

HANDBOEK KLINISCHE ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE

Redactie: prof. dr. Caroline Braet, prof. dr. Susan Bögels,
prof. dr. Lien Goossens en prof. dr. Peter Muris



Handboek klinische ontwikkelingspsychologie

Onder redactie van:

Caroline Braet

Susan Bögels

Lien Goossens

Peter Muris

Handboek klinische ontwikkelings- psychologie

Derde, herziene druk

Redactie

Caroline Braet

Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids-
en Sociale Psychologie
Universiteit Gent
Gent, België

Lien Goossens

Onderzoeksgroep Klinische
Ontwikkelingspsychologie
Universiteit Gent
Gent, België

Susan Bögels

Ontwikkelingspsychologie
Universiteit van Amsterdam
Amsterdam, Nederland

Peter Muris

Faculteit Psychologie en
Neurowetenschappen
Universiteit Maastricht
Maastricht, Nederland

ISBN 978-90-368-3145-1

ISBN 978-90-368-3146-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-90-368-3146-8>

© BSL Media & Learning is een handelsnaam en merk van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2008, 2014, 2026, gecorrigeerde publicatie 2026

Alle intellectuele eigendomsrechten ten aanzien van deze uitgave, waaronder begrepen maar niet beperkt tot de tekst, opmaak, indeling, afbeeldingen, tekeningen, grafieken, data, titels, merken, video's en geluidsfragmenten, komen uitsluitend toe aan BSL Media & Learning dan wel aan haar gelieerde vennootschappen of derden met wie BSL Media & Learning overeenkomsten heeft gesloten.

Alle rechten ten aanzien van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door het maken van fotokopieën of opnamen, scannen, verhuren, archiveren, gebruik voor tekst- en datamining toepassingen, gebruik in of ten behoeve van (training van) programma's die kunstmatige intelligentie (AI) toepassen en op enige andere manier bewerken van de uitgave, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van BSL Media & Learning.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van de Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot BSL Media & Learning te wenden.

Samensteller(s) en BSL Media & Learning zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

NUR 847

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Straive, Chennai, India

Omslagontwerp: Studio Bassa/Nicole Eugelink, Studio Het Lint

Fotocredit: MotionIsland iStock

Naleving GPSR

De General Product Safety Regulation (GPSR) van de Europese Unie (EU) is een reeks regels die vereist dat onze producten veilig zijn en beschrijft onze verplichtingen om dit te waarborgen.

Als u zich zorgen maakt over onze producten, kunt u contact met ons opnemen via onderstaande gegevens:

BSL Media & Learning
Afdeling Klantenservice
Tel. 030-6383838
Email: info@bsl.nl

www.bsl.nl

Gooi dit product niet zomaar weg, recycle het.

Inleiding

Kinderen en jongeren hebben de toekomst, zeggen we vaak. Maar die toekomst is onzeker. Voor het eerst groeit een generatie kinderen op van wie wordt verwacht dat ze het in financieel opzicht niet beter zullen hebben dan hun ouders. Meer dan de helft van de wereldbevolking woont inmiddels in stedelijke gebieden, waar schaarste bestaat aan betaalbare woningen, veilige buitenruimte om te spelen, natuur en stilte. Tegelijkertijd worden kinderen en jongeren geconfronteerd met toenemende geopolitieke spanningen en oorlogen, een aanhoudende klimaatcrisis en een steeds intensievere blootstelling aan de digitale wereld. Die digitale wereld biedt kansen voor leren, verbinding en zelfontplooiing, maar brengt ook risico's met zich mee, zoals overprikkeling, meer online sociale vergelijking, cyberpesten, prestatiedruk en voortdurende bereikbaarheid. Deze combinatie van maatschappelijke, ecologische en digitale uitdagingen draagt bij aan toenemende stress bij zowel kinderen en jongeren, als hun ouders. Mentale problemen en psychopathologie bij de jeugd nemen dan ook toe.

Kennis over het ontstaan, herkennen en behandelen van mentale problemen in de kindertijd is daarom essentieel, niet alleen om klachten te verminderen, maar ook om verergering daarvan te voorkomen. Daarbij is inzicht nodig in kwetsbaarheden, veerkracht en beschermde factoren, en vooral de interactie tussen die factoren. We weten inmiddels dat factoren die sommige kinderen gevoeliger maken voor het ontwikkelen van mentale problemen ze niet alleen kwetsbaarder maken voor negatieve ervaringen – zoals pesten, armoede of een afwezige ouder –, maar ook ontvankelijker kunnen maken voor positieve ervaringen, zoals een steunende gezins- of schoolomgeving en betekenisvolle sociale relaties. Mentale problemen zijn dan ook meestal het resultaat van een complexe interactie tussen biologische kwetsbaarheden en omgevingsfactoren.

In de afgelopen decennia is het onderzoek naar afwijkend functioneren bij kinderen en jongeren – onder andere bekend als *abnormal child psychology* en *developmental psychopathology* – explosief toegenomen. In relatief korte tijd is een gedegen empirische traditie opgebouwd, waarin uiteenlopende aspecten van de ontwikkeling worden onderzocht, evenals hun klinische toepassingen.

Een Nederlandstalig handboek, waarin de meest recente stand van zaken wordt weergegeven, mocht dan ook niet ontbreken. In 2008 verscheen voor het eerst het *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* onder de redactie van Prof. dr. Caroline Braet en Prof. dr. Pier Prins. In 2014 volgde een herziene versie. De snelle ontwikkelingen binnen het vakgebied vroegen om een nieuwe herziening. Daarom werd in 2025 een nieuw, sterk en ervaren redactieteam gevormd, en werkten meer dan veertig experts uit Nederland en België mee aan een volledig herziene versie van het handboek.

In de huidige editie van het *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, onder redactie van Prof. dr. Caroline Braet, Prof. dr. Susan Bögels, Prof. dr. Lien Goossens en Prof. dr. Peter Muris, is de kennis over elf probleemgebieden grondig herzien en geactualiseerd. Bovendien zijn er acht nieuwe domeinen geselecteerd waarin een stagnerende ontwikkeling mogelijk is en de weg naar langdurige mentale problemen groot kan zijn.

Na een inleidend hoofdstuk dat de theoretische concepten verduidelijkt, bespreken de daaropvolgende hoofdstukken per domein wat op welke leeftijd als normaal wordt beschouwd en hoe de ernst van een mogelijk afwijkende ontwikkeling kan worden bepaald. Ook komen de factoren die deze ontwikkeling bevorderen, belemmeren of in stand houden aan de orde. Daarnaast komt de actuele stand van zaken rond diagnostiek en mogelijke evidence-based behandelingen aan bod. Nieuw is dat er per hoofdstuk meer aandacht is voor preventie. Deze herziene editie besteedt bovendien extra aandacht aan voorbeelden uit de klinische praktijk in de vorm van ‘casusvignetten’ en bevat ook opdrachten die de lezer uitdagen om de opgedane kennis actief te verwerken.

Als leidraad voor elk hoofdstuk geldt een aantal principes; een meer dimensionele kijk op mentale problemen, waarbij het louter categoriale diagnostische ‘stoornisdenken’ wordt overstegen; het hanteren van een ontwikkelingsperspectief door een zorgvuldige inschatting te maken van de prognose en mogelijke ontwikkelingstrajecten; en het erkennen van het belang van beschermende factoren. Centraal staat een transactionele benadering van de afwijkende ontwikkeling, die ons in staat stelt om voor elk kind met mentale klachten een schematisch beeld te vormen van de onderliggende interagerende mechanismen. Alle bijdragen benadrukken dat kinderen en jongeren weliswaar bepaalde biologische kwetsbaarheden kunnen hebben, maar tegelijk door hun omgeving worden beïnvloed en op hun beurt in belangrijke mate invloed uitoefenen op die omgeving. Dankzij deze unieke invulling is het boek meer dan een naslagwerk: elk hoofdstuk zal de zorgverlener meteen inspireren om op professionele wijze te handelen, en dit op een veelheid van domeinen.

Wij danken de auteurs, allen experts op hun terrein, voor hun inspanningen om dit perspectief in hun bijdrage vorm te geven. Hierdoor zal deze derde, volledig herziene editie van het *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* een deskundig en bruikbaar kader bieden voor studenten, onderzoekers en zorgverleners. Uiteindelijk zal deze opzet, zo hopen wij, ten goede komen aan de kinderen en jongeren wier ontwikkeling wordt bedreigd.

Namens de redactie

Prof. dr. Caroline Braet

Prof. dr. Susan Bögels

Prof. dr. Lien Goossens

Prof. dr. Peter Muris

Disclaimers

- In dit boek verwijst de term ‘ouder’ naar de primaire zorgfiguur. Dit is vaak een ouder, maar kan ook een andere belangrijke verzorger zijn.
- In dit boek gebruiken we de generieke termen ‘kind(eren)’ en ‘kindertijd’ wanneer we verwijzen naar de leeftijdsfase vanaf de geboorte tot het begin van de volwassenheid (achttien jaar). Wanneer bevindingen voornamelijk betrekking hebben op specifieke doel- of leeftijdsgroepen, gebruiken we meer specifieke termen, zoals baby’s, peuters, kleuters, kinderen en (pre)adolescenten.
- Elke hoofdstuk bevat verwijzingen naar extra online materiaal. Dit omvat telkens een uitgebreide literatuurlijst, antwoorden op de vragen die in het boek aan bod komen en hier en daar nog een extra illustratie. Op de laatste pagina is hiervoor de inlogcode te vinden.

