

Klinische psychologie

Theorie en psychopathologie

Henk T. van der Molen, Elin Simon, Jacques van Lankveld (red.)

Met medewerking van:

Arnoud Arntz, Yannick Boddez, Theo K. Bouman, Jan van den Bout, Farid Chakhssi, Maaïke Cima, Nel Draijer, Richard van Dyck, Paul Eelen, Iris Engelhard, Jannes Eshuis, Mark van der Gaag, Luk Gijs, Wouter J. Gomperts, Collin van der Heiden, Dirk Hermans, Marcus Huibers, Anita Jansen, Ger Keijsers, Gerard A. Kerkhof, Moniek M. ter Kuile, Helle Larsen, Jill Lobbestael, Frenk Peeters, Sandra Perreijn, Henk van der Ploeg, Rudolf Ponds, Jeffrey Roelofs, Corine de Ruiter, Elske Saleminck, Grietje Schaap, Nicolette Siep, Annelies Spek, Philip Spinhoven, Tonnie Staring, Roelf Jan Takens, Martijn van Teffelen, Bram Vervliet, Sako Visser, Marisol Voncken, Reinout W. Wiers, Lot Wouda, Saskia Wouters

Derde druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Open Universiteit

www.ou.nl



18

Disruptieve-, impuls-beheersings- en andere gedragsstoornissen

Farid Chakhssi, Grietje Schaap en Corine de Ruiter

- 18.1 Oppositionele-opstandige stoornis
- 18.2 Periodiek explosieve stoornis
- 18.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis
- 18.4 Pyromanie
- 18.5 Kleptomanie

Casus 18.1 Verbale agressie en vernieling

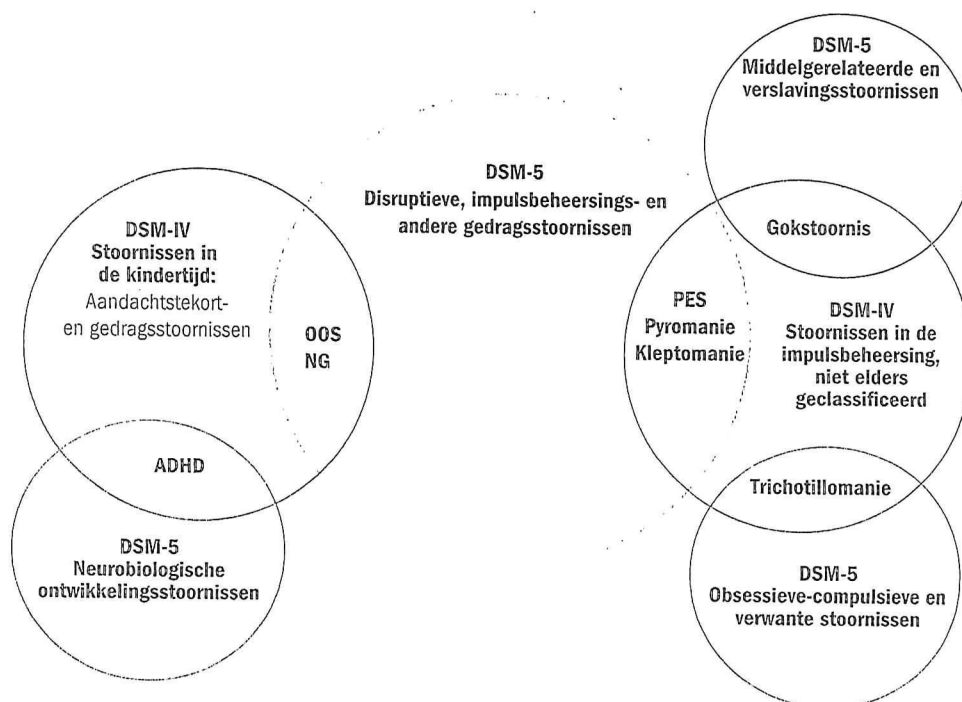
Cris is een dertigjarige man met een verleden van verbale agressie en vernieling van eigendommen. Bij de voetbalclub staat hij bekend om zijn opvliegende karakter. Tijdens trainingen kan hij 'ontploffen' als zijn medespe- lers een kleine fout maken. Hij loopt dan rood aan, wordt ontzettend boos, begint te schelden en gooit soms zelfs met de waterzak, reserveballen of pionnen. Inmiddels kent iedereen hem en laten ze hem altijd even uitrazen als hij zo boos wordt. Achteraf is Cris van slag door zijn buitensporige reac- tie en voelt hij zich vaak schuldig. Het komt soms voor dat Cris zo heftig re- ageert tegen onbekenden op het sportveld of in het verkeer dat het tot slaande ruzies heeft geleid.

Disruptieve-, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen zijn stoornissen waarbij men problemen ervaart met de beheersing van emoties en gedrag. In het bijzonder gaat het hierbij om gedrag dat de rechten van ande- ren schendt (zoals bij mishandeling of diefstal), regelovertredend gedrag (zoals brandstichting of vandalisme) of gedrag dat leidt tot conflicten met autoriteitsfiguren (zoals bij spijbelen). De stoornissen in dit hoofdstuk be- horen tot een nieuwe categorie in de DSM-5. Deze categorie bestond nog niet in de vorige versie van de DSM (zie figuur 18.1).

In deze categorie worden stoornissen gecombineerd die eerder waren on- dergebracht in twee afzonderlijke DSM-IV-TR-categorieën (APA, 2000). In de DSM-IV waren de oppositionele-opstandige stoornis (OOS), de norm-

overschrijdend-gedragsstoornis (NG) en de gedragsstoornis niet anderszins omschreven ondergebracht in de categorie 'Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden'. De periodiek explosieve stoornis (PES), pyromanie en kleptomanie waren ondergebracht in de categorie 'Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd'. De aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD), die vaak samen voorkomt met de oppositionele-opstandige stoornis en/of de normoverschrijdend-gedragsstoornis (Speltz, McClellan, DeKlyen & Jones, 1999), wordt in de DSM-5 gerekend tot de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (zie hoofdstuk 11).

FIGUUR 18.1 DSM-5 Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen vergeleken met de DSM-IV-classificatie



ADHD = aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis; OOS = oppositionele-opstandige stoornis; NG = normoverschrijdend-gedragsstoornis; PES = periodiek explosieve stoornis.

