problemen in klinische populaties jonge kinderen.

Verstoord gehechtheidsgedrag is met name onderzocht bij kinderen die opgroeien in instellingen, adoptie- of pleeggezinnen. Dit gedrag kan zich op verschillende manieren uiten. Zo zijn er kinderen die emotioneel teruggetrokken gedrag laten zien en weinig onderscheid maken tussen bekende en onbekende volwassenen. Dit wordt geïnhibeerd gehechtheidsgedrag genoemd. Andere kinderen laten juist vrijpostig gedrag zien, waarbij ze bijvoorbeeld zomaar met vreemden kunnen meegaan of op schoot gaan zitten. Dit wordt ook wel sociaal ontremd of gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag genoemd. Geïnhibeerd gehechtheidsgedrag is kenmerkend voor een reactieve hechtingsstoornis (reactive attachment disorder, RAD) en gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag is kenmerkend voor de ontremd-sociaal contactstoornis (disinhibited social engagement disorder, DSED); beide beschreven in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Symptomen van RAD verminderen vaak na interventie, maar symptomen van DSED blijven vaak bestaan (Zeanah & Gleason, 2015). Opgroeien in ongunstige omstandigheden, waar bijvoorbeeld sprake is van emotionele mishandeling en/ of verwaarlozing en continue wisselende verzorgers, kan leiden tot verstoord gehechtheidsgedrag (Zeanah & Gleason, 2015). Verstoord gehechtheidsgedrag is nauwelijks onderzocht bij kinderen die opgroeien bij hun eigen ouders, zonder uit huis geplaatst te zijn, terwijl ook thuiswonende kinderen emotioneel mishandeld en/of verwaarloosd kunnen worden. We weten dat kinderen die verwaarloosd of mishandeld zijn ook ernstige gedragsproblemen kunnen hebben (Lau & Weisz, 2003), maar niet of jonge thuiswonende kinderen die worden verwezen vanwege sociaal-emotionele problemen en gedragsproblemen ook verstoord gehechtheidsgedrag vertonen.

Het beloop van psychische problematiek vanaf jonge leeftijd is belangrijk om te onderzoeken als we beter willen weten welke kinderen problemen behouden. Het kan inzicht geven in de noodzaak tot het aanscherpen van hulpverlening en verdere hulp na behandeling. Eerder onderzoek heeft laten zien dat jonge kinderen met emotionele- en gedragsproblemen vaak ook later nog psychische problemen hebben (Bufferd et al., 2012). Met name jonge kinderen met een combinatie van internaliserende problemen (zoals angst en depressieve symptomen) en externaliserende problemen (zoals hyperactiviteit en agressie) lopen risico op

psychische problematiek later in het leven (Basten et al., 2016). Daarom is er steeds meer aandacht voor preventie en vroege behandeling van psychische problematiek bij jonge kinderen. Ten aanzien van het stimuleren van een positieve ontwikkeling bij kinderen, is bekend dat behandeling van gedragsproblemen bij jonge kinderen effectief kan zijn (Muller et al., 2015). Desondanks zijn er ook veel kinderen die jaren na behandeling problemen houden (Visser et al., 1999). Er is daarom meer kennis nodig over welke kinderen na behandeling op de vroege leeftijd toch problemen behouden, zodat behandeling daar mogelijk op aangepast dient te worden.

Opzet van dit onderzoek

Allereerst hebben we inzicht willen krijgen in de relatie tussen temperamentskenmerken en psychische problematiek bij jonge kinderen die vanwege sociaal-emotionele problemen en/of gedragsproblemen werden verwezen naar het Medisch Orthopedagogisch Centrum (MOC) 't Kabouterhuis in Amsterdam. MOC 't Kabouterhuis helpt gezinnen met jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstand, met opvoedings- en/of psychiatrische problemen. De kinderen werden onderzocht door middel van door de ouders in te vullen vragenlijsten. Deze kinderen werden vergeleken met kinderen uit de algemene bevolking. Ook werden ze vergeleken met niet-verwezen kinderen uit de algemene bevolking die mee hadden gedaan aan een longitudinaal onderzoek naar temperament in Amsterdam (Majdandžić & van den Boom, 2007b).