Inhoud

1	Ontwikkeling en psychopathologie	1
	<i>L. Goossens, P. E. H. M. Muris en M. A. G. van Aken</i>	
2	Gehechtheid: implicaties voor ontwikkelingspsychopathologie	39
	<i>M. J. Bakermans-Kranenburg, G. Bosmans en M. H. van IJzendoorn</i>	
3	Vroege regulatieproblemen	67
	<i>K. Brenning, M. L. Van Beveren, E. L. Möller en O. Janssens</i>	
4	Verstandelijke beperking	95
	<i>N. C. Peters-Scheffer en M. P. H. Rouleaux</i>	
5	Autisme	119
	<i>P. Warreyn en H. Roeyers</i>	
6	Stoornissen in de aandacht- en impulsregulatie	145
	<i>L. Vervoort en S. van der Oord</i>	
7	Leerproblemen en leerstoornissen	171
	<i>L. Peters, A. J. J. M. Ruijsenaars, A. Minnaert en P. Ghesquière</i>	
8	Psychose	197
	<i>R. van Winkel en J. Haas</i>	
9	Stemmingsproblemen en depressie	221
	<i>D. H. M. Bodden, L. Wante, C. Braet en B. Timbremont</i>	
10	Angst en angststoornissen	255
	<i>P. E. H. M. Muris en S. Bögels</i>	
11	Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij kinderen en adolescenten	285
	<i>L. H. Kooij, P. Helmond en R. J. L. Lindauer</i>	
12	Aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) bij kinderen en adolescenten	311
	<i>L. Goubert en E. Van Hoecke</i>	
13	Eetproblemen en eetstoornissen bij kinderen en adolescenten	347
	<i>L. Goossens, E. Van Malderen, C. Braet en A. A. N. Mulkens</i>	

14 **Slaapproblemen bij kinderen en adolescenten**..... 377
E. J. De Bruin en D. H. Sandries

15 **Agressief en regelovertredend probleemgedrag**..... 409
B. Orobio de Castro en W. G. J. De Mey

16 **Problematisch middelengebruik en verslaving**..... 441
R. W. Wiers en H. Larsen

17 **Persoonlijkheidsstoornissen** 467
N. Koster en P. T. van der Heijden

18 **Hoogbegaafdheid, implicaties voor
ontwikkelingspsychopathologie**..... 499
W. L. Frumau-van Pinxten, M. L. Frumau, W. A. M. Peters en A. W. E. A. Bakx

19 **Seksuele en genderdiversiteit bij jongeren** 525
H. M. W. Bos, G. van Beusekom en A. L. C. de Vries

Erratum bij: Agressief en regelovertredend probleemgedrag..... E1
 B. Orobio de Castro en W. G. J. de Mey

Bijlage

 Register 553

Redactie en auteurs

Redactie

Prof. dr. C. Braet

klinisch psycholoog en gedragstherapeut,
hoogleraar Vakgroep Ontwikkelings-,
Persoonlijkheds- en Sociale Psychologie,
Universiteit Gent, Gent

Prof. dr. S. Bögels

psycholoog, psychotherapeut en mindfulness
trainer, hoogleraar Family Mental Health &
Mindfulness, Universiteit van Amsterdam,
Amsterdam

Prof. dr. P. E. H. M. Muris

hoogleraar, Faculteit Psychologie en
Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht
en GZ-psycholoog, Youz Parnassia Groep

Dr. L. Goossens

klinisch psycholoog en hoofddocent,
Onderzoeksgroep Klinische
Ontwikkelingspsychologie, Faculteit
Psychologie en Pedagogische Wetenschappen,
Universiteit Gent, Gent

Auteurs

Prof. dr. M. A. G. van Aken

hoogleraar, afdeling Ontwikkelingspsychologie,
Universiteit Utrecht, Utrecht

Prof. dr. M. J. Bakermans-Kranenburg

hoogleraar, afdeling Psychology, William James
Center for Research, ISPA, Lisbon; Facultad de
Psicología y Humanidades, Universidad San
Sebastián, Sede Valdivia, Chile

Prof. dr. A. W. E. A. Bakx

bijzonder hoogleraar Hoogbegaafdheid,
Transities en Maatschappelijke Impact,
departement Ontwikkelingspsychologie,
Tilburg University; lector Goed leraarschap,
Fontys Hogeschool, Tilburg

Dr. G. van Beusekom

universitair docent, afdeling Interdisciplinaire
Sociale Wetenschap, Universiteit Utrecht,
Utrecht

Dr. M. L. Van Beveren

klinisch psycholoog en postdoctoraal
onderzoeker, Onderzoeksgroep Klinische
Ontwikkelingspsychologie, Faculteit
Psychologie en Pedagogische Wetenschappen,
Universiteit Gent, Gent

Dr. D. H. M. Bodden

universitair docent, afdeling Pedagogiek,
Universiteit Utrecht en GZ-psycholoog, Praktijk
Haans KaJo, Sint-Oedenroede/Veghel

Prof. dr. S. Bögels

psycholoog, psychotherapeut en mindfulness
trainer, hoogleraar Family Mental Health &
Mindfulness, Universiteit van Amsterdam,
Amsterdam

Prof. dr. H. M. W. Bos

hoogleraar, Research Institute Child
Development and Education, Universiteit van
Amsterdam, Amsterdam

Prof. dr. G. Bosmans

hoogleraar, afdeling Klinische psychologie, KU
Leuven, Leuven

Prof. dr. C. Braet

klinisch psycholoog en gedragstherapeut,
hoogleraar Vakgroep Ontwikkelings-,
Persoonlijkheds- en Sociale Psychologie,
Universiteit Gent, Gent

Prof. dr. K. Brenning

klinisch psycholoog (gedragstherapeut) en hoofddocent, Onderzoeksgroep Klinische Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, Gent

Dr. E. J. de Bruin

universitair docent, Pedagogische en Onderwijswetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam en afdeling Psychology, Health and Technology, Universiteit van Twente

Drs. W. L. Frumau-van Pinxten

GZ-psycholoog, psychotherapeut, PPF Centrum voor Hoog Ontwikkelingspotentieel, Vught/Nijmegen

M. L. Frumau MSc, MSc (Res)

GZ-psycholoog, PPF Centrum voor Hoog OntwikkelingsPotentieel, Vught/Nijmegen

Prof. dr. P. Ghesquière

gewoon hoogleraar Orthopedagogiek, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven, Leuven

Dr. L. Goossens

klinisch psycholoog en hoofddocent, Onderzoeksgroep Klinische Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, Gent.

Prof. dr. L. Goubert

klinisch psycholoog en gewoon hoogleraar Klinische Gezondheidspsychologie, Ghent Health Psychology Lab, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, Gent

Dr. J. Haas

kinder- en jeugdpsychiater, Vroege Psychosesteam Vrint, UPC KU Leuven, Leuven

Dr. P. Helmond

GZ-psycholoog en senior onderzoeker, Gebiedsteam en kwaliteitsteam, Levvel, Amsterdam

Drs. D. Hendriks-Sandries

orthopedagoog-generalist en somnoloog, Slaap- Waakcentrum, SEIN Expertisecentrum Heemstede en eigenaar Praktijk Hendriks Familycoaching, Leiden

Prof. dr. P. T. van der Heijden

klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar, Centrum Adolescentenpsychiatrie, Reinier van Arkel, Den Bosch en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen

Prof. dr. E. Van Hoecke

pediatrisch psycholoog, Kinderziekenhuis, Universitair Ziekenhuis Gent; klinisch professor, Vakgroep Inwendige ziekten en Pediatrie, Universiteit Gent, Gent

Prof. M. H. van IJzendoorn

adjunct professor, Department of Psychiatry, Monash University, Melbourne

Dr. O. Janssens

post-doctoraal onderzoeker, vroedvrouw, Universiteit Gent, Gent

Dr. L. H. Kooij

GZ-psycholoog, Levvel, Kinder en Jeugd Psychiatrie, Amsterdam

Dr. N. Koster

klinisch psycholoog, psychotherapeut en senior onderzoeker, Reinier van Arkel, Vught

Dr. H. Larsen

universitair hoofddocent, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Prof. dr. R. J. L. Lindauer

hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC/Levvel, Amsterdam

Dr. E. Van Malderen

klinisch psycholoog en postdoctoraal onderzoeker, Onderzoeksgroep Klinische Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, Gent

Prof. dr. W. G. J. De Mey

vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent, Gent

Prof. dr. A. Minnaert

hoogleraar Orthopedagogiek en Klinische Onderwijskunde, afdeling Pedagogiek en Onderwijswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

Dr. E. L. Möller

senior onderzoeker en orthopedagoog, Expertisecentrum Ontwikkelingsondersteuning Prematuren, Amsterdam UMC, Amsterdam

Prof. dr. A. A. N. Mulkens

klinisch psycholoog, psychotherapeut en hoogleraar, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Capaciteitsgroep Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht

Prof. dr. P. E. H. M. Muris

hoogleraar, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht en GZ-psycholoog, Youz Parnassia Groep

Prof. dr. S. van der Oord

Onderzoeksgroep Klinische Psychologie, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven, Leuven

Prof. dr. B. Orobio de Castro

hoogleraar Orthopedagogiek, afdeling Pedagogische en Onderwijs Wetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam

Prof. dr. L. Peters

docent, Onderzoeksgroep Ontwikkelingsdiversiteit, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, Gent

Dr. W. A. M. Peters

GZ-psycholoog, PPF Centrum voor Hoog OntwikkelingsPotentieel, Vught/Nijmegen

Dr. N. C. Peters-Scheffer

universitair hoofddocent, Pedagogische Wetenschappen & Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen

Prof. dr. H. Roeyers

gewoon hoogleraar, Onderzoeksgroep Ontwikkelingsdiversiteit, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent, Gent

Drs. M. P. H. Rouleaux

GZ-psycholoog, Advisium, 's Heeren Loo, Apeldoorn, docent Pedagogische wetenschappen, Radboud Universiteit, Nijmegen