Bron: Taylor, Weiss, Ferretti, Berlin & Hollander, 2014

18.1 Oppositionele-opstandige stoornis

18.1.1 Klinisch beeld

Kenmerkend voor een oppositionele-opstandige stoornis (OOS) is brutaal, opstandig gedrag en prikkelbaarheid of boosheid. Deze gedragingen komen bij de meeste mensen wel eens voor. Bij mensen met een OOS komen deze gedragingen gedurende langere tijd tegelijk voor en hebben ze negatieve gevolgen voor hun sociale, school- of beroepsmatige functioneren. Mensen

met een OOS hebben vaak conflicten met autoriteitsfiguren, zijn twistziek, koppig, houden zich niet aan de regels en volgen aanwijzingen slecht op. Zij kunnen de grenzen van anderen opzoeken om hen bewust te ergeren. Ook kunnen ze hatelijk of wraakzuchtig worden als ze boos zijn en geven zij vaak anderen de schuld van hun problemen. Mensen met deze stoornis beschouwen zichzelf niet als boos, dwars of ongehoorzaam. In plaats daarvan rechtvaardigen zij hun gedrag als redelijke reacties op onredelijke eisen van anderen of oneerlijke omstandigheden.

Om te kunnen spreken van een OOS dient men te voldoen aan minimaal vier van de acht criteria die in de DSM-5 worden verdeeld in emotionele kenmerken (boze/prikkelbare stemming), gedragskenmerken (ruziezoekend, ongehoorzaam gedrag) en een hatelijk/wraakzuchtig kenmerk (zie box 18.1). Recent onderzoek laat zien dat de emotionele kenmerken van OOS samenhangen met het risico op het ontwikkelen van een angststoornis of een depressieve stoornis (Stringaris & Goodman, 2009). De gedragskenmerken en de wraakzucht hangen samen met het risico op het ontwikkelen van een normoverschrijdend-gedragsstoornis en delinquent gedrag (Rowe, Costello, Angold, Copeland & Maughan, 2010). De emotionele en gedragskenmerken dienen gedurende zes maanden minstens één keer per week te zijn voorgekomen, of bij kinderen tot 5 jaar gedurende zes maanden op de meeste dagen.

Box 18.1 Kenmerken van de oppositionele-opstandige stoornis

- We spreken van een oppositionele-opstandige stoornis wanneer er gedurende minstens zes maanden sprake is van brutaal ongehoorzaam gedrag, een prikkelbare stemming of ontevredenheid. Er zijn minstens vier van de volgende kenmerken aanwezig, en het gedrag is niet alleen gericht op een broer of zus:
 - 1) Verliest vaak zijn of haar geduld
 - 2) Lichtgeraakt of snel geïrriteerd
 - 3) Vaak boos en ontevreden
 - 4) Maakt veel ruzie met volwassenen (bij kinderen) of gezagsfiguren
 - 5) Verzet zich tegen regels
 - 6) Ergert anderen opzettelijk
 - 7) Geeft anderen de schuld van eigen fouten
 - 8) In de afgelopen zes maanden is men minstens tweemaal hatelijk of wraakzuchtig geweest
- Het gedrag gaat samen met lijdensdruk bij de betrokkene óf bij anderen in de directe sociale omgeving; of het gedrag heeft een negatieve invloed op het sociale functioneren

Zie het diagnostisch classificatiesysteem DSM-5 voor de exacte diagnostische criteria, uitzonderingen, criteria over lijdensdruk en beperkingen, voorbeelden én informatie over de uiting van symptomen bij kinderen en adolescenten.

Vaak manifesteren de symptomen van de OOS zich het eerst in de thuissituatie. Later treden ze ook op in andere omgevingen, zoals op school, in relaties met leeftijdsgenoten of op het werk. Wanneer de symptomen in meer-

dere settings voorkomen (bijvoorbeeld thuis en op de opleiding), wordt dat gezien als een ernstiger vorm van OOS. In de DSM-5 wordt dan ook gesproken van een lichte vorm van OOS wanneer de symptomen zich beperken tot één setting, van een matige vorm wanneer de symptomen aanwezig zijn in minstens twee settings en van een ernstige vorm wanneer de symptomen aanwezig zijn in drie of meer settings.

18.1.2 Prevalentie

Er zijn weinig bevindingen bekend uit onderzoek onder volwassenen met OOS. OOS is een stoornis die tot het verschijnen van de DSM-5 werd gezien als een stoornis in de kindertijd (zie figuur 18.1). Amerikaans bevolkingsonderzoek laat zien dat OOS gemiddeld begint op een leeftijd van 12 jaar en gemiddeld zes jaar duurt (Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2007). Uit het bevolkingsonderzoek bleek ook dat 70 procent van de mensen met een OOS geen symptomen meer ervaart na het achttiende levensjaar (Nock e.a., 2007). De prevalentie van OOS bedraagt volgens de DSM-5 ongeveer 3,3 procent (APA, 2014). Tot aan de adolescentie blijkt de prevalentie iets hoger te zijn bij jongens dan bij meisjes (1,4 vs. 1). Na de adolescentie is dit verschil niet consistent aanwezig (Loeber, Green, Lahey, Frick & McBurnett, 2000). Uit Nederlands onderzoek (Tuithof, Ten Have, Van Dorsselaar & De Graaf, 2010) blijkt dat 2,6 procent van de volwassenen ooit een OOS heeft gehad.

18.1.3 Comorbiditeit

De meest voorkomende comorbide stoornis bij OOS is ADHD (zie paragraaf 11.2), waarbij comorbiditeitspercentages tot 45 procent worden gerapporteerd bij kinderen en adolescenten (Speltz e.a., 1999). Volgens de DSM-5 gaat OOS vaak vooraf aan de normoverschrijdend-gedragsstoornis (zie paragraaf 18.3), al geldt dit vooral voor een OOS met een begin in de vroege kindertijd, die zich vooral kenmerkt door ruziezoekend en ongehoorzaam gedrag en wraakzucht (Rowe e.a., 2010). Andere stoornissen die vaak tegelijkertijd voorkomen met OOS zijn angststoornissen en depressieve stoornissen (Angold, Costello & Erkanli, 1999). Tot de differentiaaldiagnosen behoren ADHD, de normoverschrijdend-gedragsstoornis, stemmingsstoornissen, de disruptieve-stemmingsregulatiestoornis, de periodiek explosieve stoornis, de verstandelijke beperking, de taalstoornis en de sociale-angststoornis. Indien de persoon ouder is dan 18 jaar, dient de antisociale persoonlijkheidsstoornis te worden uitgesloten.

