

## Achtergrondinformatie bij Internaliserend gedrag

### Internaliserend gedrag en co-morbiditeit

Mensen die internaliserend probleemgedrag (emotionele problemen en psychosomatische klachten) vertonen, hebben vooral zelf last van hun problemen. Van externaliserend gedrag heeft vooral de omgeving last. Externaliserend gedrag valt daarom ook eerder op. Angsten en depressies worden vaak minder snel onderkend (zie ook par. 5.3.2 over internaliseren en externaliseren in het *Basisboek opvoedingsvraagstukken*).

Eigenlijk is het ook wel raar om te spreken van internaliserend 'gedrag': angst is een emotie, die een fysiologische, gevoelsmatige, cognitieve en ook een gedragsmatige kant heeft. Je reageert op een bepaalde manier op angst, bijvoorbeeld door angstwekkende situaties te vermijden, maar angst is meer dan alleen gedrag. Hetzelfde geldt voor stemming. De stemming is constanter dan emoties, die sterk kunnen wisselen van moment tot moment. Stemming wordt daarom ook wel eens de grondtoon van het gevoel genoemd. Ook hier zie je dat een sombere stemming leidt tot bepaald gedrag, bijvoorbeeld zich terugtrekken uit sociale situaties, weinig initiatief tonen om iets te ondernemen, ... Maar ook hier is dit gedrag slechts een onderdeel van het probleem.

Internaliserend gedrag komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens (zie ook par. 5.3.3 over sekseverschillen in het basisboek). De sekseverschillen zouden echter wel eens kunnen afnemen nu er minder verschillen zijn in opvoeding en maatschappelijke positie van jongens en meisjes. Bovendien wordt internaliserend gedrag bij jongens nog vaker over het hoofd gezien dan bij meisjes. Jongens hebben namelijk eerder de neiging om hun angsten te overschreeuwen. Achter de grootste pestkop kan een angstig, somber en eenzaam kind schuilgaan. Internaliserend gedrag kan ook samengaan met externaliserend gedrag. Een stemmingsstoornis, zoals hypomanie, wordt vaak ten onrechte gediagnosticeerd als ADHD, antisociale gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of gegeneraliseerde angststoornis. Het hypomane kind is hyperactief, extreem vrolijk, doet van alles zonder na te denken, houdt vaak van seksuele spelletjes en heeft weinig slaap nodig. Als het ouder wordt, komen er meer negatieve emoties zoals woedeaanvallen en agressie naar anderen. Hypomanie kan een voorteken zijn van een bipolaire stoornis (manisch-depressieve stoornis), die meestal pas in de puberteit begint.

Andersom kan ADHD ook leiden tot leerproblemen en het vinden van aansluiting bij klasgenootjes, wat kan leiden tot een negatief zelfbeeld en uiteindelijk tot depressiviteit. Kortom, het onderscheid tussen internaliserend en externaliserend probleemgedrag is niet altijd even goed te maken.

Maar de meest voorkomende vorm van co-morbiditeit is die van angststoornissen met depressies. Depressieve kinderen zijn vaker angstig, onzeker en prikkelbaar, terwijl in de adolescentie en volwassenheid de lusteloosheid en het gebrek aan initiatief meer en meer op de voorgrond komen te staan. Ook de verklaringen en mogelijke behandelingen voor zowel angst als depressiviteit kennen veel overeenkomsten.

### Behandeling met medicatie

Zowel angststoornissen als depressies zijn goed te behandelen met antidepressiva. Het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren is echter niet zonder risico. In Engeland is het voorschrijven van antidepressiva bij kinderen en jongeren zelfs verboden, omdat het gebruik ervan de kans op stemmingsschommelingen (bij depressies een omslag naar hypomanie of manie) en suicide sterk vergroot. In Nederland raakte een farmaceutisch bedrijf in 2004 in opspraak, omdat de middelen niet uitgetest zijn bij kinderen en jongeren, terwijl ze toch bij hen op grote schaal worden voorgeschreven. Van 1999 tot 2004 is het aantal voorschriften voor antidepressiva aan kinderen en jongeren zelfs verviervoudigd.

Er zijn twee soorten antidepressiva. De klassieke, tricyclische genaamd, worden gebruikt bij depressies, maar werken niet bij kinderen en slechts beperkt bij adolescenten. Bovendien hebben ze nogal wat bijwerkingen, zoals sufheid, een verhoogde hartslag, gewichtstoename, wazig zien, vermoeidheid, ... De SSRI's zijn nieuwere antidepressiva (merknamen: Prozac, Seroxat, ...), die van invloed zijn op de serotoninehuishouding in de hersenen, waarvan wordt aangenomen dat die verstoord is in het geval van angststoornissen en depressies. Ze zijn wel effectief, maar er kleven ook wat nadelen aan. Bij alle

antidepressiva moet de dosering langzaam opgebouwd worden. Ze werken pas optimaal na drie tot zes weken.

