

Hoofdstuk 1

Signalering en diagnostiek van ernstige gedragsproblemen



De uitgangsvraag van dit hoofdstuk is:

Waarom kun je ernstige gedragsproblemen en zich ontwikkelende gedragsstoornissen herkennen? Hoe ziet het diagnostisch proces eruit wanneer jeugdigen worden aangemeld met een vermoeden van gedragsproblemen? Welk type diagnostische instrumenten moet bij welke leeftijdsgroep worden ingezet?

1. Inleiding

Deze richtlijn richt zich op ernstige gedragsproblemen. Als gedragsproblemen zo nu en dan voorkomen vormen ze geen belemmering voor de ontwikkeling van het kind of de jongere, of betekenen ze meestal geen zware belasting voor de omgeving of de jeugdige. De gedragsproblemen vallen dan binnen het gebied van de normaliteit. Als verschillende van deze gedragsproblemen daarentegen tegelijk voorkomen, bovendien gedurende op zijn minst enkele maanden, en leiden tot negatieve gevolgen voor de jeugdige of de omgeving, is er sprake van ernstige gedragsproblemen. Om de jeugdige en zijn systeem en de aard en ernst van de gedragsproblemen goed in kaart te brengen is screening en diagnostiek van belang.

Gedragsproblemen kunnen verschillende vormen aannemen: oppositioneel gedrag, boos en driftig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag (Matthys, 2011). Deze richtlijn richt zich zowel op jeugdigen met ernstige gedragsproblemen zonder de diagnose Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) of Gedragsstoornis (CD), als jeugdigen met een of beiden van deze diagnoses. In beide gevallen vraagt dit om behandeling van de ernstige gedragsproblemen. Voor jeugdigen met de diagnose ODD of CD wordt tevens verwezen naar de Richtlijn Gedragsstoornissen (in ontwikkeling).

Voor behandeling van ernstige gedragsproblemen is het nodig in kaart te brengen waar de gedragsproblemen van de jeugdige vandaan komen. Ongunstige omgevingsinvloeden (onder andere ontoereikende opvoedingsvaardigheden van de ouders al dan niet samenhangend met eigen problematiek van ouders, aansluiting bij delinquente groep leeftijdsgenoten) en kenmerken van de jeugdige (onder andere temperamentskenmerken als druk gedrag en dwarsheid) vormen een risico voor het ontstaan en instandhouden van ernstige gedragsproblemen.

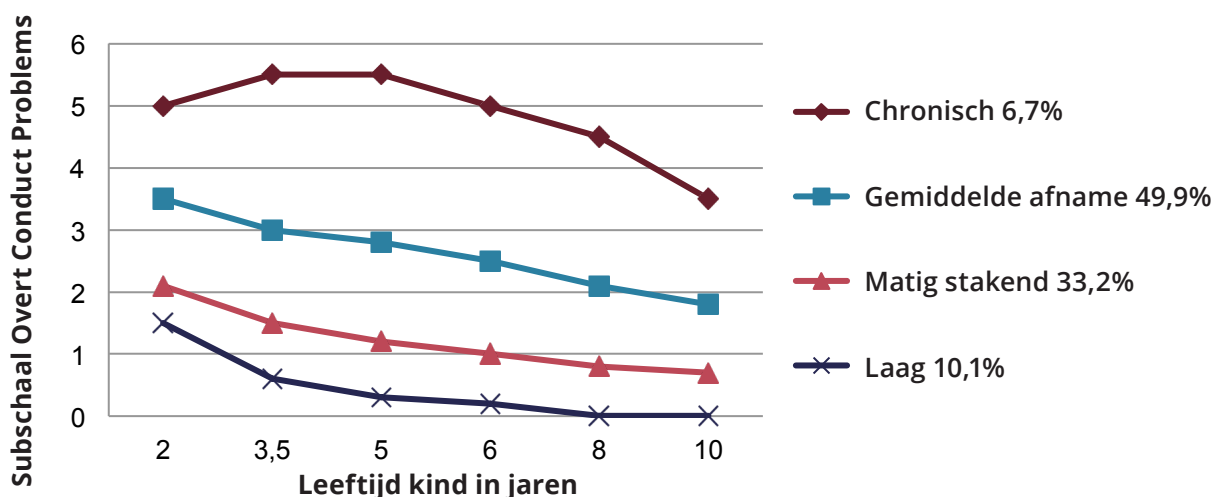
Ook is het nodig ernstige gedragsproblemen te onderscheiden van andere typen problemen, zoals een autisme spectrum stoornis, ADHD of depressiviteit. Naast het onderscheiden van de problemen is het belangrijk te kijken naar welke andere problemen naast de ernstige gedragsproblemen aanwezig zijn. Dit hoofdstuk beschrijft hoe de screening en diagnostiek van ernstige gedragsproblemen dient te verlopen. Allereerst wordt beschreven wat normaal lastig gedrag is. Daarna komen de verschillende subtypen van ernstige gedragsproblemen aan de orde. Vervolgens wordt ingegaan op de screening en diagnostiek van ernstige gedragsproblemen.

2. Normaal lastig gedrag

Een jeugdige heeft een gedragsprobleem als hij ongewenst gedrag vertoont dat vooral voor zijn



omgeving storend is. Voorbeelden van gedragsproblemen zijn driftbuien en woedeaanvallen bij jonge kinderen, agressief gedrag en pesten (www.nji.nl/a). Ernstige gedragsproblemen zijn te onderscheiden van bij de ontwikkeling passend lastig gedrag. Perfecte kinderen bestaan niet: ook kinderen zonder ernstige gedragsproblemen vertonen wel eens lastig gedrag. Kinderen proberen grenzen af te tasten en dat gaat nu eenmaal niet zonder daar af en toe overheen te gaan (www.nji.nl/a). Wanneer men bijvoorbeeld kijkt naar fysieke agressie, dan blijkt dat tweejarigen vaker slaan, schoppen en bijten dan op welke andere leeftijd ook (Tremblay, Phil, Vitaro & Dobkin, 1994, in Koops, 2001). Tussen de 2 en 10 jaar nemen gedragsproblemen met de tijd af, zoals te zien is in figuur 1.1. In de figuur is te zien dat 'overt conduct problems', openlijke vormen van agressief en opstandig gedrag, zoals driftbuien afnemen vanaf de leeftijd van 2 jaar.



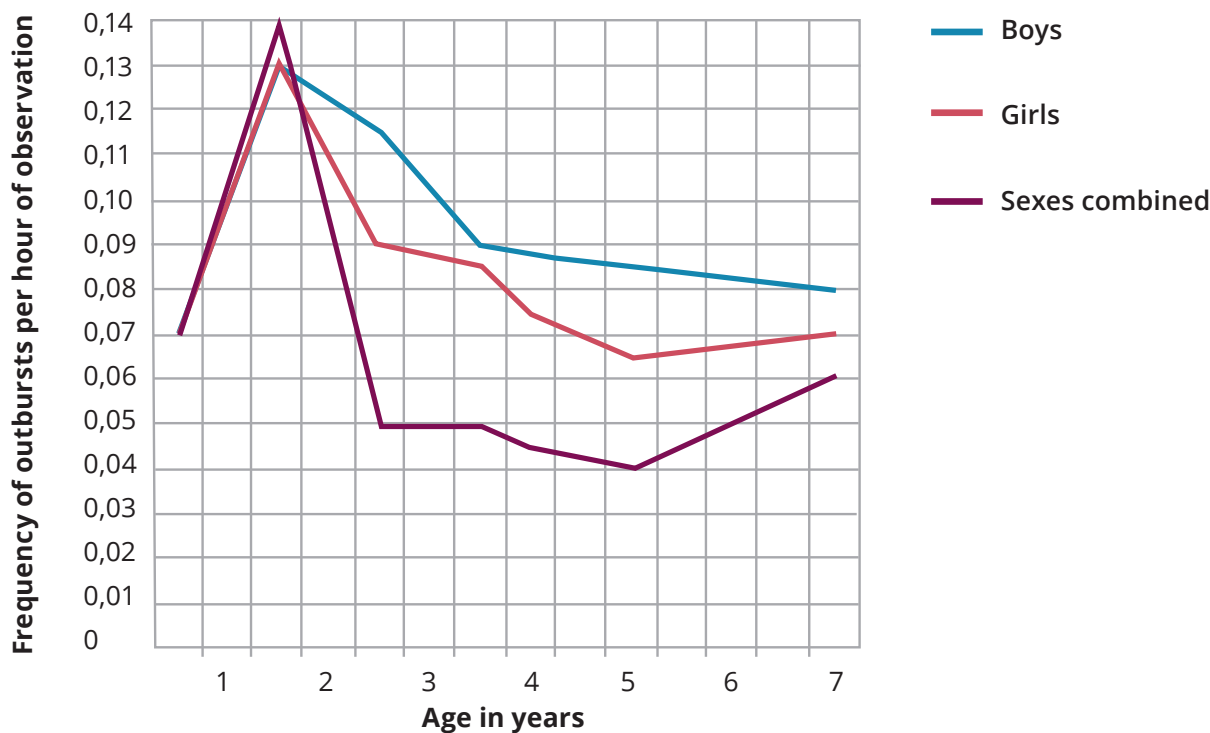
Figuur 1.1. Verloop van overt conduct problems van 2 tot 10 jaar (Uit: Shaw, Lacourse & Nagin, 2005).

Het is heel normaal dat kinderen regelmatig ongehoorzaam zijn. Onderzoek van Patterson en Forgatch (1987, in Schaffer, 1996) laat zien dat normale jonge kinderen ongeveer twintig tot veertig procent van de verzoeken van hun ouders niet gehoorzamen. Bij jongens rond de 11 jaar loopt dit zelfs op naar vijftig procent. Tot slot hebben veel adolescenten conflicten met hun opvoeders. In deze periode komen de jongeren los van hun ouders en ontwikkelen een eigen identiteit.

Verder komt druk gedrag veel voor bij peuters en kleuters. Bij jongens is dit opvallend meer dan bij meisjes (Feddemma & Wagenaar, 2006). Actief zijn hoort bij kleuters. Hun spel duurt korter en ze gaan sneller over van het ene spel naar het andere. Via spel beoefenen zij hun motorische vaardigheden. Naarmate zij behendiger worden, verandert hun spelgedrag. Het spel verloopt rustiger, doelmatiger en neemt langere tijd in beslag. Met de leeftijd nemen druk gedrag en impulsiviteit af (Zero to Three, 1999, in Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege & Oudhof, 2009).