Prof. dr. A. J. J. M. Ruijsenaars

em. hoogleraar, afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

Dr. B. Timbremont

coördinator en therapeut, Vrij CLB regio Gent, Universiteit Gent, Gent

Dr. L. Vervoort

assistant professor, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen

Dr. A. L. C. de Vries

kinder- en jeugdpsychiater, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Kennis- en zorgcentrum Genderdysforie, Amsterdam UMC, Amsterdam

Prof. dr. L. Wante

Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en
Sociale Psychologie, Universiteit Gent, Gent

Prof. dr. P. Warreyn

hoofddocent, Onderzoeksgroep
Ontwikkelingsdiversiteit, Faculteit Psychologie
en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit
Gent, Gent

Prof. dr. R. W. Wiers

hoogleraar Ontwikkelingspsychopathologie,
afdeling Psychologie, Universiteit van
Amsterdam, Amsterdam

Prof. dr. R. van Winkel

psychiater en hoogleraar, Departement
Neurowetenschappen, Onderzoeksgroep
Psychiatrie, Centrum voor Klinische Psychiatrie,
UPC KU Leuven en KU Leuven, Leuven



Ontwikkeling en psychopathologie

L. Goossens, P. E. H. M. Muris en M. A. G. van Aken

Samenvatting

Dit inleidende hoofdstuk biedt een beknopte bespreking van de belangrijkste basisprincipes van de ontwikkelingspsychopathologie, die een essentieel theoretisch kader vormen voor (het begrijpen/beoefenen van) de klinische ontwikkelingspsychologie. Achtereenvolgens komen aan de orde a) de dimensionele benadering van normaal naar abnormaal gedrag, b) de belangrijkste ontwikkelingstaken die kinderen moeten leren uitvoeren op weg naar een 'mentaal gezonde' volwassenheid, c) de dynamische interacties tussen risico-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren die binnen een transactioneel kader het ontstaan en voortbestaan van abnormaal gedrag verklaren, d) de principes van equifinaliteit en multifinaliteit als illustratie van de complexiteit van de etiologie van psychische problemen bij kinderen, en e) de ontwikkelingstrajecten van abnormaal gedrag bij kinderen. Ten slotte staan we stil bij wat de basisprincipes voor de klinische praktijk betekenen.

1.1 Ontwikkelingspsychopathologie en klinische ontwikkelingspsychologie – 3

1.1.1 Mogelijkheden van de ontwikkelingspsychopathologie – 4

1.2 Normaal en abnormaal gedrag – 5

1.2.1 Categorisch perspectief – 5

1.2.2 Dimensioneel perspectief – 6

Digitaal aanvullende content

De online versie van dit artikel (► https://doi.org/10.1007/978-90-368-3146-8_1) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

© BSL Media & Learning is een handelsnaam en merk van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2026

C. Braet et al. (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*,
https://doi.org/10.1007/978-90-368-3146-8_1

1.2.3	Overeenkomsten en verschillen tussen een categorisch en een dimensioneel systeem – 6
1.2.4	Naar één systeem? – 7
1.3	Ontwikkelingstaken en psychische problemen – 8
1.3.1	Kennis van de normale ontwikkeling – 8
1.3.2	Inschatten van probleemgedrag – 10
1.3.3	Prevalentie – 11
1.4	Dynamische interacties tussen risico-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren – 12
1.4.1	Risicofactoren in een transactioneel model – 12
1.4.2	Beschermende factoren – 22
1.5	Equifinaliteit en multifinaliteit – 26
1.6	Ontwikkelingstrajecten: stabiliteit en verandering in abnormaal gedrag – 28
1.7	Implicaties voor de klinische praktijk – 30
1.7.1	Implicaties van de dimensionele benadering – 31
1.7.2	Implicaties van ontwikkelingstaken – 32
1.7.3	Implicaties van dynamische multifactoriële transactionele modellen – 32
1.7.4	Implicaties van equifinaliteit en multifinaliteit – 33
1.7.5	Implicaties van ontwikkelingstrajecten – 35
1.8	Conclusie en toekomstperspectief – 36
	Key-referenties – 36

1.1 Ontwikkelingspsychopathologie en klinische ontwikkelingspsychologie

In dit handboek over klinische ontwikkelingspsychologie staan kinderen centraal bij wie psychische problemen zijn vastgesteld. Deze psychische problematiek kan het dagelijks functioneren in belangrijke mate belemmeren, waardoor een gezonde ontwikkeling naar volwassenheid wordt bedreigd. De klinische ontwikkelingspsychologie (KLOP) ziet psychische problemen als afwijkingen van de normale ontwikkeling, richt zich op het beschrijven en vaststellen van de afwijkende gedragingen bij kinderen in de dagelijkse klinische praktijk, en stelt zich de vraag welke factoren de problemen en gedragingen veroorzaken en in stand houden. Tevens kijkt de KLOP naar de klinische implicaties van de verworven inzichten en of er aanknopingspunten zijn voor preventie of gepaste gepaste interventies. Daarmee slaat ze een brug naar de klinische kinder- en jeugdpsychologie, -psychiatrie en (ortho)pedagogiek. Bij het beantwoorden van deze vraag staan de uitgangspunten van de ontwikkelingspsychopathologie (in het Engels *developmental psychopathology*) centraal. Psychopathologie is de wetenschappelijke studie van psychische aandoeningen, afwijkend gedrag en de bijbehorende oorzaken en gevolgen. De ontwikkelingspsychopathologie focust in het bijzonder op de manier waarop dergelijke problemen zich in de loop van het leven ontwikkelen en manifesteren.

De onderzoeksdiscipline ontwikkelingspsychopathologie werd als eerste geïntroduceerd door Achenbach (1974) en later zeer uitgebreid beschreven door Cicchetti (2015) om uit te groeien tot het dominante kader voor het verklaren van afwijkend gedrag bij kinderen. De ontwikkelingspsychopathologie wordt gekenmerkt door verschillende basisprincipes. Deze worden toegelicht in ► box 1.1.

Box 1.1 De basisprincipes van de ontwikkelingspsychopathologie

- De normale en abnormale ontwikkeling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit wil zeggen dat psychische problemen of stoornissen moeten worden gezien tegen een achtergrond van de normale ontwikkeling en dat deze niet mogen worden beschouwd als op zichzelf staande fenomenen, maar meer als afwijkingen van normale ontwikkelingspaden.
- Ontwikkelingstaken (ook wel ontwikkelingsopgaven genoemd) spelen een belangrijke rol. Dit zijn mijlpalen die kinderen op verschillende leeftijden geacht worden te volbrengen om zich gezond te ontwikkelen. Het niet succesvol oplossen van deze taken kan invloed hebben op latere taken, en daarmee bijdragen aan het ontstaan van of zelfs een teken zijn van psychische problemen.
- De ontwikkeling van psychische problemen is het gevolg van een dynamische wisselwerking tussen kwetsbaarheids- (zoals genetische aanleg of temperament), risico- (onder andere nadelige omgevingsinvloeden zoals armoede of verwaarlozing) en beschermende factoren (zoals veerkracht of sociale steun). Hierbij is sprake van een transactioneel proces waarbij het problematische gedrag niet alleen het resultaat is van interne factoren (zoals genetica of temperament) óf externe factoren (zoals opvoeding of school), maar van een voortdurende wederzijdse beïnvloeding (transactie) tussen het kind en zijn omgeving. Psychische problemen worden doorgaans niet veroorzaakt door de aanwezigheid van één ongunstige factor (determinisme), maar zijn meer het

gevolg van de aanwezigheid van meerdere risico- en kwetsbaarheidsfactoren die in afwezigheid van beschermende factoren de kans op het ontstaan van een psychische stoornis vergroten (probabilisme).

- De principes van de equifinaliteit en multifinaliteit zijn van toepassing. Equifinaliteit betekent dat verschillende factoren tot dezelfde stoornis leiden (bijvoorbeeld genetische aanleg, gepest en buitengesloten worden, en gezinsproblemen kunnen elk leiden tot verhoogde depressieve klachten). Multifinaliteit wil zeggen dat één risicofactor tot verschillende uitkomsten kan leiden (zo kan seksueel misbruik bijvoorbeeld leiden tot de posttraumatische stressstoornis, depressie, een angststoornis, gedragsproblemen of geen stoornis).
- Ontwikkelingstrajecten verschaffen belangrijke informatie over het ontstaan en verloop van psychische problemen. Hiervoor worden kinderen gedurende een periode opgevolgd en wordt er nagegaan welke groepen kinderen in hun ontwikkeling verschillende dan wel gelijkaardige paden (of patronen) volgen. Het succesvol bereiken van ontwikkelingsmijlpalen, de confrontatie met nieuwe ontwikkelingstaken, en ook de voortdurend veranderende constellatie van kwetsbaarheids-, risico-, en beschermende factoren maken dat psychische problemen verre van stabiel zijn. De ene keer kan een probleem dat op jonge leeftijd ontstaat ook op latere leeftijd voortbestaan (pad van continuïteit). In andere gevallen verdwijnt het probleem en maakt dit plaats voor een ander psychisch probleem (pad van discontinuïteit). Ook kan het gebeuren dat er naast de bestaande stoornis nog een bijkomend psychisch probleem ontstaat (pad van comorbiditeit).

1.1.1 Mogelijkheden van de ontwikkelingspsychopathologie

De basisprincipes van ontwikkelingspsychopathologie zoals hierboven beschreven zijn natuurlijk niet alleen van toepassing op afwijkend gedrag bij kinderen. In feite gelden deze uitgangspunten voor het ontstaan en voortbestaan van psychische problemen gedurende de hele levensloop. Het onderzoek binnen deze discipline heeft zich echter vooral met psychische problemen of stoornissen bij kinderen beziggehouden omdat de kindertijd gekenmerkt wordt door een snelle opeenvolging van ontwikkelingstaken die moeten worden volbracht en er sprake is van een duidelijke, goed te onderzoeken context (gezin en school) die voortdurend invloed uitoefent op het kind (en die op zijn beurt ook weer door het kind beïnvloed wordt).

