

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------|-----|
| Inleiding | 6 | | |
| 1 LEES EERST DE GEBRUIKS- AANWIJZING | 9 | 5 ANDERE VEELGEBRUIKTE NAMEN VOOR PSYCHISCHE STOORNISSEN | 65 |
| 2 HOE KRIJG JE EEN GOED BEELD VAN HET KIND, ZIJN PROBLEMEN EN DE OMGEVING? | 17 | 1 ADD | 66 |
| 3 PROBLEMEN WAARBIJ EEN PSYCHISCHE STOORNIS VERMOED KAN WORDEN | 33 | 2 PDD-NOS | 66 |
| 1 Inleiding | 34 | 3 Asperger | 66 |
| 2 Emoties | 34 | 4 McDD | 67 |
| 3 Gedrag | 37 | 5 Faalangst | 67 |
| 4 Denken | 39 | 6 Hoogbegaafdheid | 68 |
| 5 Waarneming | 40 | 7 Hooggevoeligheid | 68 |
| 6 Contact | 40 | 8 Regulatiestoornissen (en Infant Mental Health) | 69 |
| 7 Lichamelijke klachten | 41 | 6 SPOEDEISENDE SITUATIES | 73 |
| 8 Ontwikkeling | 41 | 1 Suïcidaliteit | 74 |
| 9 Psychische verschijnselen bij lichamelijke aandoeningen | 42 | 2 Kindermishandeling | 79 |
| 4 PSYCHISCHE STOORNISSEN BESCHREVEN IN DSM-5 | 49 | 3 Delier | 81 |
| 1 ADHD | 50 | 4 Manie | 82 |
| 2 Angststoornissen | 52 | 5 Onthouding of overdosering bij middelen | 83 |
| 3 Anorexia nervosa | 53 | 6 Psychose | 85 |
| 4 Autismespectrumstoornis | 54 | 7 Conversiestoornis | 86 |
| 5 Borderline persoonlijkheidsstoornis | 54 | 8 Schoolweigering | 86 |
| 6 Depressie | 55 | 7 WANNEER VERWIJZEN NAAR DE KJP? | 89 |
| 7 Dwangstoornis (obsessieve- compulsieve stoornis) | 56 | 8 TER INFORMATIE: WAT BIEDT DE KJP? | 107 |
| 8 Gedragsstoornissen | 57 | Bijlagen | |
| 9 Hechtingsstoornissen | 57 | 1 Psychische stoornissen zoals beschreven in DSM-5 | 134 |
| 10 Psychosen | 57 | 2 Dankwoord | 185 |
| 11 Posttraumatische- stresstoornissen | 58 | 3 Afkortingen | 186 |
| 12 Somatisch-symptoomstoornissen en verwante stoornissen | 59 | Register | 189 |
| 13 Ticstoornissen | 60 | | |
| 14 Overige stoornissen | 60 | | |

Als wij dertig jaar geleden vertelden wat ons beroep was, kinder- en jeugdpsychiater, leidde dat vaak tot verbaasd opgetrokken wenkbrauwen. Dat ook kinderen een psychiater nodig konden hebben leek vergezocht. Er is sindsdien veel gedaan aan voorlichting over ons vak aan huisartsen, leerkrachten, andere professionals en vooral ook ouders. Met zoveel succes dat de tienjarige kleinzoon van een van ons nu precies kan vertellen welke kinderen in zijn klas ADHD of autisme hebben. Veel mensen vinden dat we hierin als maatschappij zijn doorgeschoten. Van zo veel kinderen wordt gezegd dat zij een of andere stoornis hebben, dat je je kunt afvragen of er nog wel normale kinderen bestaan. Is het misschien zo dat wat vroeger gewoon een drukke jongen werd genoemd, een Pietje Bell, nu direct het etiket van een stoornis krijgt opgeplakt? En wat moeten we ervan vinden dat veel kinderen voor dit soort gedrag nu pillen slikken? Is het wel goed dat zoveel kinderen terechtkomen bij de jeugd-geestelijke-gezondheidszorg (jeugd-ggz) of kinder- en jeugdpsychiatrie?

Onze overheid vindt van niet en wil proberen de ogenschijnlijke explosie van psychische stoornissen bij kinderen terug te dringen, door te kijken of problemen niet vaker dichterbij huis kunnen worden opgelost. Er wordt gevraagd aan ouders en hun directe omgeving, aan scholen en aan de plaatselijke jeugdzorg om meer zelf te doen, voor de stap wordt gezet naar de gespecialiseerde hulp die de kinder- en jeugdpsychiatrie kan bieden. Een logische gedachte. Maar er schuilen ook gevaren.

Psychische stoornissen komen in allerlei variaties voor. Sommige kortdurend, andere lang. Sommige licht, andere ernstig. Wij vinden dat alleen kinderen met ernstige stoornissen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie thuishoren. Maar het is niet makkelijk om zulke kinderen te onderscheiden van die met lichtere varianten. Vandaar dat wij een gevaar zien schuilen, namelijk dat zulke kinderen veel te lang in andere vormen van zorg worden gehouden en te laat of helemaal niet aankomen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie, met als gevolg dat te lang gewacht wordt met de juiste behandeling. Er is nog een gevaar. Vanwege dat moeilijke onderscheid worden misschien juist andere kinderen verwezen die niet bij de kinder- en jeugdpsychiatrie thuishoren, met als gevolg dat relatief intensieve en dure hulp opgestart wordt voor kinderen die net zo goed met iets lichtere behandeling geholpen zijn.

Wij hebben dit kompas gemaakt om die twee gevaren zoveel mogelijk te bezweren. Wij willen mensen die beroepsmatig met kinderen te maken hebben, laten zien waar je op moet letten wanneer er een vermoeden van ernstige psychische problemen is. Hoe je de afweging maakt of je een kind zelf blijft volgen of in zorg neemt, dan wel of je de kinder- en jeugdpsychiatrie inschakelt.

Ook willen wij ouders die vermoeden dat er sprake is van ernstige psychische problemen bij hun kind, wegwijzen zodat zij beter weten waar zij aan toe zijn als zij overwegen hulp te zoeken. In het volgende hoofdstuk vertellen wij hoe zij dit boek het best kunnen gebruiken.

De kinder- en jeugdpsychiatrie zelf kunnen we niet makkelijker maken dan zij is. Om in dat vak te mogen werken moet je heel wat opleiding en ervaring achter de rug hebben. Pilot of chirurg word je ook niet uit een boekje. Maar wij denken dat het wel mogelijk is verstandige mensen met hart voor kinderen te laten zien wanneer aan kinder- en jeugdpsychiatrie gedacht moet worden.

Ten slotte. Wanneer u al wat in dit boek gebladerd hebt, bent u vast ook lijstjes en rijtjes tegengekomen. Toch willen wij u dringend vragen te beginnen met het eerste hoofdstuk. Het grootste gevaar is namelijk dat mensen gedachteloos aan de slag gaan met afvinklijstjes. Dan weet je zeker dat kinderen verkeerd verwezen worden. In het eerste hoofdstuk vertellen wij hoe dit boek gebruikt moet worden.

Frits Boer & Frank Verhulst