Bovengenoemde voorbeelden laten zien dat het heel normaal en functioneel is dat kinderen soms driftig, agressief, druk en lastig zijn. Om in te kunnen schatten welk gedrag voor welke leeftijd adequaat gedrag is en wanneer er sprake is van gedragsproblemen, is het nodig het gedrag af te zetten tegen het karakteristieke ontwikkelingsverloop van bepaalde gedragingen van kinderen. In onderstaande figuren is het ontwikkelingsverloop weergegeven van woede-uitbarstingen (figuur 1.2) en storend gedrag (figuur 1.3).

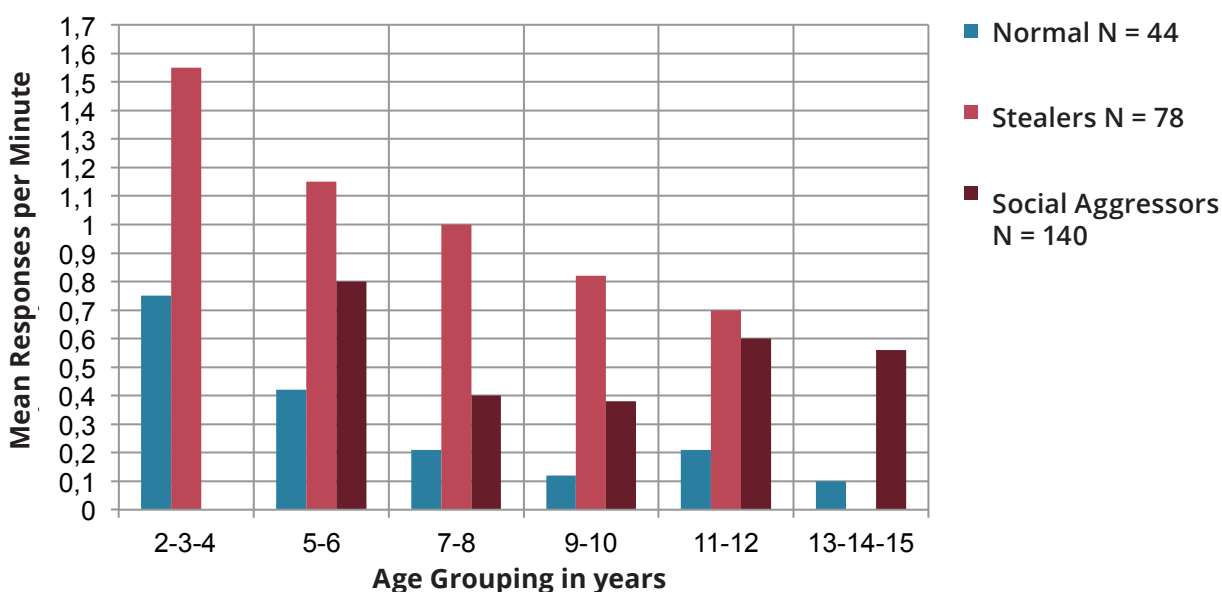




Figuur 1.2. Frequenties van woede-uitbarstingen naar leeftijd en sekse (Uit: Goodenough, 1931, in Patterson, 1982)

Woede-uitbarstingen kennen een duidelijke piek rond de peuterleeftijd: moeders observeerden iedere zeven uur een woede-uitbarsting bij hun kind, wat correspondeert met een frequentie van 0,14 per uur (figuur 1.2). De frequentie van woede-uitbarstingen is gemiddeld genomen gehalveerd als het kind de leeftijd van 4 jaar heeft bereikt.

De frequentie van woede-uitbarstingen bij meisjes daalt binnen het jaar naar één keer in de twintig uur. Later neemt het weer wat toe naar eens in de zeventien uur. De frequentie van woede-uitbarstingen bij jongens daalt geleidelijker. Zij krijgen rond hun achtste gemiddeld iedere 13 uur een woede-uitbarsting. Het valt dus binnen de normale range wanneer jongens van 8 jaar dagelijks een woede-uitbarsting hebben.



The data for Stealers and Social Aggressors have been combined for the 2-3-4 age group

Figuur 1.3. Gemiddeld storend gedrag naar leeftijd en steekproef (Uit: Patterson, 1982)



In figuur 1.3 is te zien dat kinderen in de leeftijd van 2 tot 4 jaar bij een gebruikelijk ontwikkelingsverloop (zie de groep 'normal') iedere anderhalve minuut storend gedrag laten zien. Voor een kind van 5 à 6 jaar geldt dat voor iedere tweeëneenhalve minuut. Dit loopt geleidelijk af naar eens in de tien minuten bij de leeftijd van 14 jaar.

Het ontwikkelingsverloop van gedrag van kinderen hangt samen met de biologische, motorische, sociaal-emotionele en leeftijdsafhankelijke ontwikkelingstaken die het kind moet vervullen (zie tabel 1.1). Een kind heeft verscheidene ontwikkelingstaken in het opgroeien. Ontwikkelingstaken zijn het gevolg van nieuwe gedragsmogelijkheden en beperkingen die zich gedurende de levensloop steeds weer voordoen (Smitsman & Van Lieshout, 1992, in Van den Boom, 1999). Deze nieuwe gedragsmogelijkheden en beperkingen komen voort uit verschillende bronnen: biologische veranderingen, sociale veranderingen en persoonlijk gedrag of keuzes. Ontwikkelingstaken zijn doelgericht. Bij het succesvol vervullen van de ontwikkelingstaken verwerft het kind de capaciteiten die nodig zijn om later effectief te kunnen functioneren en zich aan te kunnen passen (Van den Boom, 1999).

Fase	Leeftijd	Ontwikkelingstaak	Rol verzorger
1	0-3 mnd	Fysiologische regulering	Soepele routines, sociale feedback
2	3-6 mnd	Hanteren van spanning	Sensitieve, coöperatieve interactie
3	6-12 mnd	Effectief aangaan hechtingsrelatie	Responsieve beschikbaarheid
4	1-1½ jaar	Exploratie en het zich meester maken van zaken	Veilige basis
5	1½-2½ jaar	Autonomie	Stevige ondersteuning
6	2½-4½ jaar	Hanteren van impulsen, sekserol identificatie, omgang met leeftijdsgenootjes	Duidelijke rollen en waarden
7	4½-6 jaar	Sociale rollen	Flexibele zelfcontrole
8	6-8 jaar	Groepsparticipatie, schoolse leren	Instructie, emotionele betrokkenheid
9	8-10 jaar	Vriendschappen	Co-regulatie
10	10-12 jaar	Zelfwaardering	Duidelijk grenzen stellen
11	12-14 jaar	Puberteit	Aanmoediging onafhankelijkheid en initiatief
12	14-16 jaar	Zelfevaluatie	Open communicatie
13	16-18 jaar	Toekomstperspectief	Rolverwisseling

Tabel 1.1. Ontwikkelingstaken voor 0-18 jaar (Uit: Van den Boom, 1999).

In de jeugdzorg wordt aanvullend op bovenstaande taken vaak gewerkt met de indeling van Slot en Spanjaard (2009) waarbij taken voor diverse levensgebieden zijn onderscheiden zoals 'ondernemen van leuke activiteiten' (vrije tijd), 'kennis en vaardigheden opdoen om een beroep uit te kunnen oefenen' (onderwijs en werk) en 'ontdekken wat mogelijkheden en wensen zijn in intieme en seksuele relaties (intimiteit en seksualiteit).

Ernstige gedragsproblemen kunnen vroeg of laat in de ontwikkeling beginnen. Bij jeugdigen waarbij de gedragsproblemen ontstaan tijdens de adolescentie kan sprake zijn van bijvoorbeeld een 'maturity gap'. "Onder 'maturity gap' bij adolescenten wordt de discrepantie verstaan tussen hun biologische (lichamelijke) rijpheid en hun beperkte toegang tot privileges en



verantwoordelijkheden. Dit gaat gepaard met onvrede, een sterke behoefte aan autonomie en tijdelijk delinquentie (Moffitt, 2003).”

3. Ernstige gedragsproblemen herkennen

Zoals in het voorgaande is aangegeven vertonen alle jeugdigen wel eens lastig gedrag. Maar hoe kunnen ernstige gedragsproblemen herkend worden? Het merendeel van de jeugdigen groeit op in vergelijkbare (normale) omstandigheden, volgens een patroon dat is beschreven door de ontwikkelingspsychologie. Er bestaan variaties op dit normale patroon van opvoeden en opgroeien, de zogenoemde ‘normale variatie’. Wanneer de afwijkingen van dit patroon zodanig zijn dat dit negatieve gevolgen heeft voor het (psychosociale) functioneren van de jeugdige of het functioneren van andere leden in het gezin, spreken we van een probleem bij het opgroeien of opvoeden. Bij een deel van deze problemen spreekt men van een patroon van ernstige gedragsproblemen. In paragraaf 4 wordt ingegaan op de vraag: hoe worden ernstige gedragsproblemen onderscheiden van problematisch gedrag dat binnen de norm valt? Hieronder worden eerst vier subtypen van ernstige gedragsproblemen onderscheiden en worden kenmerken genoemd waaraan deze subtypen te herkennen zijn.

3.1 Ernstige gedragsproblemen

Er is sprake van ernstige gedragsproblemen wanneer een jeugdige een patroon heeft ontwikkeld van negativistisch, opstandig, ongehoorzaam en vijandig gedrag tegenover autoriteitsfiguren of gedrag waarbij de grondrechten van anderen en belangrijke sociale normen of regels worden overtreden. Bovendien moet er sprake zijn van een beperking in het functioneren van de jeugdige en/of er is sprake van lijdensdruk (voor de jeugdige zelf of zijn ouders of omgeving) (Konijn et al., 2009). Tot de nadelige gevolgen voor de jeugdige behoren bijvoorbeeld uitstoting door de groep leeftijdgenoten, schorsing van school of politiecontact vanwege (pre)delinquent gedrag (Matthys, 2011). In deze richtlijn worden vier subtypen gedragsproblemen onderscheiden:

- dwars en opstandig gedrag;
- prikkelbaar en driftig gedrag (als gevolg van emotieregulatieproblemen);
- antisociaal gedrag;
- druk en impulsief gedrag.