De zienswijze van de ontwikkelingspsychopathologie is ook zeer relevant voor de klinische praktijk, waarin kinderen met psychische problemen en hun ouders zich aanmelden voor diagnostiek, begeleiding en behandeling. De uitgangspunten doen recht aan de complexiteit van de casuïstiek die zich aandient: de verscheidenheid aan factoren die een rol spelen bij het ontstaan van het probleem, kindfactoren die voortdurend interacteren met de duidelijk aanwezige context van gezin en school, blootstelling aan bij deze levensfase samenvallende stressvolle gebeurtenissen (zoals scheiding van ouders of leerproblemen); en dat alles tegen een achtergrond van een snel voortschrijdende ontwikkeling. Al deze zaken moeten in acht worden genomen om te begrijpen waarom de ontwikkeling bij een kind ontspoord is en wat er eventueel nodig is om het weer terug op het normale ontwikkelingspad te krijgen.

1.2 Normaal en abnormaal gedrag

Een belangrijke vraag waarmee de klinische ontwikkelingspsychologie worstelt is wat nu precies een psychische stoornis is en wanneer klachten of psychische problemen zouden kunnen worden gezien als een afwijking van de normale ontwikkeling. Er zijn ruwweg twee perspectieven. Ten eerste de categorische benadering, die problematisch functioneren als kwalitatief anders dan normaal functioneren beschouwt. Hier tegenover staat de dimensionele benadering, die ervan uitgaat dat het functioneren een dimensie betreft die loopt van normaal gedrag (bijvoorbeeld rustig zijn) naar randnormaal (bijvoorbeeld druk zijn) naar afwijkend (bijvoorbeeld hyperactief zijn) gedrag. Vanaf een bepaald punt wordt dan een niveau bereikt dat als problematisch ervaren wordt omdat het gedrag hinder veroorzaakt voor de persoon zelf en/of voor de omgeving (zie verder hieronder).

Maar er zijn nog andere verschillen tussen beide perspectieven. De categorische invalshoek is uitgebouwd vanuit medisch-psychiatrische onderzoeken en spreekt bij afwijkingen over 'stoornissen' en 'diagnoses', terwijl de tweede invalshoek meer door het psychologisch onderzoek is gestuurd en daarbij spreekt over 'psychologische of psychische problemen' en 'klinische of subklinische symptomen of klachten'.

'Afwijking' of 'problemen' blijven hoe dan ook ruime begrippen waarin nog andere aspecten meespelen waarmee de klinische ontwikkelingspsychologie rekening moet houden.

Zo dient men ruime kennis te hebben van de normale ontwikkeling. Een probleem (bijvoorbeeld weglopen) kan deel uitmaken van een normale ontwikkeling en inherent zijn aan ontwikkelingsbehoeften (bijvoorbeeld de koppigheidsfase van een peuter) of kan een kenmerk zijn van een slecht verlopend losmakingsproces (bijvoorbeeld een adolescent die van huis wegloopt na een ruzie met de ouders).

Het criterium hulp zoeken bij de vraag of gedrag problematisch is, is niet doorslaggevend aangezien slechts een minderheid van de kinderen in de hulpverlening terecht komt. Dit komt soms doordat ouders van jonge kinderen het probleem niet (willen) erkennen, doordat zij of hun kinderen de weg naar de hulpverlening niet weten te vinden, doordat hulp niet (binnen redelijke termijn) beschikbaar is of doordat ze bang zijn om 'gelabeld' te worden of negatief beoordeeld te worden door de omgeving (angst voor stigmatisering).

1.2.1 Categorisch perspectief

De *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM, American Psychiatric Association, APA) en de *International Classification of Diseases* (ICD, World Health Organization) zijn prototypische voorbeelden van de categorische benadering van psychische problemen. De categorieën omvatten psychiatrische ziektebeelden waarvan de aanwezigheid kan worden vastgesteld aan de hand van prototypische symptomen. Er is sprake van een psychische stoornis als een kind een voldoende aantal van deze symptomen heeft, waarbij deze diens dagelijkse leven significant verstoren of belemmeren.

Het categoriseren van psychische problemen bij kinderen wordt vaak bekritiseerd. Het wordt als dwingend en stigmatiserend ervaren, en zou onvoldoende aansluiten bij de ontwikkelingsdynamiek en gedragsplasticiteit die kenmerkend zijn voor deze levensfasen.

1.2.2 Dimensioneel perspectief

Met de opkomst van de ontwikkelingspsychopathologie (Cicchetti & Cohen, 2006) werd duidelijk dat er behoefte was aan nieuwe modellen voor het screenen en begrijpen van psychische problemen waarin het ontwikkelingsperspectief en de basisprincipes van dit denkkader werden geïntegreerd. Het opnemen van een ontwikkelingsperspectief in het denken over psychische problemen heeft haast automatisch tot een dimensionele benadering geleid. Volgens de basisprincipes van de ontwikkelingspsychopathologie zullen problemen van kinderen door de tijd heen immers variëren, soms meer en dan weer minder afwijken van de normale ontwikkeling, en zijn deze vaak gebonden aan bepaalde levensfasen, psychosociale stressoren, te verwerven vaardigheden of te vervullen ontwikkelingstaken.

Twee hoofddimensies

Plaatst men alle kinderen op een continuüm van ‘geen problemen’ tot ‘veel problemen’, dan spreken we van een dimensionele benadering. Uit empirisch onderzoek bleek a) dat kinderen inderdaad gemakkelijk dimensioneel te plaatsen zijn (gezien de grote variatie tussen kinderen), en b) dat er minimaal twee hoofddimensies zijn. Zo is er een dimensie ‘externaliserende problemen’ (dit zijn gedragsproblemen waarbij het kind zijn of haar emoties en problemen naar buiten richt, zoals agressie, opstandig gedrag, impulsiviteit en storend gedrag) en een dimensie ‘internaliserende problemen’ (dit betreft psychische problemen waarbij het kind zijn of haar emoties vooral naar binnen richt, wat zich uit in bijvoorbeeld angst, depressie, teruggetrokken gedrag en somberheid).

Deze twee dimensies zijn terug te vinden in het Achenbach System of Empirically Based Assessment, ook wel het ASEBA-systeem genoemd (Achenbach & Rescorla, 2001; zie ook ► <https://aseba-europe.org/be-nl/home>). Om kinderen op een continuüm te kunnen plaatsen, wordt gebruikgemaakt van een screeningsinstrument voor psychische problemen bij kinderen, de Child Behaviour Check List (CBCL), in het Nederlands vertaald als de Gedragsvragenlijst voor Kinderen. De somscore van de lijst bepaalt de mate van psychische problematiek bij een kind, en deze kan ook worden berekend voor de afzonderlijke internaliserende en externaliserende probleemdimensies. Omdat symptomen soms over- of onderschat worden, is het mogelijk om verschillende informanten te raadplegen. Deze aanpak begon met gegevens die verzameld zijn in grote steekproeven. Vervolgens werden met behulp van statistische technieken binnen de hoofddimensies meer specifieke probleemgebieden onderscheiden. Deze kregen dan een eigen naam, zoals ‘aandachtsproblemen’, ‘teruggetrokken gedrag’ of ‘delinquentie’, waarbij een kind telkens vanaf een bepaald punt een niveau bereikt dat we problematisch noemen. Hierdoor zijn er binnen de hoofddimensies ‘internaliseren’ en ‘externaliseren’ meerdere subdimensies te onderscheiden.

1.2.3 Overeenkomsten en verschillen tussen een categorisch en een dimensioneel systeem

Overeenkomsten

Categorische en dimensionele classificatiesystemen kennen een aantal overeenkomsten. Zo zijn ze gedragsgericht, beschrijvend (fenotypisch) en atheoretisch van aard. Ze

richten zich uitsluitend op observeerbare symptomen, zonder uitspraken te doen over oorzaken of de culturele betekenis (Achenbach & McConaughy, 2003). Beide hebben een stevige wetenschappelijke basis en worden wereldwijd gebruikt. Ze zijn in vele talen beschikbaar en in verschillende culturen onderzocht. Crosscultureel onderzoek naar het ASEBA-systeem (Achenbach et al., 2008) liet zowel overeenkomsten tussen culturen als cultuurgerelateerde verschillen zien, maar over het algemeen zijn deze culturele afwijkingen beperkt.

Verschillen

Toch zijn er ook opmerkelijke verschillen tussen beide soorten classificatiesystemen. Klinisch-psychiatrische systemen zoals de DSM hanteren een categorisch model met duidelijke drempels (zoals aantal symptomen en duur) en een top-downbenadering: experts bepalen vooraf stoorniscategorieën, die daarna worden gevalideerd. Bepaalde kinderen met atypische klachten of net te weinig symptomen op het moment van het onderzoek vallen hierdoor buiten de boot. Stoornissen sluiten elkaar ook uit en ook comorbiditeit (het gelijktijdig bestaan van een of meer stoornissen, naast een primaire of hoofddiagnose) wordt als probleem gezien.

Empirisch-statistische systemen, zoals ASEBA, gebruiken een dimensioneel model waarin symptomen worden gescoord op gradaties van ernst. Deze benadering is bottom-up: stoornisdimensies worden afgeleid uit statistische analyses van grote steekproeven. Alle kinderen kunnen ergens geplaatst worden. Symptomen kunnen tussen dimensies overlap vertonen en comorbiditeit wordt als normaal beschouwd (Achenbach & McConaughy, 2003).

? **Vraag 1.1** Maak een tabel waarin de belangrijkste verschillen tussen het categorische en dimensionele diagnostische systeem aan bod komen.