Het tweede doel was om de klinische waarde te onderzoeken van verstoord gehechtheidsgedrag, symptomen van RAD en DSED, bij thuiswonende kinderen die waren verwezen vanwege emotionele- en/of gedragsproblemen. Hiervoor werden kinderen onderzocht die verwezen waren naar MOC 't Kabouterhuis en kinderen die verwezen waren naar de Bascule, een instelling in Amsterdam voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Voor dit onderzoek werd gebruikt gemaakt van een groep kinderen waarbij informatie beschikbaar was over verstoord gehechtheidsgedrag, internaliserende en externaliserende problemen en ouderlijke stress. Deze informatie was verzameld door middel van interviews met de ouders en vragenlijsten. Met behulp van een checklist werden dossiers gescoord op aanwijzingen voor het voorkomen van mishandeling/verwaarlozing. Gemiddeld drie jaar na behandeling werden ouders van de kinderen die in behandeling waren bij 't Kabouterhuis opnieuw benaderd voor een follow-up onderzoek. Tijdens het follow-up onderzoek onderzochten we het beloop van gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag door middel van interviews en observaties. Het onderzoek behelsde ook het verband tussen het beloop van gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag en emotionele mishandeling/verwaarlozing, de mate van zelfcontrole bij kinderen en psychiatrische stoornissen.

Het derde doel was om de kennis te vergroten over het beloop van emotionele- en gedragsproblemen na behandeling op de vroege kinderleeftijd en te achterhalen of specifieke temperamentskenmerken naast psychische problemen bij ouders van invloed zijn op dit beloop. Hiervoor werden kinderen die verwezen waren naar 't Kabouterhuis onderzocht door middel van vragenlijsten en interviews: bij de start van de behandeling, aan het einde van de behandeling en bij follow-up. (Zie ook Appendix 1 voor een studie-opzet met instrumenten). De behandeling was afgestemd op de hulpvraag, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de kinderen/gezinnen. Gezinsbegeleiders maakten samen met psychologen en orthopedagogen gebruik van gedragstherapeutische adviezen, oplossingsgericht werken, competentie vergrotend werken en video feedback. Kinderen kregen zo nodig logopedie, fysiotherapie, psychotherapie, medicatie en/ of één tot vier dagen per week groepsbehandeling gericht op het vergroten van ontwikkelingsvaardigheden.

Bevindingen

In **hoofdstuk 2** wordt de relatie beschreven tussen temperament en psychische problematiek bij 216 jonge kinderen, verwezen voor behandeling van emotionele- of gedragsproblemen. Van deze groep werden 115 verwezen kinderen vergeleken met 115 niet-verwezen kinderen uit de algemene bevolking (gematcht op leeftijd en geslacht). Het bleek dat verwezen kinderen meer moeite hadden om hun emoties en gedrag te reguleren (minder zelfcontrole) dan kinderen uit de algemene bevolking. Ook bleek dat verwezen kinderen minder gemakkelijk te kalmeren waren. Verder waren hogere scores op negatieve emotionaliteit en lagere scores op zelfcontrole bij kinderen gerelateerd aan meer internaliserende en externaliserende problemen.

Deze relatie was net zo sterk bij verwezen kinderen als bij kinderen in de algemene bevolking. De extremen van deze temperamentskenmerken kunnen mogelijk tot disfunctioneren leiden waarvoor behandeling wordt geïndiceerd. Opvallend was dat impulsiviteit wel gerelateerd was aan externaliserend probleemgedrag bij verwezen kinderen, maar niet bij de kinderen uit de algemene bevolking. Mogelijk zijn er andere factoren in het temperament van kinderen of factoren in ouderschap die deze relatie beïnvloeden.

Verwezen kinderen met zowel ernstige internaliserende als externaliserende problematiek hadden meer problemen om hun gedrag af te remmen (onderdeel van zelfcontrole), meer moeite om zichzelf te kalmeren tijdens stress en een hogere mate van frustratie/irritatie dan kinderen zonder een combinatie van ernstige internaliserende en externaliserende problematiek.