Het belangrijkste probleem is dat er gedurende die opbouwfase bij angststoornissen vaak een verergering van de klachten ontstaat, terwijl depressieve mensen eerst meer energie krijgen voordat de sombere stemming verbetert.

Veel mensen met angststoornissen haken in de opbouwfase af, omdat er eerder een verslechtering dan een verbetering optreedt. Bij depressieve mensen is de kans op suïcide in die fase het grootst, omdat ze nog altijd even somber zijn en ineens genoeg energie en initiatief vertonen om suïcidegedachten of -plannen in daden om te zetten.

Ook worden nogal eens slaap- en kalmeermiddelen voorgeschreven, de zogenaamde benzodiazepines, zoals oxazepam, diazepam, temazepam, ... Slaap- en kalmeermiddelen worden vooral voorgeschreven bij angststoornissen en bij depressies die samengaan met angst, gespannenheid en/of slaapproblemen. Men moet echter voorzichtig zijn bij het toedienen ervan. Het dagelijks gebruik ervan valt af te raden, omdat dan al snel afhankelijkheid optreedt. Bij het stoppen ervan treedt dan een 'rebound'-effect op, dat wil zeggen dat de angst- en slaapklachten in verergerde mate terugkomen. Sommige benzodiazepines mogen niet aan kinderen voorgeschreven worden, andere wel, maar dan in een lagere dosering. Een enkele keer treedt bij het gebruik van deze middelen een paradoxale reactie op, dat wil zeggen dat ze leiden tot angst, opwinding, prikkelbaarheid, woedeaanvallen en zelfs wanen. De kans op deze paradoxale reacties is echter groter bij kinderen en ouderen dan bij volwassenen. Verder hebben deze middelen nogal wat bijwerkingen, zoals sufheid, concentratieproblemen, een verminderd reactievermogen (wat gevaarlijk kan zijn bij het bedienen van machines en in het verkeer), geheugenverlies, spierverslapping, ...

Stel dat je een kalmeermiddel gebruikt voor je een toets hebt, dan ben je misschien wel minder gespannen, maar geheugenverlies, concentratieproblemen en sufheid zullen je resultaten ook niet ten goede komen. Benzodiazepines mogen ook niet gebruikt worden in combinatie met alcohol, omdat ze elkaars werking versterken. Het gebruik ervan bij kinderen is af te raden. Toch gebeurt dit regelmatig, zelfs zonder medeweten van een arts. Ouders geven soms een 'half pilletje' van het middel dat zij zelf gebruiken zonder de bijsluiter goed te lezen.

Dat dit soort medicatie nog steeds op grote schaal wordt voorgeschreven aan kinderen en jongeren in Nederland, heeft vooral te maken met de lange wachtlijsten voor therapie. Ouders hebben ook vaker een voorkeur voor een 'pilletje' dan voor een therapie waarin misschien hun rol in de problematiek ter sprake komt.

Voor de kinderen en adolescenten zelf heeft het voorschrijven van medicatie ook een psychologisch nadeel: de 'oplossing' komt van buitenaf. In het geval van psychotherapie leren ze strategieën om zelf tot een oplossing te komen. Met andere woorden: bij medicatie is er sprake van een 'externe locus of control' en bij psychotherapie van een 'interne'. (Zie [locus of control en aangeleerde hulpeloosheid](#).)

## **Gedragstherapie**

De gedragstherapie is gebaseerd op de principes van de leertheorie. Stoornissen worden gezien als onder bepaalde omstandigheden geleerde probleemgedragingen. De gedragstherapie begint met een gedragsanalyse, waarbij wordt nagegaan welke factoren van invloed zijn op het gedrag of de klachten. Op basis daarvan worden concrete behandeldoelen geformuleerd.

Gedragstherapie wordt vaak toegepast bij fobieën. De meest gebruikte techniek daarbij is 'exposure', dat wil zeggen dat de cliënt blootgesteld wordt aan datgene waar hij bang voor is. In feite wordt daarmee het vermijdingsgedrag afgeleerd. Als iemand angstig wordt bij het zien van een spin, maar niet in staat is om de situatie te vermijden, zal de angst op een gegeven moment 'uitdoven'. Angst is namelijk een gevoel dat snel toeneemt en -- als er verder niets gebeurt -- langzaam verdwijnt. Bovendien zal de behandelaar ervoor zorgen dat het vermijdingsgedrag niet bekrachtigd wordt, maar andere reacties wel, bijvoorbeeld door de cliënt uitgebreid te prijzen als hij een spin in een gesloten jampotje durft vast te houden. De behandelaar fungeert daarbij zelf ook als 'model': zijn of haar gedrag vormt een voorbeeld voor de cliënt. Meestal wordt er stapsgewijs gewerkt, dat wil zeggen dat iemand die extreem angstig is voor honden, eerst een plaatje van een kleine hond bekijkt en er daarna verder wordt geoefend met iets moeilijker situaties. Soms wordt deze techniek ook gecombineerd met ontspanningsoefeningen: als iemand ontspannen is bij de confrontatie met

de angstwekkende prikkel of situatie, dooft de angst uit en wordt de prikkel na verloop van tijd geassocieerd met ontspanning.