1.2.4 Naar één systeem?

Ondanks de verschillen groeien de beide systemen steeds meer naar elkaar toe. Het DSM-systeem erkent nu ook de voordelen van een dimensionele aanpak en is sinds de DSM-5 (2013) in meer dimensionele termen aangepast. De overgang van DSM-IV naar DSM-5 bracht (mede daardoor) enkele belangrijke veranderingen in de diagnostiek van psychische stoornissen bij kinderen met zich mee:

- Een van de meest ingrijpende wijzigingen op het gebied van de klinische ontwikkelingspsychologie is de herziening van de autismespectrumstoornissen. In de DSM-IV (APA, 1994) werden verschillende vormen van autisme onderscheiden: klassiek autisme, de stoornis van Asperger en PDD-NOS. In de DSM-5 zijn deze samengevoegd tot één diagnose: *autismespectrumstoornis* (waarbij de toevoeging van 'spectrum' aangeeft dat autisme zich op verschillende manieren en in verschillende gradaties kan uiten, hetgeen het dimensionele karakter van de stoornis benadrukt). Dit moet de betrouwbaarheid van de diagnose verbeteren, maar roept bij ouders en professionals ook zorgen op over toegang tot de zorg voor kinderen met mildere symptomen (APA, 2013; Volkmar & McPartland, 2014).
- Ook de *aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis* – in het Engels: *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) – als stoornis binnen de DSM werd herzien: de symptomen waren vooral behulpzaam om de stoornis bij kinderen vanaf zeven jaar vast te

stellen, maar zijn nu aangepast en afgestemd op verschillende levensfasen, zodat de diagnose ook mogelijk is bij adolescenten en (jong)volwassenen. Bovendien werd de leeftijd waarop symptomen voor het eerst zichtbaar waren verhoogd van zeven naar twaalf jaar (APA, 2013). Hierdoor kunnen meer jongeren worden gediagnosticeerd die voorheen buiten de criteria vielen.

- Een andere relevante toevoeging in de DSM-5 is de opname van *disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis*, bedoeld voor kinderen tot achttien jaar met chronische prikkelbaarheid en ernstige driftbuien. Deze diagnose werd geïntroduceerd om overdiagnostiek van de bipolaire stoornis bij kinderen tegen te gaan (Leibenluft, 2011).

Daarnaast werd in de DSM-5 meer nadruk gelegd op ontwikkelingsaspecten, wat leidde tot twee groepen van aanpassingen:

1. Voor elke stoornis is nu opgenomen op welke manier symptomen zich op verschillende leeftijden kunnen uiten, wat belangrijk is voor een juiste diagnose bij kinderen en ook volwassenen (APA, 2013). Waar men er vroeger van uitging dat aparte kinderstoornissen bestonden, zoals de separatieangststoornis, die gebonden waren aan een bepaalde leeftijdsfase en nadien overgingen, wordt door het toevoegen van het (levenslange) ontwikkelingsperspectief duidelijk dat dezelfde stoornis een andere uitingvorm kan hebben in andere leeftijdsfasen. Zo wordt de separatieangststoornis bij kinderen gekenmerkt door angst om van de ouders gescheiden te worden uit vrees hen te verliezen, terwijl ze bij volwassenen gekenmerkt wordt door angst voor scheiding van de partner of kinderen vanuit de angst om hen te verliezen.
2. Ook legt de DSM-5 meer nadruk op culturele en ontwikkelingsspecifieke factoren, wat moet leiden tot meer accurate en contextgevoelige diagnostiek. Zo werd bij de criteria van anorexia nervosa bijvoorbeeld het gewichtscriterium aangepast, zodat het beter toepasbaar is bij kinderen (meer bepaald: een significant laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan normaal of, voor kinderen, lager is dan wat minimaal verwacht wordt). Daarnaast werden bij het criterium rond angst voor gewichtstoename naast de angstcomponent ook gedragsmatige indicatoren toegevoegd die makkelijker zichtbaar zouden kunnen zijn voor de omgeving van het kind (namelijk de aanwezigheid van persisterend gedrag dat gewichtstoename belemmert, terwijl er juist sprake is van een significant laag gewicht).

1.3 Ontwikkelingstaken en psychische problemen

1.3.1 Kennis van de normale ontwikkeling

Van belang zijn de normale uitdagingen voor een kind op een bepaalde leeftijd, de zogenoemde ontwikkelingstaken (Kerig et al., 2012). In het licht van deze ontwikkelingstaken kunnen immers dagelijkse uitdagingen (bijvoorbeeld voor het eerst naar school gaan) spanningen met zich meebrengen, die waarneembaar zijn in veranderingen in gedrag, gevoelens en gedachten. Die zijn evenwel geen signalen van een afwijkende ontwikkeling, maar onderdeel van het min of meer succesvol doorlopen van een bepaalde ontwikkelingstaak. Zo zijn ook stemmingswisselingen, impulsiviteit en oppositioneel gedrag tot op zekere hoogte normale verschijnselen in de ontwikkeling en op zichzelf geen signaal van een psychische stoornis.

Tabel 1.1 Voorbeelden van ontwikkelingstaken, 'normale' gedragsveranderingen en mogelijke psychische stoornissen bij kinderen (zie ook: Spanjaard & Slot, 2015)

leeftijdswaak	ontwikkelingstaken	gedragsveranderingen	mogelijke psychische stoornissen*
0–4 jaar (vroegw kindertijd)	– hechting aan opvoeders – taal-/spraakontwikkeling – zindelijkheid – zelfcontrole	– separatieangst – egocentrisch gedrag – 'stoeien' met taal – emotieregulatie ontwikkelt zich	– hechtingsstoornissen – autismespectrumstoornissen – angststoornissen – taalstoornissen – eliminatiestoornissen – ADHD (eerste signalen) – regulatiestoornissen
4–8 jaar (vroegw schoolleeftijd)	– sociale vaardigheden – leren/volgen van regels – schoolse vaardigheden	– samen spelen – gevoelig voor straf/beloning – fantasie versus realiteit	– ADHD – oppositioneel-opstandige gedragsstoornissen – autismespectrumstoornissen – angststoornissen – leerstoornissen
8–12 jaar (preadolescentie)	– zelfbeeld en zelfvertrouwen – groepsvorming – moreel besef – begin abstract denken	– vergelijken met anderen – prestatiegericht gedrag – zelfbewuste emoties – loyaliteit aan vriendengroep	– dwangstoornissen – sociale angst – depressie – gedragsstoornissen
12–18 jaar (adolescentie)	– identiteitsontwikkeling – losmaken van ouders – aansluiting bij leeftijdsgenoten – abstract denken – seksuele ontwikkeling – scholing en toekomstplanning	– stemmingswisselingen – piekeren – experimenteren – invloed van leeftijdsgenoten	– stemmingsstoornissen – angststoornissen – eetstoornissen – middelmisbruik en afhankelijkheid – kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen

* De in deze kolom genoemde psychische stoornissen betreffen 'ontsporingen' die duidelijk gelieerd zijn aan de ontwikkelingstaken van de betreffende levensfase. Sommige van deze problemen (bijvoorbeeld hechtingstoornissen en neuro-ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD, de autismespectrumstoornis en leerstoornissen) hebben een meer stabiel karakter en zullen dus ook in latere levensfasen voorkomen.

Tabel 1.1 bevat een overzicht van belangrijke ontwikkelingstaken voor kinderen vanaf de geboorte. Zoals te zien is, horen bij elke leeftijdswaak andere ontwikkelingstaken en heeft de oplossing van een eerdere ontwikkelingstaak vaak consequenties voor een volgende:

- In de vroege kindertijd gaan kinderen een hechtingsrelatie aan met hun belangrijkste opvoeders (doorgaans de ouders), komt de spraakontwikkeling op gang en verwerven ze gaandeweg controle over de lichamelijke functies (zindelijkheid), en over hun emoties en gedrag.
- Tijdens de vroege schooltijd worden kinderen geacht zich in een nieuwe omgeving (school) te begeven en dienen ze zich te verhouden tot andere kinderen en volwassenen. Kinderen moeten regels leren over wat wel en niet mag, en ze dienen zich daarnaar te gedragen. Tevens doet de leersituatie op school een beroep op hun aandachts- en gedragscontrolecapaciteit, om op die manier specifieke vaardigheden (lezen, rekenen, schrijven) onder de knie te krijgen.
- De preadolescentie kenmerkt zich door een toegenomen zelfstandigheid. Doordat tevens de cognitieve vermogens van kinderen toenemen, gaan ze ook hun eigen prestaties evalueren en zichzelf met anderen vergelijken, wat voorlopers zijn van hun identiteit.
- De adolescentie, ten slotte, wordt vaak gezien als een ‘roerige’ ontwikkelingsperiode: er vinden belangrijke hormonale veranderingen plaats, die allerlei lichamelijke, emotionele en gedragsveranderingen in gang zetten. Bovendien gaan adolescenten zich in toenemende mate losmaken van hun ouders en proberen ze aansluiting te krijgen bij hun leeftijdsgenoten. De cognitieve vermogens zijn uitgerijpt en moeten worden aangewend om een enorme hoeveelheid kennis en vaardigheden te verwerven (op de middelbare school). Tijdens deze fase ontwikkelen adolescenten verder hun eigen identiteit en leggen ze een basis voor hun latere leven en toekomst.

Zoals eerder gesteld, de vaak voorkomende gedragingen die eigen zijn aan de ontwikkelingsfase hoeven dus niet noodzakelijk als ‘probleemgedrag’ te worden gezien. Goede kennis van de normale ontwikkelingspsychologie is dus nodig om afwijkend gedrag hieraan te toetsen.