3.1.1 Dwars en opstandig gedrag

Dwars en opstandig gedrag komt bij iedereen wel eens voor. Vaak is er dan sprake van een aanleiding die weliswaar geen excuus vormt voor het gedrag, maar het gedrag wel begrijpelijk maakt. Wanneer de jeugdige een patroon vertoont van opstandig en ongehoorzaam gedrag tegenover autoriteitsfiguren en dit negatieve gevolgen heeft voor de jeugdige en/of zijn omgeving, is er sprake van ernstige gedragsproblemen in de zin van opstandig gedrag (Konijn et al., 2009).

Opstandig gedrag kan zich volgens Rowe, Costello, Angold, Copeland en Maughan (2010, in Matthys, 2011) uiten in een niet leeftijds-adequate mate van de volgende gedragsymptomen:

- opstandig zijn;
- vaak ruzie hebben met volwassenen;
- weigeren om zich te voegen naar regels van volwassenen;



- anderen met opzet irriteren;
- anderen de schuld geven.

3.1.2 Prikkelbaar en driftig gedrag

Er is sprake van prikkelbaar en driftig gedrag wanneer de jeugdige boos wordt, prikkelbaar is of woede-uitbarstingen heeft die vaker voorkomen dan gebruikelijk tijdens het gewone ontwikkelingsverloop en negatieve gevolgen hebben voor de jeugdige of zijn omgeving. Het gedrag uit zich in een niet leeftijds-adequate mate van emotionele symptomen (Rowe et al., 2010, in Matthys, 2011), zoals:

- prikkelbaar gedrag;
- boos en gepikeerd gedrag;
- driftig gedrag.

Deze symptomen zijn deels het gevolg van problemen in de emotieregulatie. Gedragingen als snel boos zijn, prikkelbaarheid en driftbuien zijn volgens onderzoek (Burke, Loeber, Lahey & Rathouz, 2005; Stringaris & Goodman, 2009b, in Matthys, 2011) niet zozeer de voorloper van de gedragsstoornissen ODD en CD, maar kunnen later juist resulteren in internaliserende problematiek. Omdat de symptomen in hun uitingsvorm wel als externaliserend zijn te kenmerken, worden zij wel meegenomen als type gedragsproblematiek.

3.1.3 Antisociaal gedrag

Wanneer de jeugdige een patroon vertoont van negativistisch gedrag waarbij de grondrechten van anderen en belangrijke sociale normen of regels worden overtreden en er negatieve gevolgen zijn voor de jeugdige of zijn omgeving, is er sprake van ernstige gedragsproblemen in de zin van antisociaal gedrag (Konijn et al., 2009). Er is sprake van probleemgedrag dat ernstiger is dan bij opstandig gedrag. Dit kan zich volgens Konijn et al. (2009) bijvoorbeeld uiten in de volgende niet leeftijds-adequate gedragsymptomen:

- vechten;
- stelen (vaak in samenwerking met leeftijdsgenoten in tegenstelling tot gedragsgestoorde kinderen waarbij het stelen veelal alleen wordt uitgevoerd);
- liegen;
- spijbelen;
- gedrag dat leidt tot een schorsing van school of club;
- niet gevoelig zijn voor straf;
- niet tonen van spijt en/of goedmaakgedrag;
- kil narcisme (opgeblazen gevoel van eigenwaarde, beperkte empathie);
- een antisociale levensstijl;
- seksueel grensoverschrijdend gedrag.

3.1.4 Druk en impulsief gedrag

Hoewel druk en impulsief gedrag kenmerkend zijn voor ADHD en niet voor ernstige gedragsproblemen, komen druk en impulsief gedrag wel vaak voor bij ernstige gedragsproblemen. Er is sprake van gedragsproblematiek in de zin van druk en impulsief gedrag (overbeweeglijkheid, motorische onrust, ongecontroleerd gedrag en weinig remmingen) als



het gedrag voorkomt in een mate die onaangepast is, niet bij het ontwikkelingsniveau past en negatieve gevolgen heeft voor de jeugdige of zijn omgeving (Konijn et al., 2009).

Druk en impulsief gedrag kan zich uiten in de volgende niet leeftijdsadequate gedrags-symptomen (Konijn et al., 2009):

- onrustig bewegen met handen en voeten, frunniken, heen en weer wiebelen;
- moeite om te blijven zitten wanneer dat nodig is;
- rusteloos zijn;
- voortdurend in actie zijn;
- aan een stuk door praten;
- moeite hebben om rustig te spelen;
- antwoord geven voordat de vraag is afgemaakt;
- moeite hebben met het opvolgen van aanwijzingen of opdrachten van anderen;
- het verstoren van bezigheden van anderen, zich opdringen;
- niet lijken te luisteren naar hetgeen tegen hem gezegd wordt;
- prikkelgevoelig zijn;
- eerst doen, dan pas denken;
- niet op zijn beurt kunnen wachten;
- geen gevaar zien;
- vaak kleine ongelukjes hebben.

Voor de aanpak van druk en impulsief gedrag waarvoor de diagnose ADHD is vastgesteld, wordt verwezen naar Richtlijn ADHD.

3.1.5 Agressie

Bij de verschillende subtypes van ernstige gedragsproblemen kan het gaan om een gedragsprobleem zonder of met enige mate van agressie. Wanneer er bij een gedragsprobleem sprake is van enige mate van agressie is volgens Konijn et al. (2009) onderscheid te maken in:

- fysiek agressief gedrag (stompen, slaan, knijpen, schoppen, vechten, vernielen, krabben, bijten);
- verbaal agressief gedrag (uitschelden, kwetsen, vernederen, bedreigen, pesten);
- relationeel agressief gedrag (negeren, roddelen, onjuiste geruchten verspreiden over een andere jeugdige om deze buiten de groep te sluiten, uit wraak vriendschap sluiten met een derde).

Daarnaast is het niet ongebruikelijk om onderscheid te maken tussen proactief agressief gedrag (gecontroleerd agressief gedrag dat wordt gebruikt om een doel te bereiken) en reactief agressief gedrag (een vijandige boze reactie op een waargenomen frustratie) (Konijn et al., 2009).

4. Probleemgedrag screenen

Op het moment dat de problemen in relatie tot gedrag afwijken van wat als normaal gedrag wordt beschouwd én de kenmerken voldoen aan de in paragraaf 3 genoemde subtypen, is het de taak van de hulpverlener om in te schatten wat de ernst van de problemen is en of er derhalve sprake is van ernstige gedragsproblemen. Als er een vermoeden bestaat dat er iets



met een jeugdige aan de hand is, maar de ernst van de problemen is nog niet duidelijk, kunnen screeningsinstrumenten ondersteunend zijn om dit te verhelderen. Screening helpt inschatten of er daadwerkelijk ernstige gedragsproblemen aanwezig zijn bij de jeugdige en in welke mate (www.nji.nl/a).

Screening

Systematisch nalopen van een aantal aandachtspunten om mogelijke problematiek vast te stellen, kan zowel gericht zijn op individuen als op groepen.

Diagnostiek

Methoden en technieken om een probleem of stoornis te kunnen vaststellen. Bij diagnostiek wordt naar de aard, de ernst en de oorzaken van de problematiek gekeken en worden handelingsadviezen gegeven.

Classificatie

Het ordenen van gegevens door indeling in groepen, categorieën of klassen, gebaseerd op overeenkomstige en onderscheidende kenmerken.

4.1 Screening

Volgens de Databank Instrumenten en Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden zijn de volgende gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten geschikt voor screening op gedragsproblemen en kunnen worden gescoord door de persoon die signaleert: de Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001, in Matthys, 2011), die bestaat uit de CBCL, de C-TRF en de YSR, de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV). Deze instrumenten worden hieronder kort toegelicht. Bij screening wordt een keus gemaakt voor één van de drie instrumenten. De ASEBA vragenlijsten en de SEV zijn genormeerd voor Nederland, de SDQ niet.

4.1.1 De CBCL, de (C)-TRF en de YSR (ASEBA vragenlijsten)

De Child Behavior Checklist (CBCL) is een door de opvoeder in te vullen diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. Er bestaan twee versies: één voor kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en één voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 18 jaar.

De (Caregiver-)Teacher's Report Form ((C)-TRF) is de door de leraar of leidster in te vullen versie van de CBCL. De vragenlijst moet inzicht geven in het gedrag van het kind of de jongere zoals dat door de leraar of de leidster wordt ervaren. Er bestaan twee versies: de gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar op basis van informatie van de leraar en de gedragsvragenlijst voor kinderen van 1,5 to 5 jaar op basis van informatie van de leiding of leraar.

De Youth Self Report (YSR) is een vragenlijst waarop jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen. De YSR is geschikt voor jongeren in de leeftijd van 11 tot en met 18 jaar.



De ASEBA-vragenlijsten zijn zo ontworpen dat deze door ouders die tenminste een leesvaardigheid op het eindniveau van het basisonderwijs hebben, zonder verdere uitleg ingevuld kunnen worden. De ASEBA vragenlijsten zijn in meerdere talen beschikbaar. Bij zelfstandig laten invullen door de ouders of jeugdige is het van belang dat er iemand beschikbaar is voor het stellen van vragen tijdens het invullen of achteraf. Degene die de vragen beantwoordt hoeft geen speciale vaardigheden of training te hebben, maar dient antwoorden te geven die objectief en op feiten gericht zijn, en niet op het exploreren of interpreteren van het gedrag van de jeugdige. Wanneer ouders verzocht worden de CBCL in te vullen, moet eerst het doel ervan worden uitgelegd: het verkrijgen van een beeld van het gedrag van de jeugdige zoals de ouders dit zien. Het is belangrijk om te benadrukken dat de CBCL bedoeld is voor jeugdigen van verschillende leeftijden en dat sommige vragen niet op de betreffende jeugdigen hoeven te slaan. Bij voorkeur vullen beide ouders onafhankelijk van elkaar de CBCL in, zodat de visies van beide ouders met elkaar vergeleken kunnen worden (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). Na scoring leveren de ASEBA vragenlijsten per vragenlijst een totaalscore op, naast een score voor externaliserend en internaliserend gedrag. De zogenaamde brede bandscore voor externaliserend gedrag bij kinderen tot en met 5 jaar bestaat uit de schalen Agressief gedrag en Aandachtsproblemen, en bij kinderen vanaf 6 jaar uit de schalen Agressief gedrag en Regelovertredend gedrag. Aandachtsproblemen behoren dus bij de jeugdigen vanaf 6 jaar niet tot externaliserend gedrag. Als bij screening blijkt dat de score voor externaliserend gedrag boven het 84e percentiel ligt dan is diagnostiek aangewezen. Ernstige gedragsproblemen die een behandeling behoeven hebben een score voor externaliserend gedrag van minimaal het 90e percentiel.