18.1.4 Etiologie

De oorzaak van OOS is niet bekend. Waarschijnlijk ontstaat de stoornis door een samenspel van biologische, psychologische en omgevingsfactoren. Zo blijkt er een samenhang te zijn tussen OOS en een aantal omgevingsfactoren en psychologische factoren, zoals lage sociaaleconomische status, relatieproblemen bij de ouders, gebrekkige opvoedingsstijlen zoals inconsistent omgaan met ongewenst gedrag, verwaarlozing en/of overdreven hard straffen, psychische stoornissen en/of middelenmisbruik bij de ouders (Burke, Loeber & Birmaher, 2002). Uit neurobiologisch onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat verschillende gebieden van de hersenen (de orbitofrontale cortex en de amygdala) niet optimaal functioneren bij kinderen en adolescenten met een OOS of een normoverschrijdend-gedragsstoornis (Finger e.a., 2011). Echter, in dit onderzoek en in het meeste neurobiologische onderzoek op dit gebied, wordt geen onderscheid gemaakt

tussen OOS, de normoverschrijdend-gedragsstoornis en/of ADHD. Hierdoor blijft het onduidelijk of er specifieke neurobiologische markers zijn voor OOS.

18.1.5 Diagnostische methoden

Voor de diagnostiek van OOS bij volwassenen kan men gebruikmaken van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Kessler & Üstün, 2004). In dit interview wordt bij volwassenen de aanwezigheid van OOS-symptomen tijdens hun kindertijd en adolescentie uitgevraagd, en of de symptomen de afgelopen twaalf maanden aanwezig waren. De CIDI is vertaald in het Nederlands (De Graaf, Ormel & Ten Have, 2008).

Voor de diagnostiek van OOS bij kinderen en adolescenten is een gevalideerd semigestructureerd interview beschikbaar. De Semi Structured Interview for Children and Adolescents second edition (SCICA; McConaughy & Achenbach, 2001) is gericht op het systematisch vaststellen van emotionele en/of gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten (tussen 6 en 18 jaar). De SCICA vraagt een uitgebreide training van de interviewer. Daarnaast zijn er een aantal gevalideerde vragenlijsten voor kinderen en adolescenten beschikbaar, zoals de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a), om problemen in de beheersing van gedrag en emotie vast te stellen. Er bestaan twee versies van de CBCL, één voor kinderen tot en met 5 jaar en één voor kinderen tussen de 6 en 18 jaar. De vragenlijst wordt ingevuld door ouders, verzorgers of goede bekenden van betrokkene. Hiervan is ook een leerkrachtversie beschikbaar (Teacher Report Form; Achenbach, 1991b) en een zelfrapportageversie (Youth Self Report; Achenbach, 1991c). Genoemde vragenlijsten en het semigestructureerde interview zijn vertaald en gevalideerd voor de Nederlandse populatie (Verhulst e.a., 2003).

18.1.6 Behandeling

Het meeste wetenschappelijk onderzoek naar interventies voor OOS maakt geen onderscheid tussen OOS en de normoverschrijdend-gedragsstoornis. Er is geen onderzoek bekend naar het effect van interventies op OOS en de normoverschrijdend-gedragsstoornis bij volwassenen omdat bestaande studies zich richten op antisociaal gedrag bij volwassenen (bijvoorbeeld antisociale persoonlijkheidsstoornis en/of psychopathie) en niet op OOS en de normoverschrijdend-gedragsstoornis bij volwassenen (Ersline e.a., 2013). Maar onder kinderen en adolescenten met deze stoornissen is er wel veelvuldig onderzoek naar gedaan en wordt de voorkeur gegeven aan psychologische behandelingen die zowel op het individu als op het gezin zijn gericht. Veelgebruikte en effectieve psychologische behandelingen zijn oudertraining, cognitieve gedragstherapie en multisysteemtherapie (Mathys & van de Glind, 2013). De keuze voor én effectiviteit van de behandeling is sterk afhankelijk van de leeftijd van het kind. Bij kinderen onder de 12 jaar wordt met een oudertraining de beste resultaten behaald (McCart, Priester, Davies & Azen, 2006). Een voorbeeld van een oudertraining is de Nederlandse versie van de Parent Management Training Oregon (PMTO; Thijssen, de Ruiter & Albrecht, 2008). Bij PMTO worden ouders getraind en begeleid in het toepassen van effectieve opvoedingsstrategieën, waardoor de gedragsproblemen van hun kinderen verminderen (Thijssen e.a., 2008). In de meta-analyse van McCart en collega's (2006) werd een positieve relatie gevonden tussen de effectiviteit van individuele cognitieve gedragstherapie en de leeftijd van het kind. Deze bevindingen suggereren dat voor cliënten

ouder dan 12 jaar individuele cognitieve gedragstherapie een effectieve aanvulling is op de oudertraining. Cognitief-gedragstherapeutische behandelingen hebben onder andere als doel om de agressie- en impulsregulatie, probleemoplossende en sociale vaardigheden te verbeteren.

Voor adolescenten met ernstig antisociaal gedrag, zoals crimineel gedrag en/of middelenmisbruik, is multisysteemtherapie (MST) een effectieve interventie (Curtis, Ronan & Borduin, 2004). MST is een behandeling die zich richt op het hele systeem rondom het kind, dus naast de ouders, op de school, de leeftijdsgenoten en de buurt. Een Nederlandse studie naar de effectiviteit van MST laat zien dat MST een positief effect heeft op criminele recidive, aantal uithuisplaatsingen en schoolverzuim (Boonstra, Jonkman, Soeteman & Van Busschbach, 2009).