De gedragstherapeutische behandeling van fobieën is kortdurend en effectief. Enkelvoudige fobieën (spinnen, honden, muizen, onweer, ...) kunnen vaak in een viertal sessies behandeld worden. De behandeling van andere angststoornissen neemt doorgaans wat meer tijd in beslag.

Gedragstherapie bij depressies richt zich voornamelijk op het verwerven van positieve ervaringen (positieve bekrachtiging van activiteiten). Dit is mogelijk door het gedoseerd ontwikkelen van activiteiten met behulp van activiteitschema's en huiswerkopdrachten. Cliënt en behandelaar gaan samen na welke activiteiten haalbaar zijn en hierin kan een opbouwende volgorde worden aangebracht: van makkelijk naar moeilijker uit te voeren activiteiten. Om meer bekrachtiging te ervaren kan de cliënt de opdracht krijgen meer plezierige activiteiten te verrichten.

Bij gebrek aan sociale vaardigheden kan specifieke sociale vaardigheidstraining plaatsvinden om adequaat in situaties te kunnen functioneren en ook daardoor positievere ervaringen op te doen.

Ook kan het zinvol zijn de ouders en andere opvoeders de principes van de operante conditionering bij te brengen. Vaak immers bekrachtigen zij onbewust het probleemgedrag van hun kind. Als een kind veel aandacht krijgt in geval het dit gedrag vertoont en weinig als het dit niet vertoont, wordt het probleemgedrag bekrachtigd en in stand gehouden. Zelfs negatieve aandacht wordt als beter ervaren dan geen aandacht, zo blijkt. Het belonen van positief gedrag en het zoveel mogelijk negeren van ongewenst gedrag (of een time-out inlassen als het gedrag heel storend is) is veel effectiever.

## Cognitieve therapie

Eeuwen terug stelde de Griekse filosoof Epictetus al dat mensen niet in beroering gebracht worden door de dingen zelf, maar door gedachten over die dingen. Irrationele cognities (automatische gedachten) of denkfouten komen vaak voor bij mensen met angststoornissen en/of depressies. Cognitieve therapie richt zich op het vaststellen en testen van deze denkfouten en het ontwikkelen van nieuwe gedachten, opvattingen, overtuigingen en nieuw gedrag. De therapie is erop gericht denkfouten te leren herkennen en te corrigeren.

Veel voorkomende irrationele gedachten zijn:

- 'Moetismen'  
Ofwel het geloof dat iets anders zou moeten zijn dan het is. Voorbeelden hiervan zijn: 'ik moet goed zijn in wat ik doe, anders ben ik een waardeloos mens', 'ik moet perfect zijn, anders, ...'. De irrationaliteit schuilt in het woordje 'moet': niemand vindt het prettig om fouten te maken, maar de dingen lopen niet altijd zoals je wilt.
- Van een mug een olifant maken, bij alles wat er gebeurt het ergste denken; bijvoorbeeld 'als ik ga blozen, is dat een ramp'.
- Overgeneraliseren, conclusies trekken op basis van weinig gegevens, bijvoorbeeld 'het zal wel weer slecht aflopen'.
- 'Zwart-witdenken', alles zien in termen van goed - slecht, alles - niets of mooi - lelijk: 'als ik niet slaag voor deze toets, ben ik een grote nul'.
- 'Filteren', alleen maar de negatieve kanten zien van een gebeurtenis, bijvoorbeeld 'bij mijn spreekbeurt, moest ik in het begin stotteren, dus was het een waardeloze spreekbeurt'.
- Denken voor een ander of gedachtelezen: bijvoorbeeld 'zij vindt me nu vast dom' of 'het feit dat ze me al een tijdje niet gemaïld heeft, betekent dat ze erg boos op me is'.
- Jezelf onderschatten: 'dat kan ik waarschijnlijk toch niet'.
- Irreële eisen stellen aan jezelf: 'ik moet alles vanaf de eerste keer goed doen'.