Hoofdstuk 3 beschrijft onderzoek naar geïnhibeerd en gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag, symptomen van RAD en DSED, bij 200 jonge kinderen die waren verwezen voor behandeling vanwege emotionele- of gedragsproblemen. Kinderen die opgroeiden bij hun biologische ouders ($n = 141$) werden vergeleken met kinderen die in een pleeggezin waren geplaatst ($n = 59$). Van de thuiswonende kinderen was 54% (ooit) mishandeld/verwaarloosd, terwijl dit bij de pleegkinderen voorkwam bij 90%. Geïnhibeerd gehechtheidsgedrag werd minder vaak gevonden bij kinderen die opgroeiden bij hun biologische ouders (9%) dan bij pleegkinderen (27%). Er werd geen verband gevonden met mishandeling/verwaarlozing. Alleen bij thuiswonende kinderen was geïnhibeerd gehechtheidsgedrag gerelateerd aan zowel internaliserende als externaliserende problematiek bij kinderen. Gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag kwam in vergelijkbare mate voor bij thuiswonende kinderen (42%) als bij pleegkinderen (51%). Er werd geen verband gevonden met verwaarlozing/mishandeling, maar gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag was wel gerelateerd aan een hogere mate van ouderlijke stress (opvoedbelasting). Ook was het gerelateerd aan een ernstige mate van externaliserende gedragsproblemen bij zowel thuiswonende kinderen als pleegkinderen. De bevindingen laten zien dat geïnhibeerd en gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag voorkomen bij thuiswonende kinderen die zijn verwezen voor behandeling van emotionele- en gedragsproblemen. Deze gedragingen kunnen klinisch van belang zijn, gezien het verband met emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen als ook de opvoedbelasting bij ouders. De bevindingen laten de vraag onbeantwoord waar geïnhibeerd en gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag vandaan komt.

Vervolgonderzoek naar het beloop van gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag wordt beschreven in **hoofdstuk 4**. Voor dit onderzoek zijn 124 kinderen (82% jongens, gemiddeld 4 jaar oud bij de start van de behandeling en gemiddeld 8 jaar oud bij follow-up) onderzocht. Onder de 47 kinderen met vroeg gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag werd bij 57% ditzelfde gedrag nog steeds bij follow-up gevonden. Emotionele mishandeling of verwaarlozing in de vroege kinderjaren vertoonde geen verband met gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag. Er werd evenmin een relatie gevonden met de mate van zelfcontrole bij de kinderen op jonge leeftijd. Daarmee is onduidelijk wat het beloop van gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag bij jonge thuiswonende kinderen verklaart. Wel blijkt een aanzienlijk deel van de kinderen te persisteren in dit gedrag. Vanwege gerezen vragen naar een mogelijke overlap met symptomen van een autisme spectrum stoornis (ASS), waarbij kinderen ook sociaal onaangepast gedrag kunnen laten zien, werd gekeken naar de samenhang van ASS met gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag. Gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag hing niet samen met een autisme spectrum stoornis. Deze resultaten sluiten aan bij ander onderzoek dat laat zien dat er onderscheid bestaat tussen symptomen van ASS en DSED. Kinderen die het gedisinhibeerd gedrag bleven vertonen, hadden bij follow-up wel vaker dan de kinderen die dit gedrag niet vertoonden een aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), met of zonder oppositionele gedragsstoornis (ODD). Gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag op jonge leeftijd voorspelde de aanwezigheid van ADHD in combinatie met ODD bij follow-up, maar niet ADHD alleen. Dit suggereert dat gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag bij jonge thuiswonende kinderen met name geassocieerd is met ADHD wanneer er ook grensoverschrijdend agressief gedrag is.

In **hoofdstuk 5** wordt onderzoek beschreven waarbij het beloop van internaliserende en externaliserende problemen na behandeling op vroege kinderleeftijd in kaart werd gebracht in relatie tot temperament en ouderlijke psychopathologie. Voor dit onderzoek werden 360 peuters en kleuters (81% jongens, gemiddelde leeftijd 4 jaar) samen met hun ouders onderzocht. De kinderen waren zowel voor ambulante als voor dagbehandeling verwezen naar MOC 't Kabouterhuis vanwege emotionele- en/of gedragsproblemen. Ze werden driemaal onderzocht: bij de start van de behandeling, bij einde van de behandeling ($n = 246$) en gemiddeld 3 jaar later ($n = 164$). We hebben een significante daling van de psychische problemen gevonden: de kinderen vertoonden minder internaliserende en externaliserende problemen zowel direct na de