18.2 Periodiek explosieve stoornis

18.2.1 Klinisch beeld

De periodiek explosieve stoornis (PES) is een stoornis die gekenmerkt wordt door het niet kunnen beheersen van impulsief fysiek en/of verbaal agressief gedrag, zich uitend in terugkerende agressieve uitbarstingen. Deze uitbarstingen komen snel opzetten, zijn niet instrumenteel van aard of van tevoren gepland. De agressieve uitbarstingen zijn buitensporig in verhouding tot de veroorzakende gebeurtenis en treden vaak op als reactie op een minimale provocatie door iemand uit de nabije omgeving van de betrokkene. De betrokkene heeft zelf last van de agressieve uitbarstingen, in die zin dat de uitbarstingen lijdensdruk veroorzaken en/of beperkingen in het psychosociaal functioneren.

Om een PES te kunnen classificeren dient iemand te voldoen aan een aantal criteria volgens de DSM-5 (zie box 18.2). Indien de terugkerende agressieve uitbarstingen vaker voorkomen of heviger zijn dan gewoonlijk wordt gezien, kan de classificatie van PES samengaan met de classificatie van OOS, normoverschrijdend-gedragsstoornis, ADHD of autismespectrumstoornis.

Box 18.2 Kenmerken van de periodiek explosieve stoornis

- Herhaaldelijke agressieve uitbarstingen:
 - 1) Uitbarstingen van verbale of fysieke agressie jegens spullen, dieren of andere mensen, gedurende drie maanden en gemiddeld twee keer per week. De uitbarstingen leiden *niet* tot schade of lichamelijke verwonding van dieren of andere mensen
 - 2) Drie agressieve uitbarstingen binnen één jaar jegens spullen, dieren of mensen, die *wél* schade aan eigendommen en/of lichamelijke verwondingen tot gevolg hebben
- De agressie tijdens de uitbarstingen is extreem disproportioneel ten opzichte van de aanleiding of voorafgaande stressoren
- De uitbarstingen zijn impulsief, niet gepland en dienen geen concreet doel
- De betrokkene is minimaal 6 jaar

Zie voor de exacte diagnostische criteria het diagnostisch classificatiesysteem DSM-5.

18.2.2 Prevalentie

De lifetimeprevalentie van PES bedraagt ongeveer 5,4 procent en het eenjarige prevalentiepercentage bedraagt ongeveer 2,7 procent (Kessler e.a., 2006). De prevalentie van PES is hoger bij mannen dan bij vrouwen (1,7 : 1), bij mensen tot 44 jaar en bij mensen met een laag opleidingsniveau (Kessler e.a., 2006).

18.2.3 Comorbiditeit

Ongeveer twee derde van de mensen met een PES voldoet ook aan de classificatie voor een andere DSM-IV-stoornis (McLaughlin e.a., 2012). Gegevens over comorbiditeit met DSM-5-stoornissen zijn nog niet beschikbaar. De meest voorkomende comorbiditeit van PES is met angststoornissen (zie hoofdstuk 13) en middelgerelateerde en verslavingsstoornissen (zie hoofdstuk 14), maar PES ontstaat vaak eerder dan de comorbide stoornissen (Kessler e.a., 2006). Zo blijkt dat PES in 92 procent van de gevallen op een jongere leeftijd begint dan een comorbide middelgerelateerde stoornis. Andere stoornissen die vaak tegelijkertijd voorkomen met PES zijn depressieve-stemmingsstoornissen (Kessler e.a., 2006; McLaughlin e.a., 2012). Tot de differentiaaldiagnosen behoren de disruptieve-stemmingsdisregulatiestoornis, antisociale- of borderline-persoonlijkheidsstoornis, delirium, neurocognitieve stoornis, persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening (agressieve type), en intoxicatie door of onttrekkingsverschijnselen van een middel. Daarnaast lopen ook mensen met een voorgeschiedenis van disruptief gedrag een verhoogde kans op het ontwikkelen van een PES als comorbide stoornis.

18.2.4 Etiologie

Tweelingstudies laten zien dat er een genetisch effect is voor agressie en impulsief gedrag (Yeh, Coccaro & Jacobson, 2010). Specifiek voor PES zijn echter geen tweelingstudies beschikbaar. Wel blijkt dat familieleden van mensen met een PES een verhoogde kans hebben om aan de DSM-IV-criteria van PES te voldoen in vergelijking met familieleden van mensen zonder PES (Coccaro, 2010).

Studies naar mogelijke neurobiologische mechanismen bij PES suggereren afwijkingen in de orbitofrontale cortex en het limbisch systeem (Coccaro e.a., 2007).

PES blijkt meer voor te komen bij mensen die in het verleden slachtoffer zijn geweest van geweld, die geweld van dichtbij hebben meegemaakt of meerdere traumatische levensgebeurtenissen hebben meegemaakt (Fincham e.a., 2009; Ortega, Canino & Alegria, 2008). Bij deze studies blijft wel de vraag of de PES-symptomen het gevolg zijn van fysieke letsels (*closed head injury*) of louter van de psychologische gevolgen van opgroeien in een gewelddadige omgeving.

18.2.5 Diagnostische methoden

Voor de diagnostiek van PES is een specifiek semigestructureerd interview beschikbaar: het Intermittent Explosive Disorder Interview (IED Interview; McCloskey & Coccaro, 2003). Dit interview is erop gericht om kwantitatieve (zoals de frequentie) en kwalitatieve (zoals beschrijving van het gedrag) informatie in kaart te brengen over de agressieve uitbarstingen. Daarnaast kan PES worden uitgevraagd aan de hand van het Minnesota Impulsive Disorder Interview (MIDI; Christenson e.a., 1994). Tot op heden zijn deze semigestructureerde interviews niet naar het Nederlands vertaald en zijn er geen

versies beschikbaar die gebaseerd zijn op de DSM-5. Wel in het Nederlands vertaald is een aanvullende module voor het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I/First; Spitzer, Gibbon & Williams, 1997). Deze module is gericht op het vaststellen van DSM-IV-stoornissen in de impulsbeheersing, waaronder PES. De betrouwbaarheid van deze aanvullende module voor het classificeren van PES is nog niet onderzocht.