Voor wat betreft de interpretatie van de ASEBA-vragenlijsten geldt dat de afname en de scoring geen speciale eisen stelt aan degene die dit doet, mits deze voor het gebruik van de CBCL in de klinische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek de nodige kennis heeft van gestandaardiseerde diagnostische onderzoeksmethoden, evenals een opleiding gericht op het werken met ouders en kinderen (Verhulst et al., 1996). Afhankelijk van het doel waarmee de ASEBA-vragenlijsten gebruikt worden, zal over het algemeen een academische opleiding in één van de gedragswetenschappen, of een opleiding psychiatrie nodig zijn voor de juiste hantering van de verzamelde gegevens.

4.1.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

De SDQ is een korte screeningslijst die de psychische problematiek en vaardigheden bij jeugdigen van 3 tot en met 16 jaar meet. De SDQ kent verschillende versies; één voor leraren of leidsters en ouders van kinderen van 3 tot 4 jaar, een versie voor leraren en ouders van jeugdigen van 4 tot 16 jaar, en een versie voor de jeugdige zelf in de leeftijd van 11 tot 16 jaar. Ook voor de SDQ geldt dat deze zo is ontworpen dat deze door ouders die tenminste een leesvaardigheid op het eindniveau van het basisonderwijs hebben, zonder verdere uitleg ingevuld kan worden.

Tot de vijf schaalscores behoren de schalen Gedragsproblemen, Hyperactiviteit, Emotionele problemen, Problemen met leeftijdgenoten en Prosociaal gedrag. De scores worden niet uitgedrukt in percentielscores, maar in afkappunten. Het 12e afkappunt komt overeen met het 84e percentiel.



4.1.3 Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)

Met de Sociaal Emotionele Vragenlijst kan aan de hand van gedragsbeoordelingen van ouders en leerkrachten worden bepaald in hoeverre kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot 18 jaar gedrags- en ontwikkelingsproblemen ervaren op sociaal- en emotioneel gebied. Sociaal emotionele (gedrags-) problematiek is in de SEV onderverdeeld in vier basisclusters van probleemgedrag: aandachtstekort met hyperactiviteit, sociale gedragsproblematiek, angstigen stemmingsverstoord gedrag en autistisch gedrag. De schaal sociale gedragsproblematiek bestaat uit drie sub schalen: oppositioneel-opstandig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag. De items bestaan uit beschrijvingen van concrete gedragskenmerken. De scores worden berekend door de itemscores op te tellen en vervolgens om te zetten in percentiel- en decielcores. Deciel X van de SEV betreft scores van het 80e tot 89e percentiel. De SEV kent een vragenlijst voor ouders en voor leerkrachten. Er bestaat geen versie voor de jeugdige zelf.

4.2 Beoordeling van probleemgedrag

Uit de informatie die ouders, leraren en de jeugdige geven in de vorm van scores op een vragenlijst, blijkt of het problematische gedrag passend is bij de ontwikkeling van de betreffende jeugdige. Wat er aan het gedrag ten grondslag ligt, is bij het screenen van secundair belang. De normering van de scores is naar sekse en leeftijd uitgesplitst, waardoor een nuance voor deze factoren is ingebed in de score. Bij een score boven het 84e percentiel is er sprake van zorgen van betekenis. In tabel 1.2 is het interpretatiekader voor de deviatiescores voor problemen weergegeven zoals Veerman (in Van Yperen & Veerman, 2008) dit heeft vormgegeven. In deze richtlijn worden handvatten geboden voor het omgaan met gedragsproblemen die zorgen van betekenis geven (vanaf een percentielscore van 84 van de CBCL; afkappunt 12 van de SDQ en deciel X van de SEV). Dit omvat ook de groep jeugdigen met ODD of CD, omdat zij op zijn minst ernstige gedragsproblemen vertonen.

Deviatiescore/NDS	Percentielscore/P	Label	Betekenis
Kleiner dan 1,00	Lager dan 0,84	Geen problemen	Geen zorgen van betekenis
Van 1,00 t/m 1,28	0,84 t/m 0,89	Matige problemen	Problematiek verdient aandacht
Van 1,29 t/m 1,64	0,90 t/m 0,94	Aanzienlijke problemen	
Van 1,65 t/m 1,96	0,95 t/m 0,97	Ernstige problemen	Problematiek verdient behandeling
Groter dan 1,96	Groter dan 0,97	Zeer ernstige problemen	

Deviatiescores en percentielscores zijn afgekapt op twee decimalen

Tabel 1.2. Interpretatiekader voor de deviatiescores voor problemen (Uit: Veerman, 2008, in Van Yperen & Veerman, 2008)

Om een inschatting te kunnen maken van problematisch/lastig gedrag dat passend is bij de ontwikkeling van de betreffende jeugdige en van gedrag dat als probleem mag worden beschouwd, is het van groot belang om lastig en regelovertredend gedrag niet geïsoleerd te bekijken. Leeftijdsgrenzen, die verwerkt zijn in de normgroepen van de ASEBA-vragenlijsten, vormen een richtlijn en moeten ruim genomen worden (De Mey & Merlevede, 2008). De diagnostische besluitvorming gaat dus verder dan screenen.



Percentielscores situeren het oordeel van de ouders of de leraar op een maat voor ernst. Het is niet verstandig om op grond van een percentielscore op één instrument te bepalen hoe ernstig het probleem is en of hulp wel of niet aangewezen is. Om te achterhalen of een jeugdige normaal probleemgedrag vertoont of gedragsproblemen heeft, moet rekening gehouden worden met de leeftijd, het ontwikkelingsniveau, het temperament, het karakter, de context (zoals thuissituatie en school), voorgaande ervaringen en de leermogelijkheden van de jeugdige. Als gedragsproblemen zo nu en dan voorkomen vormen ze geen belemmering voor de ontwikkeling van de jeugdige, of betekenen meestal geen zware belasting voor de omgeving. De gedragsproblemen vallen dan binnen het gebied van de normaliteit.

Als verschillende van deze gedragsproblemen daarentegen tegelijk voorkomen, bovendien gedurende op zijn minst enkele maanden, en leiden tot negatieve gevolgen voor de jeugdige of de omgeving, is er sprake van ernstige gedragsproblemen. Tot de negatieve gevolgen voor de jeugdige behoren uitstoting uit de groep leeftijdgenoten, schorsing van de school of politiecontact vanwege (pre)delinquent gedrag. Negatieve gevolgen voor de omgeving zijn bijvoorbeeld de voortdurende stress en vermoeidheid die de opvoeding van deze jeugdigen voor de ouders met zich meebrengen, de negatieve emoties die de gedragsproblemen bij broers en zussen oproepen, en de zware belasting die de gedragsproblemen voor leraren vormen als gevolg waarvan de aandacht voor klasgenoten in het gedrang dreigt te komen. De jeugdige en zijn ouders kunnen in een vicieuze cirkel terecht komen wat versterkend werkt op de gedragsproblemen.

Om te spreken van ernstige gedragsproblemen moet de jeugdige en of zijn omgeving dus (matig tot ernstig) belemmerd worden in zijn functioneren (Kauffman, 2005, in Feil et al., 2005). Uit onderzoek van Verhulst et al. (1997) blijkt dat gedragsstoornissen die gepaard gaan met een matig tot ernstige belemmering minder vaak voorkomen dan gedragsstoornissen waarbij geen sprake was van een belemmering. Ook uit onderzoek van Schaffer et al. (1996, in Feil et al., 2005) blijkt dat prevalentie van stoornissen als CD en ADHD fors daalt (met meer dan de helft) wanneer de diagnostische criteria worden aangevuld met matig tot ernstige belemmering in het dagelijks functioneren. Dit geldt ook voor andere stoornissen en blijkt ook uit andere onderzoeken (Feil et al., 2005).

Voor de vaststelling van ernstige gedragsproblemen is het verder niet vereist dat het probleemgedrag in meer dan één situatie voorkomt. Ook al manifesteren de problemen zich alleen thuis of alleen op school, dan nog kan gesproken worden van ernstige gedragsproblemen (Matthys, 2011). Jeugdigen met alleen gedragsproblemen thuis of alleen op school lopen in de volwassenheid een verhoogd risico op delinquentie en psychiatrische stoornissen (depressie/angst, gedragsstoornis/antisociale persoonlijkheidsstoornis, suïcidepogingen, middelenafhankelijkheid). De groep met alleen gedragsproblemen op school en de groep met alleen gedragsproblemen thuis verschilt niet van de groep met gedragsproblemen in beide situaties (Fergusson, Boden & Horwood, 2009).

Samenvattend: indien bij de screening de score voor externaliserend gedrag boven het 84e percentiel ligt op de CBCL, afkappunt 12 van de SDQ of deciel X van de SEV, de gedragsproblemen gedurende op zijn minst enkele maanden aanwezig zijn én leiden



tot negatieve gevolgen voor de jeugdige of zijn omgeving is dit reden voor het doen van diagnostisch onderzoek. Verwijzing naar de Jeugd-GGZ is aangewezen bij het vermoeden van een stoornis waarvoor nadere diagnostiek nodig is, in het bijzonder wanneer vermoed wordt dat een intensieve behandeling, waaronder medicatie, aangewezen is (bijvoorbeeld bij depressie, ADHD, autisme spectrum stoornis).

5. Het diagnostisch proces

Als na screening blijkt dat er bij een jeugdige mogelijk sprake is van ernstige gedragsproblemen, dan is vervolgonderzoek door een diagnosticus noodzakelijk. De signalerende hulpverlener zal de jeugdige dan doorverwijzen naar een gedragswetenschapper. Diagnostiek is een zoek- en beslissingsproces dat in dialoog met de jeugdige en diens omgeving wordt uitgevoerd (De Bruijn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003). Het is een proces van gericht informatie verzamelen en analyseren met als doel het nemen van een beslissing over de in te zetten hulp (Deno, 2005, in Pameijer & Draaisma, 2011). Een diagnosticus in de jeugdzorg is een GZ psycholoog of academisch geschoolde ontwikkelingspsycholoog of orthopedagoog die een diagnostische aantekening bij NIP of NVO heeft behaald.

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de rol van diagnostiek. Inmiddels wordt het als een essentieel onderdeel van goede jeugdzorg beschouwd (Pameijer & Draaisma, 2011). Het systematisch verzamelen van informatie is nodig om beslissingen te nemen over in te zetten interventies en zet zich voort (herhaalde diagnostiek) als de interventie is gestart (Actieplan Professionalisering Jeugdzorg, 2009, in Pameijer & Draaisma, 2011). Dit is nodig om de effectiviteit van de behandeling te evalueren.