behandeling als 3 jaar later ten opzichte van de start. Verbetering van probleemgedrag tijdens de behandeling was gerelateerd aan een betere kwaliteit van leven bij follow-up. Tegelijkertijd werden na behandeling nog wel bij 48% van de kinderen emotionele- of gedragsproblemen gerapporteerd. Een lagere score op zelfcontrole en een hogere score op frustratie bij jonge kinderen was gerelateerd aan externaliserende problematiek tot minstens drie jaar na behandeling. Problemen om zichzelf te kalmeren (lagere scores op kalmeerbaarheid bij kinderen), naast meer depressieve symptomen bij de ouder, waren juist gerelateerd aan meer internaliserende problemen bij kinderen na behandeling. Eerder is door Caspi et al. (2014) gesuggereerd dat een lage zelfcontrole een risicofactor kan zijn die gerelateerd is aan verschillende psychiatrische stoornissen later in het leven. Ook prikkelbaarheid op jonge leeftijd, waar een hoge mate van frustratie deel van uitmaakt, is eerder geassocieerd met psychiatrische problematiek en disfunctioneren later in het leven (Dougherty et al., 2015). Dit onderzoek sluit aan bij deze bevindingen. Daarnaast voegt het eraan toe dat problemen met kalmeerbaarheid, dus wanneer kinderen zichzelf moeilijk kunnen kalmeren, een risicofactor vormen.

Beperkingen

De generaliseerbaarheid van de bevindingen zijn beperkt doordat niet alle gezinnen meededen. Er waren ouders die bijvoorbeeld vanwege een taalbarrière niet mee konden doen. Daardoor hebben we een zekere selectie in onze groep van meer autochtone kinderen. Ook is de groep kinderen die is onderzocht een heterogene groep wat betreft het type problematiek en wat betreft het type behandelingen dat is uitgevoerd, waardoor niet gezegd kan worden wat er precies voor wie in welke context heeft gewerkt. Ook wijkt de populatie van het Kabouterhuis mogelijk af van die van andere kinderspsychiatrische instellingen. Een ander beperking is dat niet alle mogelijke relevante factoren (zoals o.a. taalproblemen, medische aandoeningen) konden worden meegenomen in dit onderzoek. Een beperking met betrekking tot de gehechtheid is dat we de kwaliteit van de ouder-kind relatie niet hebben onderzocht. Dit had te maken met de keuze om de ouders en kinderen niet te veel te belasten.

Implicaties voor onderzoek

Het blijft belangrijk om te onderzoeken welke kinderen problemen houden en of behandeling kan worden aangepast met betere resultaten tot gevolg. Verder is het, net als voor oudere kinderen, ook voor jonge kinderen belangrijk om te onderzoeken of er behandelingen zijn die voor specifieke groepen kinderen onder bepaalde omstandigheden effectief zijn of juist niet. Daarbij kan het relevant zijn om rekening te houden met depressieve symptomen bij de ouder(s) en met temperamentskenmerken van kinderen. Vervolgonderzoek is verder nodig om het verstoord gehechtheidsgedrag dat we vonden bij thuiswonende kinderen nog beter te begrijpen. Daarbij kan gedacht worden aan het specifiek beschrijven van het soort gedrag van de kinderen, bijvoorbeeld of de kinderen alleen verbale sociale disinhibitie laten zien of ook fysieke disinhibitie. Ook is het belangrijk om ouderschap en de kwaliteit van de relatie met de ouders te onderzoeken, met name in stressvolle situaties. Daarbij dient ook aandacht te zijn voor sociaal maatschappelijk factoren, armoede en sociaal isolement.

Implicaties voor de klinische praktijk

Aandacht in het veld neemt toe voor kenmerken die, stoornis overstijgend, een rol kunnen spelen in de behandeling. Dit worden ook wel transdiagnostische kenmerken genoemd. Emotieregulatie en gehechtheid zijn daar voorbeelden van. Waar een diagnostische benadering zich richt op symptomen van stoornissen, richt een transdiagnostische benadering zich op factoren of processen die van belang zijn bij meerdere stoornissen (van Amelsvoort et al., 2018).