18.2.6 Behandeling

Er zijn aanwijzingen vanuit gerandomiseerde, dubbelblinde, placebogecontroleerde studies dat symptomen van PES behandeld kunnen worden met farmacotherapie, zoals antidepressiva (bijvoorbeeld fluoxetine) en anti-epileptica (bijvoorbeeld Divalproex) (Hollander, 2003; Mattes, 2005, 2008; Silva e.a., 2010). Tot op heden heeft er één gerandomiseerde studie plaatsgevonden naar het effect van cognitieve gedragstherapie op de symptomen van PES (McCloskey e.a., 2008). In deze studie werd aangetoond dat cognitieve gedragstherapie, zowel individueel als in een groep, leidde tot minder fysieke en verbale agressieve uitingen in vergelijking met een wachtlijstconditie. De resultaten bleven nagenoeg hetzelfde bij een follow-up van drie maanden na de behandeling.

18.3 Normoverschrijdend-gedragsstoornis

18.3.1 Klinisch beeld

De normoverschrijdend-gedragsstoornis kenmerkt zich door een gebrek aan respect voor regels, maatschappelijke normen en waarden en gevoelens van anderen. Dit leidt tot een aanhoudend patroon van divers en zich herhalend wangedrag, zoals lichamelijke en verbale agressie en diefstal, vernieling van eigendommen, misleiding, bedrog en manipulatie. Mensen met een normoverschrijdend-gedragsstoornis zijn geneigd om intenties van anderen vijandiger of agressiever te interpreteren dan ze in werkelijkheid zijn (Dodge, 1980). Hierdoor reageren ze eerder en vaker agressief op anderen, vooral in situaties waarin de intenties van anderen onduidelijk of onbekend zijn. Het gedrag is vaak zichtbaar in meerdere settings, zoals in het gezin, in de buurt, op school en/of op het werk.

De verschillende kenmerken van de normoverschrijdend-gedragsstoornis worden in de DSM-5 in vier categorieën ingedeeld: agressief gedrag dat dreigend is of fysiek letsel kan veroorzaken bij dieren of mensen, opzettelijke en doelbewuste brandstichting of vernieling van eigendommen, bedrog of diefstal, en ernstige schendingen van regels of voorwaarden (zie box 18.3). Mensen met een normoverschrijdend-gedragsstoornis zijn vaak geneigd om hun eigen gedrag te beschouwen als redelijke en terechte reacties op het gedrag van anderen en/of hun problemen te bagatelliseren.

Box 18.3 Kenmerken van de normoverschrijdend-gedragsstoornis

Herhaaldelijk schenden van de basisrechten van anderen of van belangrijke maatschappelijke normen of regels. Dit wordt zichtbaar door minstens drie van volgende criteria die het afgelopen jaar aanwezig waren (waarvan minstens één de afgelopen zes maanden):

Agressie:

- 1) Heeft anderen gepest, bedreigd of geïntimideerd
- 2) Is vaak gevechten begonnen
- 3) Heeft een gevaarlijk wapen gebruikt
- 4) Heeft mensen mishandeld
- 5) Heeft dieren mishandeld
- 6) Heeft mensen bestolen (in directe confrontatie)
- 7) Heeft seksuele handelingen afgedwongen

Vernieling:

- 8) Heeft opzettelijk brand gesticht
- 9) Heeft opzettelijk eigendommen vernield

Bedrog of diefstal:

- 10) Heeft ingebroken
- 11) Heeft vaak gelogen om iets te krijgen of te ontlopen
- 12) Heeft waardevolle spullen of geld gestolen (niet in directe confrontatie)

Ernstige overtredingen van regels:

- 13) Komt 's avonds of 's nachts vaak niet op tijd thuis
- 14) Is minstens twee keer weggelopen en 's nachts weggebleven, of is één keer weggelopen voor een lange periode zonder terug te keren
- 15) Spijbelt vaak

Zie voor de exacte diagnostische criteria het diagnostisch classificatiesysteem DSM-5.

De DSM-5 maakt bij de normoverschrijdend-gedragsstoornis onderscheid in twee subtypen die zijn gebaseerd op de leeftijd waarop de stoornis is ontstaan. Het subtype waarbij minstens één symptoom getoond wordt voor de leeftijd van 10 jaar wordt aangeduid als het subtype 'met begin in de kindertijd'. Bij het andere subtype 'met begin in de adolescentie' toont de betrokkene voor de leeftijd van 10 jaar geen symptomen die kenmerkend zijn voor de normoverschrijdend-gedragsstoornis. Bij mensen met de normoverschrijdend-gedragsstoornis met begin in de kindertijd is er een grotere kans dat het antisociale gedrag aanhoudt tot in de volwassenheid (*life-course-persistent*) dan bij mensen met het subtype met begin in de adolescentie (*adolescence-limited*) (Moffitt, 1993).

Bovendien wordt in de DSM-5 onderscheid gemaakt naar de ernst van de normoverschrijdend-gedragsstoornis: licht (bijvoorbeeld liegen, spijbelen), matig (bijvoorbeeld stelen zonder het slachtoffer te confronteren, vandalisme) en ernstig (bijvoorbeeld gedwongen seks, overvallen van een slachtoffer, inbreken) normoverschrijdend gedrag.

18.3.2 Prevalentie

Er is weinig bekend over de prevalentie van de normoverschrijdend-gedragsstoornis bij volwassenen omdat bestaande studies zich richten op antisociaal gedrag bij volwassenen (bijvoorbeeld de antisociale persoonlijkheidsstoornis) in plaats van op de normoverschrijdend-gedragsstoornis (Erskine e.a., 2013). Bij kinderen is de normoverschrijdend-gedragsstoornis een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen (APA, 2000). Uit Amerikaans bevolkingsonderzoek blijkt dat de normoverschrijdend-gedragsstoornis gemiddeld op 11,6 jaar ontstaat (Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2007). De eenjaarsprevalentie varieert van 2 procent tot meer dan

10 procent, met een mediane waarde van 4 procent (APA, 2014). De stoornis komt in de kindertijd en in de adolescentie vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (met ratio's van 2 : 1, tot 4 : 1; Moffitt, 2001). Uit Nederlands onderzoek (Tuithof e.a., 2010) blijkt dat 5,6 procent van de volwassenen een normoverschrijdend-gedragsstoornis in de kindertijd heeft gehad.