Door middel van diagnostiek tracht de diagnosticus te begrijpen welke factoren aan het probleem ten grondslag liggen, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de factoren die de symptomen in stand houden. Diagnostiek kan op verschillende niveaus uitgevoerd worden. Na screening is beperkt diagnostisch onderzoek soms voldoende. Het kan nodig zijn uitgebreider onderzoek te doen naar aanleiding van de resultaten van het beperkte onderzoek. Bij complexe problematiek is het soms nodig meteen uitgebreid onderzoek te doen. Ook wordt verdiepend onderzoek gedaan indien de behandeling onvoldoende aanslaat. Met de term diagnose kan de onderkenning van een stoornis bedoeld worden, als ook de verklaring voor het probleem of die stoornis. De informatie in deze paragraaf kan voor beide interpretaties van de term worden gehanteerd (Pameijer & Draaisma, 2011).

Om een zorgvuldig besluitvormingsproces te kunnen doorlopen en daarmee de kwaliteit van het diagnostisch proces te garanderen is de methodiek Handelingsgerichte Diagnostiek ontwikkeld (Pameijer & Draaisma, 2011). Het wat en waarom van het handelen van de diagnosticus moet goed uit te leggen zijn en moet volgens heldere en daarmee ook toetsbare regels verlopen, waardoor het handelen ook voor jeugdigen en diens ouders transparant wordt en kan worden getoetst. Deze aanpak dwingt de diagnosticus tot zorgvuldigheid, maar zo levert hij niet in aan inventiviteit en creativiteit (De Bruijn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003). De Richtlijn Ernstige gedragsproblemen baseert zich in haar benadering van het diagnostisch proces hoofdzakelijk op de praktijkleer van De Bruijn et al. (2003), omdat dit de meest gangbare methodiek is waarlangs gedragswetenschappers in de jeugdzorg hun diagnostiek beoefenen. De informatie is aangevuld met het model van Handelingsgerichte Diagnostiek voor de jeugdzorg



(Pameijer & Draaisma, 2011), wat een pragmatische uitwerking van het model van De Bruijn et al. (2003) is.

Het model van De Bruijn et al. beschrijft een wenselijke situatie, namelijk hoe het besluitvormingsproces er idealiter aan toe zou gaan, als tijd en middelen ons niet zouden beperken, wat in de huidige situatie in de praktijk wel een rol speelt (Pameijer & Draaisma, 2011). In deze cyclus staat de activiteit van het genereren en toetsen van hypothesen centraal. Daarom worden dergelijke modellen vaak aangeduid als hypothesetoetsende diagnostische modellen. De NVO en het NIP benadrukken in het beroepsprofiel van de diagnosticus ook het hypothesetoetsende karakter van de diagnostiek (De Bruijn et al., 2003). Voor een uitgebreide beschrijving van de diagnostische cyclus wordt aangeraden het basiswerk van De Bruijn et al. (2003) te bestuderen.

5.1 Diagnostische cyclus: een hypothesetoetsend diagnostisch model

Als de jeugdige met ernstige gedragsproblemen is aangemeld bij de gedragswetenschapper met een of meer hulpvragen, gaat het diagnostisch proces van start. Een hulpvraag is de vraag naar het soort hulp waar de jeugdige of diens omgeving behoefte aan heeft. De diagnostische hulpvraag van de jeugdige wordt met de diagnosticus samen geherformuleerd tot een vraagstelling. Door vervolgens de vraagstelling op te vatten als onderzoeksvraag kan de verbinding tussen type vraagstelling en type (diagnostisch) onderzoek gelegd worden. Dit proces geven De Bruijn et al. (2003) als volgt weer:

Hulpvraag (C) → Type diagnostische hulpvraag (D) → Type vraagstelling (c en D) → Type onderzoek (D)

Diagnostisch scenario

De onderlinge samenhang van diagnostische hulpvragen, vraagstellingen en typen onderzoek is zichtbaar in tabel 1.3.

Prototype diagnostische hulpvraag	Type vraagstelling	Type onderzoek	Onderzoekscomponent	Eindproduct
Hoe moet ik verwoorden wat ik t.o.v. mij/dit kind ervaar?	Verheldering	Verhelderend	Klachtanalyse	Verheldering van de beleving van een ouder of kind van hun hulpvraag
Wat is er met mij/dit kind aan de hand?	Onderkenning	Onderkennend	Probleemanalyse	Onderkenning van een probleem of stoornis
Waarom is dit met mij/dit kind aan de hand?	Verklaring	Verklarend	Verklaringsanalyse	Verklaring voor onderkend probleem of stoornis
- Hoe kan ik/dit kind het best geholpen worden?	Indicatie	Indicerend	Indicatieanalyse	Aanbevelingen hoe men de ouders of het kind het best kan begeleiden

Tabel 1.3. Taxonomie van hulpvragen, vraagstellingstypen en onderzoekstypen en onderzoekscomponenten : De Bruijn et al., 2003)



De eerste stap is gericht op de probleembeleving van de jeugdige en zijn ouders. Vervolgens wordt vastgesteld of er sprake is van ernstige gedragsproblemen. Daarna wordt getracht een verklaring te geven voor de ernstige gedragsproblemen en tot slot worden aanbevelingen gedaan voor behandeling of begeleiding. Deze stappen kunnen afzonderlijk van elkaar uitgevoerd worden (afhankelijk van de diagnostische hulpvraag) en komen gecombineerd voor indien sprake is van een combinatie van hulpvragen. Een optimaal antwoord op de ene hulpvraag is vaak afhankelijk van de beantwoording van een andere hulpvraag. Als er combinaties van hulpvragen voorkomen, is er nagenoeg nooit sprake van een willekeurige of neutrale volgorde van de diverse typen onderzoek, maar van een intrinsiek noodzakelijke volgorde (De Bruijn et al., 2003). Dit geordende verloop wordt het diagnostisch scenario genoemd.

Cyclisch verloop

Omdat het onderzoek gestuurd wordt door de diagnostische hulpvraag van de jeugdige en ouders, is het verhelderingsonderzoek de eerste stap van elk diagnostisch scenario (De Bruijn et al., 2003). In het meest volledige geval is er sprake van een scenario met vier typen onderzoek:

Aanmelding → Klachtanalyse → Probleemanalyse → Verklaringsanalyse → Indicatieanalyse → *Advies*

Dit scenario is gestoeld op het idee dat verheldering van de klacht kennis oplevert die bijdraagt tot een goede onderkenning van het gedragsprobleem, waarbij onderkenning weer een voorwaarde is voor verklaring. Deze drie vraagstellingen moeten beantwoord zijn om een indicatie voor de interventie af te geven. Een optimaal diagnostisch beslissingsproces dwingt in de regel overigens tot een cyclisch verloop (De Bruijn et al., 2003). De cyclus beschrijft stappen en substappen die de diagnosticus moet doorlopen. In elke stap van het proces worden de veronderstellingen en de ideeën van de diagnosticus aan de feiten getoetst. Bij het teruggaan binnen de diagnostische cyclus kan sprake zijn van het herhalen van de laatst uitgevoerde stap, of van een eerdere stap met als gevolg dat de stappen daarna ook opnieuw doorlopen moeten worden (De Bruijn et al., 2003). Sommige fasen kunnen soms echter versneld doorlopen worden en ook kunnen soms stappen binnen een fase overgeslagen worden (Pameijer & Van Beukering, 2004). Het classificeren van probleemgedrag vindt plaats na de probleemanalyse. Eerst wordt het individuele verhaal van de jeugdige goed in beeld gebracht, met al zijn nuances, unieke kenmerken, sterke kanten en voldoende aandacht voor de samenhang tussen verschillende factoren. Pas daarna wordt nagegaan welke onderdelen uit dat diagnostische beeld zijn te classificeren als problemen. Het is aan het oordeel van de professional om in te schatten of gedrag normaal dan wel problematisch is.

De vier stappen die de diagnosticus moet doorlopen, de klachtanalyse, de probleemanalyse, de verklaringsanalyse en de indicatieanalyse (De Bruyn et al., 2003), worden hieronder verder uitgewerkt en aangevuld met praktische informatie uit de Handelingsgerichte Diagnostiek (Pameijer & Van Beukering, 2004; Pameijer & Draaisma, 2011).

5.1.1 Klachtanalyse

Klachten van de jeugdige – waarmee in voorkomende gevallen ook diens omgeving bedoeld wordt – zijn uitspraken die aangeven dat de situatie of het gedrag (gedachten, gevoelens,



handelingen) van de jeugdige, of de gevolgen daarvan, door de jeugdige of zijn omgeving als negatief (bijvoorbeeld ongewenst, storend, belemmerend) beleefd worden. In de fase van de klachtanalyse staat het verhaal van de jeugdige en zijn ouders centraal (Pameijer & Van Beukering, 2004). Het is nodig om een samenwerking tussen ouders en de jeugdige tot stand te brengen. Voor ouders betekent dit dat de diagnosticus begrip opbrengt voor de opvoedingsbelasting die de gedragsproblemen met zich meebrengen (Matthys, 2011). De diagnosticus ondersteunt de jeugdige en zijn ouders bij de klachtanalyse zodanig, dat deze zich begrepen voelen én zelf inzicht verwerven in de hulpvragen die hen bewegen. In de klachtanalyse verzamelt de diagnosticus de klachten en gaat hij na of de verwoording ervan door de jeugdige en zijn ouders daadwerkelijk overeenkomt met wat deze bedoelt (Pameijer & Van Beukering, 2004). Voor de samenwerking met de jeugdige en zijn ouders is het belangrijk dat de gedragsproblemen niet gepresenteerd worden als afkeurenswaardig gedrag waarvoor de jeugdige zelf helemaal verantwoordelijk is (zie inleiding). Als dit wel gebeurt, moet de diagnosticus duidelijk maken dat gedragsproblemen, zoals snel boos worden of driftbuien, het gevolg kunnen zijn van nog zwak ontwikkelde vermogens, bijvoorbeeld om gevoelens en gedrag te beheersen. Tijdens het eerste overleg wordt de communicatie tussen de ouders en de jeugdige geobserveerd, naast het probleemgedrag van de jeugdige, de opvoedingsvaardigheden van ouders en de relatie van de ouders met de jeugdige (Matthys, 2011). De diagnosticus overlegt met ouders en jeugdige over hun visie op de gedragsproblemen en hun wensen voor diagnostiek (Pameijer & Van Beukering, 2004).