1.3.2 Inschatten van probleemgedrag

Mijlpalen brengen spanning mee en het niet of veel te laat behalen van de mijlpaal kan een context creëren waarin probleemgedrag ontstaat. Zo kan er – zoals eerder gesteld – een negatieve wisselwerking tussen het kind en zijn omgeving ontstaan. Vooral wanneer er sprake is van een constellatie van ongunstige kindfactoren en/of nadelige omgevingsinvloeden, stapelt de spanning zich snel op. Dit kan gepaard gaan met onprettige emoties en gedragingen die zich steeds extremer en vaker (zoals angst, depressieve stemming, egocentrisch gedrag) of juist minder intens en frequent (bijvoorbeeld schuld voelen bij grensoverschrijdend gedrag) manifesteren. Op die momenten vertonen kinderen gedrag dat niet in overeenstemming is met hun ontwikkelingsleeftijd en/of in emotioneel opzicht zo heftig is dat het gaat interfereren met hun dagelijks leven. De ontwikkeling ‘ontspoor’ dan en er is sprake van een psychische stoornis. In de rechter kolom van  tab. 1.1 is te zien welke vormen deze ‘ontsporingen’ kunnen aannemen.

1.3.3 Prevalentie

Prevalentieonderzoeken laten zien dat ‘ontsporingen’ in de vorm van ernstige psychische problemen plaatsvinden bij ongeveer een op de vijf kinderen, hoewel de cijfers sterk kunnen verschillen, afhankelijk van de wijze waarop ze gemeten zijn. De eerste onderzoeken naar het vóórkomen en de stabiliteit van psychische problemen bij kinderen dateren reeds van de jaren zestig van vorige eeuw (zie ► box 1.2).

Meer recentelijk laat een meta-analyse van Polanczyk en collega's (2015) – van 41 epidemiologische onderzoeken uitgevoerd in 27 landen over de gehele wereld met een focus op ‘categoriaal bepaalde’ stoornissen – zien dat 13,4 % van de kinderen voldoet aan de diagnostische criteria van een angststoornis (6,5 %), een depressieve stoornis (2,6 %), ADHD (3,4 %) en/of een disruptieve gedragsstoornis (oppositieel-opstandige gedragsstoornis en antisociale gedragsstoornis; 5,7 %). Met een geschatte populatie van 1,8 biljoen kinderen betekent dit dat wereldwijd ongeveer 241 miljoen kinderen in hun dagelijkse leven – nog voor ze in de volwassenheid komen – gehinderd worden door een psychisch probleem.

Een soortgelijk meta-analytisch onderzoek naar het voorkomen van ‘categoriaal bepaalde’ psychische stoornissen bij kinderen in Europese landen (Sacco et al., 2024) leverde een gemiddelde prevalentie van 15,5 % op. Dit cijfer is iets hoger dan dat bij het onderzoek van Polanczyk et al., maar dat is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat Sacco et al. ook de prevalentie van de autismespectrumstoornis in hun analyse meenamen. Omdat beide analyses niet alle psychische stoornissen meenamen (denk aan psychotische stoornissen, eetstoornissen, middelmisbruik), lijkt een prevalentie van rond de 20 % onder kinderen daarom zeker aannemelijk.

Box 1.2 De eerste onderzoeken naar het vóórkomen en de stabiliteit van psychische problemen bij kinderen

Rutter en collega's (1989) onderzochten in 1964 als eersten het voorkomen van psychische problemen bij kinderen. Ze onderzochten alle kinderen tussen negen en elf jaar van het eiland Wight (3500 kinderen) en volgden hen vijf jaar. In de eerste fase gebruikten ze een gedragsvragenlijst voor ouders en leerkrachten die peilt naar probleemgedrag. Als de kinderen boven de kritische score uitkwamen, werden ze in de ‘problematische groep’ ondergebracht voor verder onderzoek. Uiteindelijk kwam 13 % van de kinderen in deze groep terecht. Aangezien men dit als een representatieve groep beschouwde, kon men ervan uitgaan dat dit cijfer een goede schatting gaf van het aantal kinderen met psychische problemen in een bepaald land. Nadien zijn er via follow-uponderzoek gegevens verkregen over de stabiliteit van het probleemgedrag. Rutter en collega's maakten daarbij onderscheid tussen *climbers*, *fallers* en *permanents*, en kregen zo waardevolle informatie over de ontwikkeling van psychische problematiek. De bevindingen verschillen per stoornis: veel angstproblemen van jonge kinderen blijken te verdwijnen met het toenemen van de leeftijd, terwijl depressie eerder blijkt toe te nemen met het ouder worden. Later deden Rutter en zijn collega's hetzelfde onderzoek bij kinderen in de binnenstad van Londen (Champion et al., 1995). Hier was de prevalentie van psychische problemen in de eerste fase 25 %.

1.4 Dynamische interacties tussen risico-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren

1.4.1 Risicofactoren in een transactioneel model

Een risicofactor is een factor die een negatieve invloed heeft op de (normale) ontwikkeling van een kind en die de kans op een bepaalde ontwikkelingsuitkomst verhoogt (Kazdin et al., 1997). Een uitspraak over een risicofactor is dus altijd een kansuitspraak. Een risicofactor gaat bovendien steeds vooraf aan de uitkomst. Dit maakt dat longitudinaal onderzoek nodig is om uitspraken te kunnen doen over risicofactoren. Risicofactoren voor psychische problemen of stoornissen bij kinderen kunnen zich op verschillende niveaus bevinden (organisch, intrapersoonlijk, interpersoonlijk, hogere-ordeniveau; deze worden later in deze paragraaf nog toegelicht) en dienen ondergebracht te worden in een coherent en transactioneel model over het ontstaan en in stand houden van probleemgedrag (zie ► box 1.3 en 1.4 voor een overzicht van de eerste en tweede generatie van modellen).

Box 1.3 De eerste generatie: trek- en omgevingsmodellen

Deze eerste generatie modellen doen uitspraken over hoe het kind of de omgeving betrokken is bij de (normale en abnormale) ontwikkeling:

1. **Trekmodellen:** volgens deze modellen wordt de ontwikkeling (en dus ook de afwijkingen hierop) bepaald door individuele (interne) kenmerken of trekken. Deze trekken kunnen aangeboren of vroeg verworven zijn en blijven relatief stabiel/onveranderd gedurende de tijd (bijvoorbeeld temperament, cognitieve stijl). Klassieke trekmodellen houden weinig rekening met de omgeving en worden vanwege deze beperkte kijk momenteel dan ook verworpen.
2. **Omgevingsmodellen:** volgens deze modellen wordt de ontwikkeling van een kind (en dus ook de afwijkingen hierop) bepaald door directe omgevingsfactoren (bijvoorbeeld de prenatale omgeving, opvoeding, school en leeftijdsgenoten). Dit betekent dat als de omgeving verandert, ook het individu zal veranderen. Veel uithuisplaatsingen zijn gebaseerd op dit model. Onderzoeken lieten evenwel zien dat dit een te eenzijdige visie is op afwijkend gedrag. Een druk kind blijft bijvoorbeeld druk, ook wanneer het in een ideale opvoedingscontext wordt geplaatst. Hetzelfde geldt voor een kind dat erg teruggetrokken is in de klas, waarbij men er niet zomaar vanuit kan gaan dat deze teruggetrokkenheid zal verminderen door het kind van school te laten veranderen.

Voorbeeld

Een specifieke subclassificatie van omgevingsmodellen betreft de ecologische modellen zoals dat van Bronfenbrenner (1979) en Belsky (1984). Deze zien de ontwikkeling als het resultaat van interacties tussen meerdere lagen van de omgeving. Ecologische modellen houden dus niet alleen rekening met de directe omgevingsinvloeden, maar beschouwen de ontwikkeling (en dus ook de afwijkingen hierop) ook als het resultaat van een complex systeem van onderling verbonden contexten (bijvoorbeeld de werksituatie van de ouders, de buurt waar het kind in opgroeit, enzovoort).

Box. 1.4 De tweede generatie: interactiemodellen

Deze modellen gaan een stap verder en stellen dat (verandering in) gedrag van een kind steeds gezien moet worden als een functie van kind- en omgevingskenmerken die in actieve wisselwerking staan met elkaar. Onder dit type van modellen vallen:

1. Het *goodness-of-fit model*: volgens dit model interacteren kindkenmerken met omgevingskenmerken en produceren ze zo nieuw gedrag. Noch de trekken, noch de omgevingskenmerken veranderen echter door de interactie (onder andere Thomas & Chess, 1977).

Voorbeeld

Bij een kind met een teruggetrokken temperament dat opgroeit in een gezin waarin rust wordt gewaardeerd, zal er dus een 'fit' zijn tussen kind en omgeving, die de kans op probleemgedrag kan verkleinen. Groeit ditzelfde kind echter op in een actief gezin, dan kan er sprake zijn van een 'misfit', die de kans op problemen kan vergroten.

2. Het transactioneel model: dit model gaat er eveneens vanuit dat kindkenmerken met omgevingskenmerken interacteren én dat beide als gevolg van die interactie veranderen (onder anderen Leve & Cicchetti, 2016).

Voorbeeld

Een kind met een genetische kwetsbaarheid voor angst kan in een stressvolle gezinssituatie meer angstsymptomen ontwikkelen, waardoor het gedrag van ouders ook verandert (ze nemen een overbeschermende houding aan), wat het kind weer beïnvloedt. Zo versterkt de transactie de stoornis (er is sprake van steeds meer vermijding, waardoor ook sociaal en op school problemen ontstaan).

3. Het *differential susceptibility-model*: dit model stelt dat mensen verschillen in hun gevoeligheid voor (zowel positieve als negatieve) omgevingsinvloeden. Sommige kinderen zijn dus sensitiever voor invloeden uit de omgeving: ze floreren meer dan anderen in een positieve omgeving, maar lijden ook meer in negatieve omgevingen (onder anderen Belsky & Pluess, 2009).

Voorbeeld

Een kind dat een hoge sensitiviteit heeft, zal zich in een warme en ondersteunende omgeving goed ontwikkelen, maar in een meer vijandige of chaotische omgeving sneller probleemgedrag vertonen. Een minder sensitief kind zal een relatief stabiele ontwikkeling kennen en wordt minder beïnvloed door de (positieve en negatieve) context.