18.3.3 Comorbiditeit

De meest voorkomende comorbiditeit van de normoverschrijdend-gedragsstoornis is met ADHD (zie paragraaf 11.2) en OOS (zie paragraaf 18.1). Vooral de comorbiditeit met ADHD hangt samen met een verhoogd risico van antisociaal gedrag en geweld in de volwassenheid (APA, 2014). Ook laten mannen hogere percentages comorbiditeit met andere stoornissen zien dan vrouwen (Maughan e.a., 2004). Stemnings- en angststoornissen (zie hoofdstukken 12 en 13), de specifieke leerstoornis en middelgerelateerde stoornissen komen vaak samen voor met de normoverschrijdend-gedragsstoornis, soms wel oplopend tot 50 procent (Maughan e.a., 2004). Tot de differentiaal-diagnosen behoren stemmingsstoornissen, de periodiek explosieve stoornis en aanpassingsstoornissen. Indien de persoon ouder is dan 18 jaar, dient de antisociale persoonlijkheidsstoornis en/of de stoornis psychopathie te worden uitgesloten.

18.3.4 Etiologie

De ontwikkeling van een normoverschrijdend-gedragsstoornis wordt beïnvloed door zowel genetische als omgevingsfactoren. Bij mensen met het subtype dat begint in de kindertijd lijkt er een grotere invloed te zijn van genetische factoren. Bij hen is er vaak een chronischer en ernstiger beloop. Bovendien hebben zij een grotere kans op het ontwikkelen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Moffitt, 2005). Ook is er een verhoogd risico op het ontwikkelen van een normoverschrijdend-gedragsstoornis bij kinderen van wie bij de biologische ouders sprake is van ADHD, normoverschrijdend-gedragsstoornis, stemmingsstoornissen, schizofrenie of een stoornis in alcoholgebruik (APA 2013; Moffitt, 2005).

Daarnaast is er een samenhang tussen de normoverschrijdend-gedragsstoornis en het aangeboren temperament. Vooral weinig angst en de neiging om met sterke emoties –waaronder boosheid, angst en verdriet– te reageren op prikkels uit de omgeving (negatieve emotionaliteit) zijn geassocieerd met de normoverschrijdend-gedragsstoornis (Lahey e.a., 2008; Sanson, Smart, Prior & Oberklaid, 1993).

Neurobiologisch onderzoek laat zien dat er structurele en functionele veranderingen in het brein zijn gevonden bij mensen met een normoverschrijdend-gedragsstoornis. Deze veranderingen worden vooral gezien in de prefrontale cortex en het limbisch systeem (bijvoorbeeld de amygdala), die samen een grote rol spelen bij de emotieverwerking, emotieregulatie en executieve functies, zoals beslissingen nemen, plannen en impulsbeheersing (Finger e.a., 2011; Heubner e.a., 2008; Kreusi e.a., 2004).

Een aantal omgevingsfactoren heeft een sterke samenhang met de kans dat iemand een normoverschrijdend-gedragsstoornis ontwikkelt en/of speelt een rol bij het in stand houden van de stoornis, zoals psychische en lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik, gebrek aan ouderlijk toezicht, uithuisplaatsing in een instelling op jonge leeftijd, een inconsequente of meedogenloze opvoedingsstijl, echtelijke ruzies van de ouders, een grote gezinsomvang, crimineel gedrag van de ouders, omgang met delinquente leeftijdsgenoten en hoge buurtcriminaliteit (Murray & Farrington, 2010).

18.3.5 Diagnostische methoden

Voor de diagnostiek van de normoverschrijdend-gedragstoornis wordt gebruikgemaakt van dezelfde diagnostische instrumenten als bij de OOS (zie subparagraaf 18.1.5).

18.3.6 Behandeling

Voor de behandeling van de normoverschrijdend-gedragstoornis wordt gebruikgemaakt van dezelfde psychologische behandelmethoden als voor de OOS (zie subparagraaf 18.1.6). Psychostimulantia (zoals methylfenidaat) kunnen een effectieve aanvulling zijn op de psychologische behandelingen van de normoverschrijdend-gedragstoornis, vooral als comorbiditeit met ADHD is vastgesteld (Mathys & Van de Glind, 2013).

18.4 Pyromanie

18.4.1 Klinisch beeld

Kenmerkend voor pyromanie is het doelbewust en herhaaldelijk stichten van brand. Mensen met deze stoornis beleven opluchting of plezier tijdens of na het stichten van brand door naar de brand te kijken, te helpen deze te blussen of te helpen bij de gevolgen van de brand. De brandstichting wordt voorafgegaan door spanning of emotionele opwinding. Mensen die lijden aan deze stoornis hebben grote interesse en nieuwsgierigheid naar alles wat met vuur en brand te maken heeft, wat er in sommige gevallen toe leidt dat ze lid worden van de vrijwillige brandweer (Lindberg e.a., 2005). Om de classificatie pyromanie te krijgen, moet de persoon voldoen aan de DSM-5-criteria die specifiek horen bij deze stoornis (zie box 18.4). Ook mogen er geen andere redenen voor brandstichting een rol spelen, zoals financiële overwegingen, verhulling van een ander misdrijf, of als een uiting van wraak; het stichten van brand heeft geen enkele andere bedoeling dan de brand zelf. Daarnaast mag de persoon niet onder invloed zijn van middelen of de brand stichten als gevolg van wanen of hallucinaties.

CASUS 18.2

Dagelijks op zoek naar branden

Wendy spit dagelijks de kranten door op zoek naar branden die mogelijk aangestoken zijn. Zij houdt ervan om te bedenken hoe de brand waarover ze in de krant leest door haar is aangestoken. Soms belt ze de politie op om branden te bekennen die ze niet heeft gesticht. Ze is 28 jaar oud, maar ze heeft deze fascinatie voor vuur zolang ze zich kan herinneren. Regelmatig sticht ze brand, vaak op afgelegen plekken. De grootte van de brand is afhankelijk van haar behoefte en spanning op dat moment. Op het moment dat ze brand sticht, voelt ze de opwinding en de opgebouwde spanning wegvloeien. Ze blijft altijd kijken naar de brand en is teleurgesteld als deze uitdooft.