Een hoge mate van frustratie, moeite om zichzelf te kalmeren in situaties van stress en een lage zelfcontrole zijn uit ons onderzoek naar voren gekomen als temperamentskenmerken die van belang kunnen zijn voor het latere functioneren. Onderdeel van veel behandelingen voor jonge kinderen is het trainen van zelfcontrole. Behandeling zou echter ook gericht moeten zijn op andere temperamentskenmerken. Wanneer ouders en kind beter leren omgaan met de specifieke eigen temperamentskenmerken, naast of bij eventuele psychiatrische

stoornissen, en ouders en kind beter op elkaar kunnen afstemmen, kan dit een positieve invloed hebben op de ontwikkeling van een kind (McClowry & Collins, 2015). Er zijn aanwijzingen dat kinderen verschillend op omstandigheden kunnen reageren (Belsky & Pluess, 2009). In eerder onderzoek is gevonden dat kinderen die vanuit hun temperament geneigd zijn om negatief te reageren op situaties meer dan kinderen zonder deze manier van reageren ontvankelijk zijn voor een negatieve manier van opvoeden door hun ouders om externaliserende problemen te ontwikkelen (van Zeijl, et al. 2007). Uit dit onderzoek bleek dat deze kinderen ook extra ontvankelijk zijn voor verbetering van probleemgedrag als ouders positief gaan opvoeden, wat kansen biedt voor behandeling.

Het onderzoek beschreven in dit proefschrift laat ook zien dat het belangrijk is om depressieve symptomen bij ouders te herkennen en mee te nemen in de behandeling, omdat dit geassocieerd is met een slechter beloop van psychische problemen na behandeling. Aangezien de manier waarop jonge kinderen zichzelf kunnen kalmeren in stressvolle situaties ook afhankelijk is van de ouders en ouder-kind relatie, kan het extra belangrijk zijn om te investeren in verbetering van de ouder-kind relatie wanneer er problemen worden gezien.

Tegelijkertijd is het voor diagnostiek en behandeling ook van belang dat er beter zicht komt op eventueel verstoord gehechtheidsgedrag. Daarvoor is het nodig dat er met de ouders worden gesproken over de ouder-kind relatie en het gedrag van het kind, alsook dat de ouder-kind relatie wordt geobserveerd en het gedrag van het kind ten opzichte van een relatieve onbekende wordt beoordeeld. Wanneer geïnhibeerd (emotioneel teruggetrokken, nauwelijks voorkeur voor een volwassene) en gedisinhibeerd (vrijpostig, sociaal ontremd en ongepast) gehechtheidsgedrag beter wordt herkend, kan diagnostiek en behandeling daarop worden aangepast. Het is echter belangrijk dat men zich realiseert dat wanneer een kind geïnhibeerd of gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag vertoont, er niet automatisch vanuit moet worden gegaan dat er sprake is van mishandeling of verwaarlozing. Uit eerder onderzoek en ook uit dit onderzoek blijkt wel dat jonge kinderen met emotionele- en gedragsproblemen risico lopen op kindermishandeling (Lau & Weisz, 2003; Walrath et al, 2006). Maar er is altijd zorgvuldig diagnostisch onderzoek nodig naar de omstandigheden van opgroeien. Ook is zorgvuldig onderzoek nodig om onderscheid te maken tussen gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag passend bij DSED en andere psychiatrische stoornissen zoals ODD en ADHD. Er is eerder al gesuggereerd dat symptomen van DSED verward kunnen worden voor ADHD (Pritchett et al., 2013). Goede diagnostiek is nodig om onderscheid te maken tussen de stoornissen, maar de stoornissen kunnen ook samen voorkomen. Het is belangrijk om gedisinhibeerd gehechtheidsgedrag te onderkennen, aangezien dit gedrag vaak blijft bestaan en een risico kan zijn voor het optreden van slachtofferschap van mishandeling/misbruik.

Slotwoord

Voor diagnostiek en behandeling kan het in beeld brengen van verstoord gehechtheidsgedrag en manieren van emotie-regulatie als kenmerken van temperament bij kinderen, naast eventuele depressieve symptomen bij de ouder(s), zinvol zijn om de zorg beter af te stemmen. Middels gesprekken, observaties, video-feedback en ouder-kind behandeling kan gewerkt worden aan een verbetering van de afstemming tussen ouders/verzorgers en het jonge kind. Naast een stoornis-gerichte benadering kan een transdiagnostische benadering helpen om diagnostiek en behandeling persoonlijk af te stemmen. Een interdisciplinaire werkwijze, waarbij er met meerdere disciplines wordt gewerkt aan integratieve beeldvorming en behandeling, is daarvoor van groot belang.