4. Het *stress generation model*: dit model neemt aan dat sommige kinderen zelf bijdragen aan het ontstaan van stressvolle situaties waarop de omgeving dan (ongepast) reageert. Zo kan deze gegenereerde stress vervolgens leiden tot een vicieuze cirkel van terugkerende problemen (onder anderen Hammen, 2006).

Voorbeeld

Stel dat een adolescent depressief is, dan kan het gebeuren dat deze zich terugtrekt en sociaal geïsoleerd raakt. Hierdoor kunnen sociale problemen met leeftijdsgenoten ontstaan, waardoor de depressie in stand gehouden wordt.

- neurobiologische aandoening 126
- neurodiversiteit 121
- oudergemedieerde ondersteuning 136
- perspectiefneming 127
- predictive coding theory 130
- repetitieve gedragingen 138
- screening 132
- sociaal-cognitieve theorie 127
- specifieke interesses 138
- theory of mind 127
- automatische retrieval 185
- ARFID 371
- boulimia nervosa 368
- depressie 246, 247
- eetstoornissen 367
- genderdiversiteit 544
- insomnie 402
- Pak Aan 247
- psychotrauma 302
- seksuele diversiteit 544
- vermijdende/restrictieve voedselintolerantie 371
- cognitieve ontwikkeling 105
- cognitieve remediatietraining 216
- cognitieve gedragstherapie, trauma-gerichte 302
- collaboratieve psychodiagnostiek 489
- competentiedomein 98
- concentratieproblemen 147
- conversietherapie 530
- coregulatie 69
- crosssensitatie 446
- cumulatief risicomodel 14

B

- balkmetafoor 213
- Bayley Scales of Infant and Toddler Development 87
- BEARS-screeningmethode 397
- bedtijdroutines 394
- begrensd acceptatie 540
- behandeling bij leerstoornis 191
- beschermende factoren 3
 - beschermende effecten 24
 - bevorderende effecten 24
 - veerkracht 23
- bewegingsgerelateerde slaapproblemen 388
- Big Five 472
- boulimia nervosa 351, 368
 - cognitieve gedragstherapie 368
 - interpersoonlijke therapie 368
- brain-gut axis 323
- brief limited intermittent psychotic symptoms 208

C

- categorische benadering 5
- centrale sensitatie 321
- Child Behavior Checklist (CBCL) 6, 276, 335, 431
- Children's Depression Inventory (CDI) 243
- chronische pijn 314, 321
- circadiane ritme slaap-waakstoornissen 384
- clinical high risk-model 207
- co-parenting 269
- co-sleeping 401
- cognitief functioneren 97
- cognitieve gedragstherapie 214, 246, 340, 367, 544
 - aanhoudende lichamelijke klachten 340
 - angststoornissen 278

- temperament 232
- transdiagnostisch werken 251
- depressiekenmerk 224
- depressieve stoornis 223
- depressieve stoornis, persistente 223
- deviantietraining 420
- Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-5) 71
- differential susceptibility-model 13
- dimensionele benadering 6
- dubbel bijzondere kinderen 506
- duur van onbehandelde psychosen 210
- dyscalculie 174, 176
- dyslexie 174, 176

E

- ecologische modellen 12
- Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) 87
- eetbuistoornis 351, 369
- eetproblemen
 - eetstoornissen moeder 80
 - genetische factoren 79
 - prematuriteit 80
 - sensitief-responsief voeden 80
 - social modeling 80
 - temperament 79
- eetstoornissen
 - anorexia nervosa 351, 366
 - biologische kwetsbaarheid 356
 - boulimia nervosa 351, 368
 - cognitief gedragsmodel 359
 - cognitieve gedragstherapie 367
 - eetbuistoornis 351, 369
 - interpersoonlijke factoren 357
 - interpersoonlijke kwetsbaarheidsmodel 361
 - intrapersoonlijke factoren 357
 - lichaamsontevredenheid 354
 - maatschappelijke factoren 358
 - ongespecificeerde voedings- of eetstoornis 351
 - tweecomponentenmodel 372
 - vermijdende/restrictieve voedselintolerantie 351, 361, 370
- egodystone homoseksualiteit 530
- emotionele ontwikkeling 108
- enuresis nocturna 384
- equifinaliteit 4, 26, 33
- eten
 - transactioneel model 85
- excessief huilenstoornis 72

D

- delinquent gedrag 29
- Denken + Doen = Durven 276
- depressie
 - aangeleerde hulpeloosheidsmodel 238
 - Attachment Based Family Therapy 248
 - biopsychosociaal model 240
 - comorbiditeit 226
 - competentiemodel 237
 - diathese-stressmodel 241
 - differentieële susceptibiliteitsmodel 241
 - emotieregulatie 230
 - Family Focused Treatment for Childhood Depression 248
 - genetische risicofactoren 229
 - gezinsfactoren 235
 - hormonale risicofactoren 229
 - informatieverwerkingsmodel 238
 - modulair werken 251
 - negatieve cognities 233
 - neurologische risicofactoren 230
 - ouder-kindrelatiefactoren 235
 - ouderfactoren 234
 - psychische risicofactoren 230
 - recidiverende 252
 - sociale risicofactoren 234
 - stressgeneratiemodel 241
 - suicide 244
 - systemische behandelingen 248

executieve functies 129, 148, 232, 426

externaliserende problemen 6

F

fading van bedtijd 401

FamilieLink 64

Family Focused Treatment for Childhood Depression 248

fonologisch bewustzijn 185

forbidden zone 390

G

gastro-intestinale klachten, functionele 315

gebreektevoedselinname stoornis 73

gedesorganiseerde spraak 199

gedragscontrole 454

gedragsinhibitie 263

Gedragsvragenlijst voor Kinderen 6

gegeneraliseerde angststoornis 259

gehechtheid 19, 41, 268, 291, 303

– gedesorganiseerde 45

– intergenerationele overdracht 53

– leertheorie van 48

– onveilige cyclus 55

– ouderlijke sensitiviteit 53

– representatie 50

– Secure Base Script 49

– transmission gap 54

– veilige 47

Gehechtheidsbiografisch Interview 50

gehechtheidsfiguur 41

gehechtheidsrelaties 44

gender and sexuality alliances 543

gender non-conforme ontwikkeling 534

genderdiverse ontwikkeling 534

genderdiversiteit 529

– autisme 535, 536

– barrières hulpverlening 547

– cognitieve gedragstherapie 544

– depressieve klachten 535

– discriminatie 536

– distale stressoren 536

– genetische factoren 533

– intraminderhedenstress 538

– medische transitie 545

– proximale stressoren 537

– psychische problemen 540

– psychische stoornis 530

– psychologisch mediatiemodel 538

– sociale transitie 545

– stigmatisering 536

– suicidaliteit 535

genderdysforie 531, 532

genderidentiteit 527

genderidentiteitsstoornis 531

genderincongruente gevoelens 545

genderincongruentie 531, 532

genderwet 539

geslachtsbevestigend behandelings-
traject 536

geslachtstransitie, medische 529

Gezamenlijk Inschatten van Zorgbe-
hoeften (GIZ) 86

goodness-of-fit 506

Goodness-of-Fit Dialoog Toolbox 518

goodness-of-fit model 13

H

hallucinaties 199

Happiest Baby-methode 88

hartklachten, functionele 315

heteronormativiteit 539

heterotypische continuïteit 29

homotypische continuïteit 28, 202,
203

hoog ontwikkelingspotentieel 502

– asynchrone ontwikkeling 503, 505,
508, 511, 512, 515

– cognitieve ontwikkeling 504

– dubbel bijzondere kinderen 506

– emotionele ontwikkeling 504

– existentiële vragen 505, 520

– frontal lag 503

– fysieke ontwikkeling 504

– Goodness-of-Fit Dialoog Tool-
box 518

– goodness-of-fit 506

– hoogsensitiviteit 504

– intensiteit 504

– metacognitief bewustzijn 504

– onderstimulering 508

– ongezond perfectionisme 508

– ontwikkelingsgelijken 509

– psychisch lijden 515

– sociaal isolement 509

– sociale acceptatie 505

– sociale ontwikkeling 505

– spirituele ontwikkeling 505

– vooroordelen 509

hoogbegaafdheid 501

hoogrisicoprofiel 208

hullen 70

– dysmatuuriteit 77

– gastro-intestinale problemen 78

– ouderkenmeken 78

– prematuriteit 77

– stressvolle life-events 78

hyperactiviteit 147, 149

hypersomnie 390

hypersomnolentiestoornis 384

I

imitatie 128

impulsiviteit 147, 149

Infant Crying and Parent-Well-Being
(ICPW) 86

Infant Feeding Questionnaire 86

Infant Mental Health 69

inhibitorisch leermodel 279

inslaapstoornis 72

insomnie 386, 389

– 3P-model voor slapeloosheid 396

– cognitieve gedragstherapie 402

– hyperarousal-model 396

– leertheoretisch verklaringsmo-
del 395

– psychobiologisch inhibitiemo-
del 396

– systemisch verklaringsmodel 395

insomniestoornis 384

interactiemodellen 13

internaliserende problemen 6

International Classification of Functio-
ning Disability and Health-model
(ICF) 103

interpersoonlijke therapie

– boulimia nervosa 368

intersectie kwetsbaarheid 541

intraminderhedenstress 538

IQ 97, 501

J

joint attention 128

K

Karp-methode 88

kinder mishandeling 294

kindfactor 427

klassieke conditionering 266

klinische ontwikkelingspsychologie 3

kortetermijnegeheugen 183

kwetsbaarheidmodel voor midden-
misbruik 459

kwetsbaarheidsdrempelmodel 204

kwetsbaarheidsfactoren 3

L

langetermijnegeugen 184
 leerervaringen, negatieve 265
 leerproblemen 173
 leerstoornissen 173
 – affectieve factoren 185
 – informatieverwerking 183
 – intergenerational multiple deficit model 181
 – neurale factoren 183
 – omgevingsfactoren 186
 – remedial teaching 190
 leesstoornis 176
 levensgebeurtenissen, negatieve 267
 lezen 176
 lhbtq+ 527
 lichaamsontevredenheid 354
 lichttherapie 403