Box 18.4 Kenmerken van pyromanie

- Meer dan één keer opzettelijk en doelgericht brand stichten, gepaard gaande met spanning of opwindning
- Fascinatie met vuur
- Lust, voldoening of opluchting voelen tijdens het brandstichten of tijdens het kijken naar brand
- Het brandstichten is geen uiting van een ideologie, boosheid of wraak en de brandstichter wint er niets mee. Het is evenmin een reactie op een waan of hallucinatie of een gevolg van een stoornis in het oordeelsvermogen

Zie voor de exacte diagnostische criteria het diagnostisch classificatiesysteem DSM-5.

18.4.2 Prevalentie

De prevalentie van pyromanie onder de bevolking is nog onbekend. De prevalentie van brandstichting met als reden wraak of om iets te zien branden, is 1,7 procent voor mannen en 0,4 procent voor vrouwen in een Amerikaans bevolkingsonderzoek (Vaughn e.a., 2010). Echter, in dit onderzoek waren de brandstichters gediagnosticeerd met stoornissen die behoren tot de uitsluitingscriteria voor pyromanie, zoals middelgerelateerde stoornissen, stemmingsstoornissen of antisociale persoonlijkheidsstoornissen. In Fins onderzoek onder negentig recidiverende brandstichters bleek dat slechts 3,3 procent (3 personen) voldeed aan de criteria voor pyromanie (Lindberg e.a., 2005).

18.4.3 Comorbiditeit

Pyromanie komt vaak samen voor met kleptomanie, depressieve-stemmingsstoornissen en/of andere stoornissen uit de categorie stoornissen in de impulsbeheersing (DSM-IV), zoals compulsief koopgedrag (Grant & Kim, 2007; Lejoyeux e.a., 2002). Tot de differentiaal diagnosen behoren de normoverschrijdend-gedragsstoornis, manische episode, antisociale persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie, neurocognitieve stoornissen, verstandelijke beperking en intoxicatie door een middel.

18.4.4 Etiologie

Er zijn te weinig gegevens beschikbaar om iets te kunnen zeggen over de biologische, psychologische of omgevingsfactoren die een rol spelen bij pyromanie. De beschikbare onderzoeksgegevens gaan vaak over de heterogene groep brandstichters in plaats van over mensen die lijden aan pyromanie, waardoor er geen conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot deze specifieke groep. Enkele casestudies die zijn uitgevoerd onder mensen met de diagnose pyromanie suggereren een samenhang tussen pyromanie en een verminderde inhibitie (impulscontrole) vanuit de prefrontale cortex (Grant, 2006; Parks e.a., 2005).

18.4.5 Diagnostische methoden

Pyromanie kan als onderdeel van DSM-IV-stoornissen in de impulsbeheersing worden onderzocht aan de hand van het Minnesota Impulsive Disorder Interview (MIDI; Christenson e.a., 1994). Van het MIDI is echter geen

Nederlandse vertaling beschikbaar. Een aanvullende module voor het SCID-I is wel in het Nederlands vertaald (First e.a., 1997). Deze aanvullende module is gericht op het vaststellen van DSM-IV-stoornissen in de impulsbeheersing, waaronder pyromanie. De betrouwbaarheid van deze module voor het vaststellen van pyromanie is nog onbekend.

18.4.6 Behandeling

Er zijn geen gerandomiseerde klinische studies bekend die het effect van psychologische interventies of medicamenteuze therapie bij pyromanie hebben onderzocht. Ook zijn er geen gestandaardiseerde behandelprogramma's bekend voor mensen met de stoornis pyromanie (Burton, McNiel & Binder, 2012).

18.5 Kleptomanie

18.5.1 Klinisch beeld

Het meest kenmerkende voor kleptomanie is dat de mensen die hieraan lijden herhaaldelijk artikelen stelen die ze niet echt nodig hebben en waarbij het stelen niet gebeurt om er geld aan te verdienen. Ze ervaren een toeneemende drang om iets stelen en voelen zich naderhand opgelucht. Diefstal als gevolg van kleptomanie is niet gepland en wordt meestal gepleegd zonder rekening te houden met de kans om aangehouden te worden. Voor mensen met kleptomanie geldt dat het ze uitsluitend gaat om de daad en niet zozeer om de artikelen die gestolen worden. Meestal hebben de gestolen goederen weinig persoonlijke waarde voor ze en geven ze de goederen vaak weg. Vaak schamen ze zich achteraf voor hun gedrag en voor het feit dat ze niet kunnen stoppen met stelen. De kenmerkende diagnostische criteria van kleptomanie zijn samengevat in box 18.5.

CASUS 18.3

Ze wordt overspoeld door een drang om te stelen

Kim begon met stelen toen ze 21 jaar oud was. Ze stal toen hooguit een keer per maand iets uit een winkel. In de afgelopen jaren is het stelen toegenomen tot een frequentie van vier tot vijf keer per week. Kim is nu 35 jaar oud en heeft een goed inkomen. Toch blijft ze spullen stelen die ze eigenlijk niet nodig heeft. Kim geeft aan dat wanneer ze een winkel binnenloopt, ze wordt overspoeld door een drang om te stelen en een sterke behoefte om toe te geven aan deze drang om de spanning te laten zakken. Wanneer ze de winkel weer verlaat, voelt Kim zich schuldig dat ze gestolen heeft. Thuis verstoppt ze de gestolen voorwerpen, meestal kleine voorwerpen, zoals zeepjes, sieraden of tijdschriften, in dozen in de kelder. Haar echtgenoot en haar familie zijn niet op de hoogte van haar probleem. Ze is nog nooit gearresteerd en ze schaamt zich enorm voor haar gedrag.

Box 18.5 Kenmerken van kleptomanie

- Herhaaldelijk niet in staat zijn weerstand te bieden aan de impuls voorwerpen te stelen die men niet nodig heeft
- Oplopend gevoel van spanning vlak voor de diefstal
- Lust, voldoening of opluchting voelen tijdens of na de diefstal
- De diefstal is geen uiting van boosheid of wraak of reactie op een waan of hallucinatie

Zie voor de exacte diagnostische criteria het diagnostisch classificatiesysteem DSM-5.

18.5.2 Prevalentie

Volgens de DSM-5 komt kleptomanie in de algemene bevolking zeer weinig voor en wordt de prevalentie geschat tussen 0,3 en 0,6 procent (APA, 2014). Kleptomanie komt drie keer zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen en de stoornis begint vaak in de late adolescentie, rond het negentiende levensjaar (Grant, Odlaug & Kim, 2010).