Het eindproduct van deze fase bestaat uit de hulpvragen die door samenwerking van jeugdige, ouders en professional uit deze klachten zijn afgeleid. Dit is een verhelderende en ordenende fase voor de jeugdige en zijn ouders in het proces. Bij de klachtanalyse gaat aandacht uit naar de volgende onderwerpen:

- Wie beleeft welke problemen en wat zijn de hulpvragen? Wat gaat wel goed?
- Wat zijn de hulpvragen van de jeugdige en omgeving? Waarom willen ze dat weten?
- Wat wensen en verwachten de jeugdige en omgeving van de hulpverlener?
- Wat zijn hun zorgen, problemen en positieve belevingen?
- Welke verklaringen en oplossingen hebben jeugdigen zelf?
- Welke maatregelen zijn reeds genomen? Wat was het effect daarvan?
- Welke informatie over deze jeugdige in deze opvoedingssituatie is al beschikbaar?
- Wie zijn de samenwerkingspartners?
- Wat is volgens hen de reden van aanmelding? Waarom juist nu?
- Overleg en afstemming
- Welke vraagstellingen zijn er?
- Hoe samen verder: wie doet wat, hoe, wanneer en waarom?

De analyse van hoe de jeugdige en zijn ouders de gedragsproblemen ervaren is onmisbaar, onder meer omdat de jeugdige op deze manier gerespecteerd wordt in zijn persoon-zijn, en niet sec als onderzoeksobject wordt behandeld (De Bruijn et al., 2003). De diagnosticus benadrukt ook dat de diagnostiek niet alleen gebaseerd wordt op wat hij waarneemt aan gedrag binnen de onderzoekssituatie, maar ook op de informatie over het alledaagse probleemgedrag die de ouders en de leraar verstrekken. Ook is de ervaring van de jeugdige dat de diagnosticus in staat is in zijn belevingswereld te treden en onduidelijkheden daarin te verhelderen. De kwaliteit



van de diagnostische relatie bevordert de betrokkenheid bij het diagnostisch proces en levert daardoor een belangrijke bijdrage aan de opbrengst van het onderzoek.

5.1.2 Probleemanalyse

Problemen zijn situaties of gedragingen (gedachten, gevoelens, handelingen) van de jeugdige waarover de diagnosticus op empirische of theoretische gronden kan aannemen dat er sprake is van een voor de jeugdige ongunstige toestand. Ongunstig betekent hier dat de psychosociale aanpassing en ontwikkeling van de jeugdige verstoord zijn of dreigen te worden. In de probleemanalyse is er aandacht voor de vraag wat er precies aan de hand is (De Bruyn et al, 2003). In deze fase is reflectie van de diagnosticus uitgangspunt: wat is nodig om de vraagstelling te beantwoorden (Pameijer & Draaisma, 2011)? Voor het verminderen van gedragsproblemen bij jeugdigen is het nodig de oorzaken en achtergronden in kaart te brengen. Vaak gaat het niet om één oorzaak, maar om een samenspel van verschillende factoren. Jeugdigen krijgen problemen wanneer de beschermende factoren onvoldoende tegenwicht bieden aan de risicofactoren. De kans om problemen te krijgen wordt groter als verschillende risicofactoren elkaar gelijktijdig of achtereenvolgens versterken (www.nji.nl/a).

Bij de probleemanalyse gaat aandacht uit naar de volgende onderwerpen:

- Wat weten we al over de gedragsproblemen? Clustering van relevante problematische en positieve kenmerken van jeugdige en omgeving.
- Diagnostische hypothesen worden geformuleerd en getoetst:
 - o Door welke factoren worden de gedragsproblemen mogelijk veroorzaakt of in stand gehouden? Bij het formuleren van de hypothese over de factoren die een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de ernstige gedragsproblemen is voorzichtigheid geboden. Hoewel wetenschappelijk onderzoek ons in toenemende mate zicht geeft op de risicofactoren voor de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen, is het niet altijd gemakkelijk om de rol van die factoren bij een specifieke jeugdige te bepalen (Matthys, 2011). Zie hiervoor ook de inleiding.
 - o Welke rol spelen beschermende factoren?
 - o Hoe lang spelen de gedragsproblemen al? Het onderscheid tussen ernstige gedragsproblemen met een vroeg begin en met een laat begin is hier relevant. Wanneer de problemen een vroege aanvang hebben, spelen kindkenmerken veelal een grotere rol en is er een groter risico voor een chronisch traject dan wanneer de problemen pas in de adolescentie aanvangen (Moffitt, Caspi Dickson, Silva & Stanton, 1996). Ook zijn jeugdigen die al een lange tijd antisociaal gedrag vertonen moeilijker te behandelen (Moffitt & Scott, 2010).
 - o Wat moeten we nog meer weten om de vraagstelling te beantwoorden?
 - o Hoe kan het traject worden afgestemd op de hulpvragen van jeugdige en ouders: welk diagnostisch traject kiezen we, welke fasen moeten worden doorlopen, welke stappen kunnen worden overgeslagen? (Pameijer & Van Beukering, 2004; Pameijer & Draaisma, 2011).
 - o Als er onderzoek nodig is, wordt naast observaties en gesprekken veelal valide en betrouwbare onderzoeksmiddelen ingezet. Per onderzoeksvraag moet een beknopt en onderbouwd antwoord geformuleerd worden en er moet een samenvatting komen



van de relevante risico- en beschermende factoren van jeugdige, opvoeding, onderwijs, vrije tijd en/of sociale omgeving.

In de fase van de probleemanalyse wordt met deze aandachtspunten een verband gelegd tussen de klachten en de gedragsproblemen. Bovendien groepeert en benoemt de diagnosticus de problemen, taxeert hij de ernst en gaat hij na wat de negatieve gevolgen zijn voor de jeugdige en zijn omgeving (De Bruijn et al., 2003).

Positieve kenmerken

Naast het clusteren van problematische kenmerken van de jeugdige en zijn omgeving heeft de diagnosticus ook aandacht voor positieve kenmerken. Daarbij onderscheidt hij positieve aspecten, positieve kenmerken en beschermende factoren. Positieve aspecten zijn gedragingen die door het kind, de ouders of school als positief worden ervaren (bijv. een positieve optimistische instelling). Positieve kenmerken zijn objectieve gedragingen waarvan de diagnosticus van mening is dat ze een positieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. Beschermende factoren zijn factoren waarvan uit empirisch onderzoek is gebleken dat ze gunstig zijn, omdat ze jeugdigen beschermen tegen risicofactoren (bijv. veilige gehechtheid of bovengemiddelde intelligentie). Positieve kenmerken en beschermende factoren spelen op verschillende manieren een rol bij de probleemanalyse. De aan- of afwezigheid van deze kenmerken kan de mate van ernst aangeven. Hoe meer risicofactoren en hoe minder beschermende factoren er zijn, hoe ernstiger de situatie is. De aanwezigheid van een beschermende factor kan ook inzicht geven in de waarschijnlijkheid van een bepaalde hypothese (Pameijer & Beukering, 2007).

Bepalen negatieve gevolgen van de gedragsproblemen

Er moet in het algemeen gekeken worden in hoeverre de gedragsproblemen belemmerend zijn. De diagnosticus onderzoekt of de problemen leiden tot verstoring van bijvoorbeeld het contact met leeftijdsgenoten en de uitvoering van andere relevante ontwikkelingstaken. Beperkingen in het functioneren van de jeugdige die uit de gedragsproblemen voortkomen zijn bijvoorbeeld uitstoting uit de groep leeftijdsgenoten, schorsing van de school of politiecontact vanwege (pre) delinquent gedrag (Matthys, 2011). Om een volledig beeld te krijgen zal de diagnosticus vragen moeten stellen om inzicht te krijgen in de negatieve gevolgen van het gedrag voor de ouder, de leidster, de leraar, contacten met leeftijdsgenoten en de leerattitude. Voor het gezin zijn nadelige gevolgen bijvoorbeeld het beperkt worden om met het kind boodschappen te doen of op bezoek te gaan bij familie of vrienden, de voortdurende stress en vermoeidheid die de opvoeding van deze jeugdigen voor de ouders met zich meebrengen en de negatieve emoties die de symptomen bij broers en zussen oproepen (Matthys, 2011). Naast de negatieve gevolgen besteedt de diagnosticus aandacht aan de frequentie van het problematische gedrag en kijkt deze of het gedrag geïsoleerd of in clusters voorkomt. Ten aanzien van de frequentie dienen de scores op de screenings- en diagnostische instrumenten als gekwantificeerde houvast. De diagnosticus velt op basis van deze informatie een oordeel over de mate waarin de ontwikkeling afwijkt van het normale.



Gelijktijdig voorkomende problemen (comorbiditeit)

Het is van belang dat zowel de signalerende hulpverlener als de diagnosticus attent zijn op het feit dat ernstige gedragsproblemen vaak samen voorkomen, ook wel comorbiditeit genoemd, met internaliserende problematiek als angst en depressieve klachten (Van der Wolf & Van Beukering, 2009; Matthys, 2011), stoornissen zoals ADHD, hechtingsstoornis (Matthys, 2011) en bijvoorbeeld een belast verleden, als mishandeling en verwaarlozing. Bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die ook ADHD hebben, zijn meer verschillende en ernstige symptomen van gedragsproblemen aanwezig dan bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen zonder ADHD. Ook hebben zij meer andere problemen zoals problematiek van ouders, meer conflicten met ouders en meer problemen op school en met leeftijdsgenoten (Angold, Costello & Erkanli, 1999, in Moffitt & Scott, 2010). Vanaf de adolescentie is bij meisjes met ernstige gedragsproblemen meer sprake van comorbide stoornissen dan bij jongens met ernstige gedragsproblemen (Costello, Armstrong & Erkanli, 2000; Costello, Foley & Angold, 2006). In de diagnostiek rondom de problemen moet er rekening worden gehouden met de mogelijkheden voor dergelijke bijkomende belasting. Dit moet geëxploreerd worden en eventueel in kaart gebracht worden met gerichte instrumenten.