M

masculinity discrepancy stress 424
 Maternal Cognitions about Infant Sleep Questionnaire (MCISQ) 86
 medische transitie 545
 – irreversibele interventies 546
 – puberteitsremmers 546
 – reversibele interventies 546
 Meldcode Huiselijk Geweld en Kinder-mishandeling 294
 middelengebruik, problematisch
 – contingency-management 463
 – gen-omgevingsinteracties 449
 – imitatie-effecten 458
 – parental self-efficacy 456
 – alcohol 450
 – biologische kwetsbaarheid 448
 – beschrijvende normen 457
 – gebrekkige gedragscontrole 454
 – genetische aanleg 448
 – gerichte preventie 461
 – impulsiviteit 454
 – injunctieve normen 457
 – kwetsbaarheidmodel 459
 – leeftijdsgenoten, rol 457
 – negatief affect 454
 – ouderlijke rol 456
 – persoonlijkheid 454
 – sensatiezucht 454
 – sociale beïnvloeding 458
 – sociale normen 457
 – universele preventie 460
 middelengebruik
 – ontwikkelingstrajecten 447
 middelgerelateerde cognities 452

– aandachtsbias 453
 – alcoholverwachtingen 452
 – cognitieve bias-modificatietrainin-gen 454
 – toenaderingsneiging 454
 middelgerelateerde en verslavings-stoornissen 445
 Middle Childhood Attachment-Based Family Therapy 61
 minderheidsstressmodel 536, 541
 Mindful met je baby 90
 mindful parenting 403
 model-leren 266
 Mowrer, tweefactorenmodel van 272
 multifinaliteit 4, 27, 34
 Multiple Sleep Latency Test 400
 muziektherapie 217

N

nachtelijkontwakenstoornis 72
 nachtmerries 387
 nachtmerriestoornis 385
 narcolepsie 384, 390
 narratieve identiteit 480
 naturalistic developmental behavioral interventions 139
 negatieve emotionele reactiviteit 426
 negatieve symptomen 199
 neurobiologische ontwikkelingsstoornissen 97, 98, 173
 neurodiversiteit 121, 137, 147, 153, 174
 neurodiversiteitsdenken 35
 neurologische klachten, functio-nele 315
 non-REM-slaap-arousalstoornis-sen 384
 normaal gedrag 5
 normale ontwikkeling 5
 normoverschrijdend-gedragsstoor-nis 430

O

obesitas 351
 obstructief slaapapneu 390
 obstructieve slaapapneu-/hypop-neusyndroom 384
 omgevingsmodellen 12
 ongezond perfectionisme 508
 onthouding 445
 ontremd-sociaalcontactstoornis (OSC) 57, 290
 ontwikkelingsachterstand, globale 98
 ontwikkelingspsychopathologie 3

ontwikkelingsstoornissen 124
 ontwikkelingstaken 3, 8, 10, 147
 ontwikkelingstrajecten 4
 open dialogue-benadering 216
 oppositionele-opstandige stoor-nis 430
 overgewicht 351

P

paniekstoornis 259
 parasomnieën 387
 pathogene zorg 57
 Patient-Reported Outcomes Measu-ment Information System (PRO-MIS) 334
 pavor nocturnus/night terrors 387
 persisterende-rouwstoornis 289, 293, 302
 persoonlijkheid 469
 persoonlijkheidsdiagnostiek 487
 persoonlijkheidsfunctioneren 471
 persoonlijkheidsstoornissen 469
 – dialectische gedragstherapie 494
 – gelaagd raamwerk 486
 – gezinsdiagnostiek 490
 – mentalization-based therapy 494
 – narratieve benadering 480
 – ontwikkelingsgerichte benade-ring 480
 – schemagerichte therapie 494
 – transference-focused psychothe-rapy 494
 – vroegdetectie 479
 – vroeginterventie 479
 persoonlijkheidstrekken 471
 perspective taking 544
 pervasieve ontwikkelingsstoornis-sen 122
 polymorfismen 204
 polysomnografie 400
 positieve of psychotische sympto-men 199
 positieve psychologie 342
 posttraumatische stresstoornis (PTSS) 289, 290, 301
 predictive coding theory 130
 prevalentie van depressie 225
 probleemgedrag 413
 – deviantietraining 420
 – dwingende gezinsinteracties 417
 – emotieregulatie 421
 – executieve functies 426
 – groepsdynamiek 420
 – leerprocessen 418, 420
 – ontwikkelingsverloop 414
 – pesten 420

- sociale informatieverwerking 421
- transactioneel model 417, 424
- Psycho-educatie 212
- psychoactieve middelen 444
- psychologisch mediatie-model 538
- psychomotorische therapie 216
- psychopathie 482
- psychosecontinuüm 200
- psychotische ervaringen 199
 - clinical staging-model 208
- psychotische kwetsbaarheid
 - cognitieve gedragstherapie 214
 - cognitieve remediatietraining 216
 - farmacotherapie 217
 - groepstherapie 216
 - muziektherapie 217
 - psychomotorische therapie 216
 - traumagerelateerde klachten 214
 - virtual reality 214
- psychotische stoornissen 199
 - cannabisgebruik 205
 - genetische kwetsbaarheid 204
 - kwetsbaarheidsdrempelmodel 204
 - traumatische ervaringen 206
- psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen
 - biologisch verklaringsmodel 298
 - cognitief verklaringsmodel 298
 - duaal procesmodel 299
- puberteitsremmers 534, 546

R

- reactieve hechtingstoornis (RHS) 57, 290
- regelovertredend gedrag 411, 412
 - ontwikkelingstrajecten 414
- regulatie 69
- regulatieproblemen 69, 71
 - babymassage 90
 - gecombineerde/meervoudige 75
 - heterotypische continuïteit 76
 - homotypische continuïteit 76
 - huilen 70
 - ouder-kindrelatie 77
 - rust, regelmaat, prikkelreductie 89
 - slapen 70
 - voedingsgedrag 70
 - voorspelbaarheid 89
- rehabilitatie 217
- rekenen 176
- rekenstoornis 176
- remedial teaching 190
- remslaapgedragsstoornis 385
- responsieve opvoedingsstijl 78
- risicofactoren 3
 - adverse childhood experiences 20
 - common cause model 16
 - diathese-stressmodel 16
 - geboortegewicht 14
 - genetische 14
 - hogere-orde-niveau 20
 - interpersoonlijk niveau 17
 - intrapersoonlijk niveau 15
 - kwetsbaarheidsmodel 16
 - littekenmodel 16
 - opvoedingsstijlen 17
 - organische problemen 14
 - pathoplastisch effect-model 16
 - prematuriteit 14
 - schoolklimaat 20
 - sociaaleconomische variabelen 20
 - social media 21
 - socioculturele factoren 21
 - spectrummodel 16
 - temperament 15
- rouw 294
- rusteloze benensyndroom 385

S

- schema 239
- schizofrenie 199
 - childhoo-onset 199
 - early-onset 199
 - prodromale periode 199
- screeningsinstrumenten bij depressie 243
- Secure Base Script 49
- seksuele diversiteit 527
 - autisme 535
 - barrières hulpverlening 547
 - cognitieve gedragstherapie 544
 - depressieve klachten 535
 - discriminatie 536
 - distale stressoren 536
 - egodystone homoseksualiteit 530
 - fasemodel 533
 - genetische factoren 533
 - intraminderhedenstress 538
 - levensloopmodel 533
 - medische transitie 545
 - proximale stressoren 537
 - psychische problemen 540
 - psychische stoornis 530
 - psychologisch mediatie-model 538
 - sociale transitie 545
 - stigmatisering 536
 - suicidaliteit 535
- seksuele en genderdiversiteit
 - egodystone homoseksualiteit 530
- seksuele gezondheid 529
- seksuele oriëntatie 527
- selectief mutisme 259
- selectieve serotonineheropnameremmers 280
- sensitieve opvoedingsstijl 78
- sensitisatie 446
- separatieangststoornis 259
- SexQ (besprektool) 545
- shakenbabysyndroom 77
- slaap, normale 380
 - non-REM-slaap 381
 - opvoedingsstijl 393
 - REM-slaap 381
 - -stadia 381
- slaap
 - transactioneel model 85
- slaap-waakcyclus 70
- slaap-waakregulatie 380
- tweeprocessenmodel 380
- slaap-waakritme 381
- slaapbehoefte 381
- slaapdagboek 398
- slaapdruk 381
- slaapduur 382
- slaaphygiëne 394
- slaapproblemen
 - actigrafie 400
 - BEARS-screeningmethode 397
 - bedtijdroutines 394
 - beloningssysteem 401
 - bewegingsgerelateerde slaapproblemen 388
 - circadiane ritme slaap-waakstoornissen 384
 - co-sleeping 401
 - enuresis nocturna 384
 - fading van bedtijd 401
 - forbidden zone 390
 - genetische factoren 79
 - hypersomnie 390
 - hypersomnolentiestoornis 384
 - insomnie 386, 389
 - insomniestoornis 384
 - lichttherapie 403
 - Multiple Sleep Latency Test 400
 - nachtmerries 387
 - nachtmerriestoornis 385
 - narcolepsie 384, 390
 - non-REM-slaap-arousalstoornissen 384
 - obstructief slaapapneu 390
 - obstructieve slaapapneu-/hypopneusyndroom 384
 - ontspanningstechnieken 402
 - ouderlijke psychische problemen 79
 - parasomnieën 387
 - pavor nocturnus/night terrors 387
 - polysomnografie 400