18.5.3 Comorbiditeit

Kleptomanie komt samen voor met stemmingsstoornissen, middelgerelateerde stoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en andere stoornissen uit de categorie stoornissen in de impulsbeheersing (DSM-IV), zoals compulsief koopgedrag en trichotillomanie (Baylé e.a., 2003; Dannon e.a., 2004; McElroy e.a., 1991). Tot de differentiaal-diagnosen behoren de normoverschrijdend-gedragsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Er is geen sprake van kleptomanie als het stelen zich alleen voordoet tijdens een manische episode of als reactie op een waan of hallucinatie.

18.5.4 Etiologie

Tot op heden zijn er geen (tweeling)studies verricht die inzicht geven in de mogelijke genetische mechanismen bij kleptomanie. Een van de weinige studies naar het neuropsychologisch functioneren van vijftien proefpersonen met kleptomanie toonde geen significante verschillen in vergelijking tot normgegevens van gezonde proefpersonen (Grant, Odlaug & Wozniak, 2007). Ook zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar over de mogelijke rol van psychologische en/of omgevingsfactoren bij kleptomanie. Wel zijn er aanwijzingen dat middelgerelateerde stoornissen, vooral alcoholmisbruik, vaker voorkomen bij eerstegraadsfamilielieden van mensen met kleptomanie dan bij mensen zonder kleptomanie (McElroy e.a., 1992). Dit zou kunnen suggereren dat verslaving en kleptomanie mogelijk dezelfde onderliggende mechanismen delen. Deze hypothese wordt ondersteund door de positieve bevindingen uit een gecontroleerde studie naar het behandel-effect van Naltrexone, een middel dat wordt voorgeschreven bij verslaving en bij mensen met kleptomanie (Grant, Kim & Odlaug, 2009).

18.5.5 Diagnostische methoden

Voor de diagnostiek van kleptomanie zijn er semigestructureerde interviews beschikbaar. Kleptomanie kan als onderdeel van DSM-IV-stoornissen in de impulsbeheersing worden onderzocht aan de hand van het Minnesota Im-

pulsive Disorder Interview (MIDI; Christenson e.a., 1994) of aan de hand van het Structured Clinical Interview for Kleptomania (SCI-K; Grant, Kim & McCabe, 2006). De SCI-K is gericht op het systematisch vaststellen van het steelgedrag dat kenmerkend is voor kleptomanie, waarbij rekening wordt gehouden met de exclusiecriteria. Tot op heden zijn deze semigestructureerde interviews niet in het Nederlands vertaald. Wel in het Nederlands vertaald is een aanvullende module voor het SCID-I (First e.a., 1997). In deze aanvullende module kan kleptomanie aan de hand van DSM-IV-criteria worden uitgevraagd. De betrouwbaarheid van deze module voor het vaststellen van kleptomanie is nog onbekend.

18.5.6 Behandeling

Er is tot op heden één gerandomiseerde farmacologische studie bekend die het effect van Naltrexone bij 25 mensen met kleptomanie onderzocht (Grant e.a., 2009). Uit de resultaten bleek dat Naltrexone leidde tot een significante vermindering van de drang tot stelen en het feitelijk stelen, in vergelijking met een placebo. Er zijn geen gerandomiseerde studies bekend waarin psychologische behandelingen worden onderzocht. Gevalsstudies waarin één of enkele cliënten werden onderzocht die behandeld werden met cognitieve gedragstherapie, rapporteren positieve uitkomsten (Talih, 2011).

SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van een nieuwe categorie stoornissen in de DSM-5: de disruptieve-, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen. Onder deze categorie vallen de volgende stoornissen: de oppositionele-opstandige stoornis, de periodiek explosieve stoornis, de normoverschrijdend-gedragsstoornis, pyromanie en kleptomanie. Deze stoornissen zijn aan elkaar gerelateerd doordat hetzelfde begrip, namelijk problemen in het beheersen van emoties en gedrag, eraan ten grondslag ligt en doordat zij overlap vertonen wat betreft symptomen. De stoornissen variëren wel in de mate waarin er problemen zijn met de beheersing van emoties en gedrag.

Als eerste is de oppositionele-opstandige stoornis besproken. De oppositionele-opstandige stoornis kenmerkt zich door brutaal, opstandig gedrag en prikkelbaarheid of boosheid. Dit gedrag komt gedurende langere tijd voor en heeft negatieve gevolgen voor het sociale, school- en/of het beroepsmatige functioneren.

Vervolgens is de periodiek explosieve stoornis besproken. Deze kenmerkt zich door problemen in de beheersing van fysiek en/of verbaal agressieve uitbarstingen die niet in verhouding staan tot de uitlokkende gebeurtenis. Deze uitbarstingen komen snel opzetten, zijn niet instrumenteel van aard of van tevoren gepland.

Daarna is de normoverschrijdend-gedragsstoornis besproken. Deze kenmerkt zich door problemen in de beheersing van grensoverschrijdend of regeloovertredend gedrag. Dit uit zich in chronisch en uiteenlopend wangedrag, zoals fysieke en verbale agressie, diefstal, vandalisme, misleiding, bedrog en manipulatie.

Vervolgens is de stoornis pyromanie aan bod gekomen. Deze kenmerkt zich door het herhaaldelijk stichten van brand en een fascinatie voor alles wat met vuur en brand te maken heeft. Pyromanie is zeer zeldzaam en moet niet verward worden met brandstichting om andere redenen, zoals financi-

ele overwegingen of herhaaldelijke brandstichting als gevolg van andere psychiatrische stoornissen.

Ten slotte is de stoornis kleptomanie besproken. Deze stoornis kenmerkt zich door het herhaaldelijk stelen van voorwerpen, waarbij het vooral gaat om de handeling (de diefstal) en niet zozeer om de artikelen die gestolen worden. Ook kenmerkt kleptomanie zich door een toenemende drang voorafgaand aan de diefstal en door opluchting naderhand. Ook kleptomanie is zeldzaam en dient men niet te verwarren met (winkel)diefstal om de financiële waarde van de goederen.