Aan de hand van een dagboek bijvoorbeeld kan iemand bijhouden welke situaties als onaangenaam ervaren werden. Hij beschrijft de daarbij behorende vervelende gevoelens en gedachten. Vervolgens krijgt hij het verzoek de juistheid van de beschreven gedachten aan te tonen om zo te ontdekken welke denkfouten er achter schuilgaan. Hierdoor treedt het onderscheid tussen de objectieve werkelijkheid en de subjectieve gedachten aan het licht. Daarna moet hij andere interpretaties van de beschreven situaties bedenken en nagaan wat voor bewijsmateriaal er is vóór of tegen deze alternatieven, bijvoorbeeld 'als ze je niet mailt, ga je ervan uit dat ze boos op je is'.

'Zijn er nog andere redenen te bedenken? Hoe zou je erachter kunnen komen wat de werkelijke reden is?'

Wat zou er kunnen gebeuren als je gewoon vraagt naar de reden?' Voor het meest aannemelijke alternatief moet hij de geloofwaardigheid scoren. Ten slotte wordt nagegaan wat het effect hiervan is op de gevoelens en het handelen.

Wanneer op deze wijze de onrealistische gedachten gecorrigeerd zijn, analyseert de behandelaar het materiaal dat in eerdere zittingen is ingebracht en zoekt naar thema's (acceptatie versus afwijzing, succes versus falen e.d.) die ten grondslag kunnen liggen aan de automatische, onrealistische gedachten.

## Interpersoonlijke therapie

Er is gebleken dat ook interpersoonlijke therapie effectief is bij depressies. Deze therapievorm ziet in een depressie een inadequate reactie op situaties, waarin de bestaanszekerheid op het spel staat. Doel van de therapie is die inadequate reactie door doelmatiger 'coping-mechanismen' te vervangen. 'Coping' komt van het Engelse 'to cope', wat zoiets als 'omgaan met', 'het hoofd bieden aan' of 'zich weten te redden' betekent. 'Coping' is de manier waarop iemand omgaat met de eisen of verwachtingen die aan hem gesteld worden, en die hij aan zichzelf stelt, en mogelijke conflicten tussen die eisen en de mogelijkheden (draagkracht) van de persoon in kwestie (Lazarus & Lurnier, 1978). Of eenvoudiger gezegd: coping is de manier waarop mensen zich handhaven in moeilijke situaties.

Coping kan actief of passief zijn: je kunt actief een oplossing zoeken voor problemen of steun zoeken bij anderen, maar je kunt ook passief afwachten en de situatie lijdzaam ondergaan. Coping kan ook in meer of mindere mate effectief zijn. Een ruzie uitpraten bijvoorbeeld is effectiever dan troost zoeken in alcohol of drugs.

In de interpersoonlijke therapie worden eerst de manieren waarop de cliënt met de bedreigende situatie omgaat en zijn gevoelens, gedachten en verwachtingen, zo nauwkeurig mogelijk in kaart gebracht. Samen met de cliënt probeert de behandelaar de activiteiten van de cliënt te ordenen in belangrijkheid, na te gaan welke situaties de klachten vergroten en welke deze verminderen. Zo kunnen activiteiten met een lage prioriteit komen te vervallen. De cliënt krijgt het advies belastende situaties in het begin maar te vermijden en situaties met een positief effect na te streven. Impliciet geeft dit aan dat de cliënt in belangrijke mate greep kan hebben op de stresserende omstandigheden. Tijdens de behandeling worden één of twee problemen op relationeel ofwel interpersoonlijk gebied nader geëxploreerd. Vaak gaat het om abnormale rouwreacties, strijd tussen mensen over sociale rollen (bijvoorbeeld met ouders en/of leerkrachten), moeizame overgangen van de ene sociale rol naar de andere (levensfaseproblematiek) en een tekort aan sociale vaardigheden. Het accent ligt op de gedragsmatige verandering in het hier en nu. Dit kan bijvoorbeeld door te leren hoe men zich in een huidige conflictueuze relatie meer ontspannen kan opstellen.

Interpersoonlijke therapie kan individueel, maar ook in gezinsverband plaatsvinden. Soms gaat het niet alleen over de onderlinge verhoudingen tussen het kind of de adolescent en zijn ouders. Kinderen met geïnternaliseerde gedragsproblemen hebben nogal eens de functie van 'vredesduif': ouders met veel onderlinge conflicten worden 'herenigd' rondom de zorgen om hun kind. Het gedrag van andere kinderen in het gezin en hun relatie tot de ouders kan eveneens van belang zijn. Vaak gaat het om 'ondergesneeuwde' kinderen: tegenover broer of zus voelt het zich de mindere (qua schoolse prestaties, sociale vaardigheden, sportieve prestaties) of broer of zus eist zoveel aandacht op van de ouders, bijvoorbeeld door geëxternaliseerd probleemgedrag, dat er nauwelijks aandacht voor hem of haar overblijft.