Jeugdigen met een lichtverstandelijke beperking (LVB) hebben een verhoogd risico op gedragsproblemen. Diagnostiek bij deze groep vraagt extra aandacht. Vanwege de grote diversiteit aan cognitieve vermogens en in het niveau van sociaal functioneren binnen deze groep jeugdigen, is het belangrijk om voorafgaand aan een interventie een goed beeld te hebben van de zwakke en sterke kanten van de jeugdige. Een uitgebreid diagnostisch onderzoek naar het cognitieve niveau en het sociaal ontwikkelingsniveau van de jeugdige biedt informatie om beter aan te sluiten bij de mogelijkheden en de beperkingen van de jeugdigen. Anderzijds moet bij zowel de afname van testen als de interpretatie van resultaten rekening worden gehouden met de beperking van de jeugdige. De vragen van de tests moeten bijvoorbeeld aansluiten bij het communicatieniveau van de jeugdigen (De Wit, Moonen & Douma, 2011).

Problemen om niet te verwarren met ernstige gedragsproblemen

Soms is het zo dat de diagnose voor ernstige gedragsproblemen onterecht wordt afgegeven. De oorzaak van gedragsproblemen wordt dan bijvoorbeeld onterecht toegeschreven aan bewust opstandig zijn of opzettelijk verzet, terwijl het gedrag voortkomt uit andere problemen. Zo kan bijvoorbeeld angst het opstandige gedrag veroorzaken (Van der Wolf & Van Beukering, 2009). Niet luisteren, kan door opzettelijk verzet veroorzaakt worden, maar ook door aandacht tekort en hyperactiviteit of beperkte cognitieve vermogens, wat de interacties met anderen op een dergelijke wijze verstoort (Matthys, 2011). Opstandig en agressief gedrag kunnen voortkomen uit een autisme spectrum stoornis, wanneer bijvoorbeeld ouders of leraar het gedrag van de jeugdige proberen te beïnvloeden (Matthys, 2011). Prikkelbaar gedrag kan ook voortkomen uit depressieve klachten. Bij het ontremde type van een reactieve hechtingsstoornis kan het gebrek aan selectiviteit in contacten met volwassenen de vorm aannemen van storend gedrag. Jeugdigen met een reactieve hechtingsstoornis kunnen dus gedrag vertonen dat lijkt op gedrag dat we bij ernstige gedragsproblemen zien. In dit geval dient goed gekeken te worden of de symptomen ook passen bij de diagnose ernstige gedragsstoornissen (Matthys, 2011). In de diagnostiek dient men op te passen voor een kokervisie: mogelijk zijn er andere problemen



dan de ernstige gedragsproblemen die van invloed zijn op de problemen. De diagnosticus moet hier ook rekening mee houden bij het opstellen van de hypothesen: welke onderliggende problemen zijn er? En hoe kunnen de hypothesen rondom de verscheidene problemen gestaafd worden met wetenschappelijke literatuur?

Onderzoeksmiddelen

Bij de handelingsgerichte diagnostiek van ernstige gedragsproblemen kunnen verschillende onderzoeksmiddelen ingezet worden (Pameijer & Draaisma, 2011):

- Genormeerde testen en vragenlijsten, zoals intelligentietesten en gedragsvragenlijsten of vragenlijsten over het gezinsfunctioneren;
- Observatie-instrumenten voor kenmerken van de jeugdige, opvoeding en/of interacties tussen jeugdige en omgeving;
- Diagnostische interviews bijvoorbeeld voor de ontwikkelingsanamnese;
- Dossier- en documentatieanalyse, bijvoorbeeld eerder onderzoek of leerlingvolgsysteem.

De diagnostiek zal afhankelijk van de situatie kijken welke onderzoeksmiddelen relevante informatie kunnen opleveren. De keuze van de onderzoeksmiddelen hangt ook af van de leeftijd van de jeugdige. Er is consensus over de veronderstelling dat ongeacht welke instrumenten gebruikt worden, er bij diverse betrokkenen informatie verzameld moet worden bij de diagnostiek van ernstige gedragsproblemen (jeugdige, ouders, school en andere betrokkenen/hulpverleners) (Moffitt & Scott, 2010). Men mag niet verwachten dat alle verkregen informatie eensluidend is. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. Allereerst verschilt het gedrag van een jeugdige naargelang de situatie (thuis, op school of tijdens een onderzoekssituatie). De verschillen in oordelen over gedragsproblemen van jeugdigen kunnen ook verband houden met verschillen in normen of verwachtingen die mensen over het gedrag van jeugdigen hebben. Daardoor kan zowel over- als onderrapportage van probleemgedrag ontstaan (Matthys, 2011). Over het algemeen beschouwt de diagnosticus het symptoom als aanwezig zodra het door één bron wordt gerapporteerd. Er kan namelijk ook sprake zijn van ernstige gedragsproblemen indien de problemen zich bijvoorbeeld alleen op school voordoen. De diagnosticus beslist uiteindelijk op basis van de verschillende informatie of er inderdaad sprake is van de aanwezigheid van een symptoom. Ditzelfde geldt voor het oordeel over de mate van beperking van het functioneren. Over het algemeen wordt aangenomen dat de prognose voor jeugdigen slechter is indien er veel verschillende symptomen van ernstige gedragsproblemen waargenomen worden en door meerdere informanten (Loeber et al., 1991, in Moffitt & Scott, 2010).

Diagnostische instrumenten

Diagnostische instrumenten zijn gericht op het stellen van een diagnose. De begrippen 'gevalideerd' en 'gestandaardiseerd' zeggen iets over de kwaliteit van een instrument. Als een instrument gevalideerd is, betekent dit dat er onderzoek is gedaan naar de validiteit en de betrouwbaarheid: het instrument meet daadwerkelijk wat het moet meten, ook als het gebruikt wordt in verschillende situaties door verschillende personen. Gestandaardiseerd betekent dat de uitkomsten worden weergegeven tegen de achtergrond van normscores die zijn afgeleid van de wijze waarop normgroepen het instrument invullen. Met gevalideerde en



gestandaardiseerde instrumenten weten de gebruikers dat ze meten wat ze willen meten. Daardoor is de kans veel kleiner dat zij jeugdigen over het hoofd zien die behandeling nodig hebben. Daarnaast wordt de kans kleiner dat jeugdigen die geen (zware) problemen hebben, onnodig behandeling krijgen (www.nji.nl/b). De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen beschrijft en beoordeelt de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten in Nederland. De instrumenten worden beoordeeld op basis van criteria als testconstructie, uitvoering van de handleiding en het testmateriaal, betrouwbaarheid en validiteit. Dit biedt houvast voor de keuze van het gebruik van instrumenten.

In deze richtlijn worden instrumenten beschreven die (onder andere) externaliserende gedragsproblemen in kaart brengen. Zoals eerder aangegeven, is er vaak sprake van comorbiditeit met andere stoornissen en problemen, en ook in oorsprong van de gedragsproblemen kan een andersoortige problematiek de grondlegger zijn, en zal daar in de hypothesen aandacht aan moeten worden besteed. Vandaar dat de lijst met instrumenten die hieronder genoemd wordt niet als uitputtend moet worden beschouwd. De diagnosticus dient zich bewust te zijn van het bestaan van andere instrumenten die mogelijk ingezet moeten worden (bijvoorbeeld instrumenten die depressie in kaart brengen, of bijvoorbeeld gezinsproblematiek). Veel gebruikte diagnostische instrumenten bij externaliserende gedragsproblemen zijn:

Junior Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV-J-2)

De NPV-J is een vragenlijst die de persoonlijkheidseigenschappen Inadequatie, Volharding, Sociale Inadequatie, Recalcitrantie en Dominantie meet bij kinderen en adolescenten. De NPV-J kan gebruikt worden in het onderwijs bij slecht presteren of gedragsproblemen, in de gezondheidszorg bij problemen, klachten of stoornissen en bij wetenschappelijk onderzoek voor het meten van persoonlijkheidskenmerken.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory, jongerenversie (MMPI-A)

Met dit instrument kunnen bij jongeren tussen de 13 en 18 jaar allerlei typen klachten, problemen en persoonlijkheidsstijlen in kaart worden gebracht. De antwoorden op de 478 items van de MMPI-A leiden tot verschillende scores op een aantal subschalen (acht validiteitsschalen, tien klinische schalen, vijftien inhoudsschalen en zes supplementaire schalen). Deze schalen bestrijken veel algemene klachten en stoornissen en een hele serie moeilijkheden die typisch zijn voor jongeren zoals gedragsproblemen, alcohol- en drugsproblemen, ambitieniveau, problemen op school, onrijpheid.

Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG)

De VOG is een vragenlijst om de emotionele en gedragsproblemen van jeugdigen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen. De vragenlijst bestaat uit een ouderversie (VOG-O) en een versie voor leraar of activiteitenbegeleiders (VOG-L). De VOG is ontwikkeld naar het model van de CBCL op basis van gedragsbeschrijvingen van jeugdigen met een verstandelijke beperking.



Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen 6-16 jaar (VvGK 6-16)

De VvGK is geschikt om symptomen van de gedragsstoornissen ADHD, ODD en CD te meten bij kinderen en jongeren tussen de 6 en 16 jaar. De vragenlijst wordt gebruikt binnen de jeugdzorg en het onderwijs.

Semigestructureerd Klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten (SCICA;ASEBA)

De SCICA is een semigestructureerd klinisch interview waarmee psychopathologie bij jeugdigen tussen de 6 en 18 jaar kan worden vastgesteld. De SCICA kan gebruikt worden in de klinische setting, onderwijssetting of forensische setting.

Child Assessment Schedule (CAS, P-CAS)

De CAS is een deels gestructureerd, deels semigestructureerd klinisch interview voor kinderen en jongeren van 7 tot 17 jaar dat op een systematische en omvattende manier psychologische en psychiatrische problemen onderzoekt. De CAS kan in de klinische praktijk gebruikt worden.

Kiddie-SADS-lifetime versie (K-SADS-PL)

De K-SADS-PL is een semigestructureerd diagnostisch interview gericht op jeugdigen van 6 tot 18 jaar, dat binnen de klinische praktijk gebruikt kan worden om verschillende stoornissen te diagnosticeren.

Adolescenten Temperament Lijst (ATL)

De ATL is een vragenlijst voor adolescenten, die een vijftal persoonlijkheidstrekken meet. Deze trekken zijn extraversie, emotionaliteit, impulsiviteit en spanningsbehoefte. De lijst is in eerste instantie bedoeld voor research doeleinden, maar kan ook met enige voorzichtigheid toegepast worden als hulpmiddel bij het inventariseren en evalueren van problemen op school en thuis, in onderzoek, diagnostiek en counseling.

Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D)

De BDHI is een zelfrapportage-instrument voor het vaststellen van iemands hostiliteit en neiging tot agressief gedrag.

Utrechtse Coping Lijst (UCL)

De UCL is bedoeld voor jongeren vanaf 14 jaar en meet copinggedrag. Met copinggedrag wordt de manier bedoeld waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties. Coping wordt hierbij opgevat als een persoonlijkheidsstijl.

Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)

De BITSEA is een screeningsinstrument voor psychosociale problemen (emotionele- en gedragsproblemen) bij peuters.

Zinnenaanvullijst Curium (ZALC)

Het is een zinnenaanvullijst waarmee de psychosociale of sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren (8 t/m 25 jaar) kan worden gemeten.



5.1.3 Verklaringsanalyse

Verklaringen zijn (empirisch) getoetste uitspraken over condities, die afzonderlijk of in samenhang de problemen hebben doen ontstaan dan wel instandhouden. Verklarende uitspraken die nog niet getoetst zijn hebben de status van hypothesen (De Bruijn et al., 2003). In de verklaringsanalyse worden hypothesen gegenereerd waaruit empirisch toetsbare voorspellingen worden afgeleid, geformuleerd en getoetst, en welke tot een integratief beeld worden gevormd. Bij het integratief beeld (ook wel het diagnostisch beeld genoemd) wordt antwoord gegeven op de vragen:

- Welke risicofactoren zijn van invloed op de huidige situatie en hoe beïnvloeden ze elkaar?
- Wat zijn de beschermende factoren van jeugdige, opvoeding, onderwijs en vrije tijd?
- Wat zijn de interventiedoelen, gezien het diagnostisch beeld en de voorkeuren van de jeugdige en zijn systeem/omgeving?

De uitkomst van de verklaringsanalyse is een samenhangend beeld, waarin één of meerdere condities met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid als verklaring voor het probleem gelden (De Bruijn et al, 2003).

De verklaringsanalyse geeft aanknopingspunten voor de in te zetten behandeling.

5.1.4 Indicatieanalyse

Indicaties zijn empirisch of theoretisch onderbouwde aanbevelingen voor één of meerdere interventies. In de diagnostische cyclus hoeven interventies nog niet gedetailleerd te worden gespecificeerd, maar hebben ze nog het karakter van behandelings- en begeleidingsvoorstellen. In de indicatieanalyse worden de onderzoeksbevindingen met de jeugdige en zijn ouders in alle openheid besproken. Er is vooral aandacht voor de instandhoudende factoren en de ernst van de gedragsproblemen. Daarbij kan de diagnosticus benoemen dat gedragsproblemen gemiddeld genomen met de tijd afnemen en dat dit bevorderd kan worden door behandeling (Matthys, 2011). In overleg met de jeugdige en zijn ouders wordt een globaal interventiedoel geformuleerd en worden in aanmerking komende interventies geïnventariseerd. Vervolgens worden indicatiecriteria gecheckt en worden de verschillende alternatieven afgewogen, waarna de kans van slagen wordt ingeschat. Dit mondt uit in een aanbeveling.

Vragen die hierbij beantwoord moeten worden zijn:

- Hoe kan deze jeugdige (en zijn ouders) het best geholpen worden?
- Hoe ziet het gewenste hulpverleningsaanbod eruit en wat zijn de wensen en mogelijkheden van jeugdige en ouders?
- Wat heeft de jeugdige en zijn omgeving nodig om de interventiedoelen te kunnen bereiken?
- Met welke interventies zijn deze doelen te bereiken? Wat zijn argumenten voor en tegen deze interventies?
- Aanbeveling van wenselijke interventie(s).

De uitkomst van de indicatieanalyse is een lijst van indicaties in de zin van aanbevelingen voor mogelijke interventies.



5.2 De diagnostische cyclus als onderdeel van de klinische cyclus

De hoofdactiviteiten in de hulpverlening bij ernstige gedragsproblemen vallen uiteen in twee groepen: diagnostiek en interventie. Onder interventie wordt in de jeugdzorg verstaan de directe en indirecte begeleiding, behandeling en therapie (De Bruijn et al., 2003). Hoewel de diagnostische cyclus alleen betrekking heeft op de stappen voorafgaand aan de uitvoering van een interventie, staat deze er niet los van. Integendeel: de laatste stap uit de diagnostische cyclus, de indicatieanalyse, leidt tot het kiezen van een type interventie en een globaal doel. Doorgaans worden interventies niet allemaal tegelijk ingezet, maar stapsgewijs, afhankelijk van de ernst van de gedragsproblemen. Dit wordt ook wel stepped-care genoemd. Dan wordt een volgende empirische cyclus doorlopen: de therapiecyclus. In deze cyclus komen stappen als de planning, de uitvoering en de beoordeling van het effect aan bod, die in hoofdstuk 2 van deze richtlijn worden besproken. Om het effect van de behandeling te beoordelen zal ook weer diagnostiek nodig zijn. De twee deelcycli diagnostische cyclus en de therapiecyclus, vormen samen de klinische cyclus. De indicatieanalyse vormt zo 'het structurele scharnierpunt tussen diagnose en interventie' (De Bruijn et al., 2003).

6. Conclusies

Op basis van bovenstaande tekst trekt de werkgroep een aantal conclusies. Deze conclusies zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, theorie en consensus onder experts:

Er is een onderscheid tussen normaal lastig gedrag en ernstige gedragsproblemen. Het hoort bij de ontwikkeling van jeugdigen soms driftig, agressief, druk en lastig zijn. Er is sprake van ernstige gedragsproblemen wanneer de problemen niet passen bij de ontwikkelingsfase van de jeugdige en er sprake is van negatieve gevolgen voor de jeugdige of zijn omgeving.

Er zijn vier subtypen van gedragsproblemen te onderscheiden: dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig gedrag (als gevolg van emotieregulatieproblemen), antisociaal gedrag, druk en impulsief gedrag.

Er kan ook sprake zijn van ernstige gedragsproblemen indien de problemen zich in één setting voordoen (bijvoorbeeld op school).

Als het vermoeden bestaat dat er sprake is van ernstige gedragsproblemen wordt gestart met een screening. Geschikte screeningsinstrumenten zijn de CBCL, TRF, YSR, de SDQ of de SEV. Bij de beoordeling of er sprake is van ernstige gedragsproblemen moet niet alleen het gedrag beoordeeld worden maar ook de nadelige gevolgen van dat gedrag.

Indien bij de screening de score voor externaliserend gedrag boven het 84e percentiel van de CBCL, afkappunt 12 van de SDQ of deciel X van de SEV ligt, de gedragsproblemen gedurende op zijn minst enkele maanden aanwezig zijn én leiden tot negatieve gevolgen voor de jeugdige of zijn omgeving dan is een diagnostisch onderzoek aangewezen.



Diagnostiek kan in verschillende niveaus uitgevoerd worden. Na screening is beperkt diagnostisch onderzoek soms voldoende. Het kan nodig zijn uitgebreider onderzoek te doen naar aanleiding van de resultaten van het beperkte onderzoek. Bij complexe problematiek is het soms nodig meteen uitgebreid onderzoek te doen. Hierbij dient oog te zijn voor andere, tevens voorkomende problemen. Ook wordt verdiepend onderzoek gedaan indien de behandeling onvoldoende aanslaat. Verwijzing voor diagnostiek naar de Jeugd-ggz is aangewezen bij het vermoeden van een psychiatrische stoornis waarvoor hetzij nadere diagnostiek nodig is (bijvoorbeeld autisme spectrum stoornis, depressie) hetzij medicamenteuze behandeling (bijvoorbeeld ADHD).

Het diagnostisch proces richt zich altijd op het systeem van de jeugdige en wordt gestuurd vanuit de diagnostische hulpvraag van de jeugdige en zijn ouders. De meest volledige diagnostiek bestaat uit een scenario met vier typen onderzoek:

Aanmelding → Klachtaanalyse → Probleemanalyse → Verklaringsanalyse → Indicatieanalyse → *Advies*

Diagnostiek bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vraagt extra aandacht. Het is belangrijk het niveau van cognitief functioneren van de jeugdige goed in kaart te brengen. Ook moet bij de afname van instrumenten en de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden met de cognitieve beperking.

7. Overige overwegingen

In aanvulling op de literatuur zijn er vanuit de praktijk een aantal belangrijke overwegingen.

In de jeugdzorg worden behalve jeugdigen met ernstige gedragsproblemen ook jeugdigen met de meest ernstige vorm van gedragsproblemen aangemeld, gediagnosticeerd en behandeld, namelijk diegenen bij wie sprake is van een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een gedragsstoornis. Voor een deel worden deze jeugdigen ook aangemeld, gediagnosticeerd en behandeld in de jeugd-ggz.

Samenwerking tussen jeugdzorg en jeugd-ggz is nodig met het oog op consultatie dan wel doorverwijzing voor verdere behandeling. Voor consultatie van en behandeling door de jeugd-ggz komen jeugdigen in aanmerking met complexe problematiek vanwege mogelijke comorbiditeit met psychiatrische stoornissen, bijvoorbeeld een depressie, of vanwege het vermoeden dat de gedragsproblemen het gevolg zijn van een andere psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een autisme spectrum stoornis of een depressie, of vanwege stoornissen waarbij medicatie aangewezen kan zijn, zoals bij ADHD. Ook bij onvoldoende effect van een intensieve en langdurige behandeling kan consultatie aangewezen zijn.

Cliënten zijn meer tevreden over de aangeboden zorg, en die zorg heeft meer effect naarmate cliënten intensiever bij de besluitvorming worden betrokken. In alle fasen van het diagnostisch proces worden jeugdigen en ouders intensief betrokken: bij het verzamelen van informatie, het bespreken en toelichten van de uitkomsten en de besluitvorming over de in te zetten hulp.

De klankbordgroep geeft aan dat bij screening en diagnostiek bij kinderen van 0 tot 12 jaar vooral de omgeving de informant is. Ouders zijn daarbij belangrijke informanten. Bij kinderen



van 0 tot 6 jaar kan spelinteractieobservatie van ouder en kind daarnaast informatie opleveren. Bij jeugdigen van 6 tot 12 jaar kan de informatie deels verkregen worden door zelfrapportage. Vanaf 12 jaar zal de zelfrapportage van jeugdigen een grotere rol spelen.

Bij jeugdigen vanaf 4 jaar is ook de school een belangrijke informant. Het functioneren van de jeugdige binnen het onderwijs is voor zowel de klachtanalyse als de probleemanalyse van belang (zie ook hoofdstuk 5).

Bij kinderen uit laaggeschoolde of ongeschoolde gezinnen of bij kinderen uit migranten gezinnen kunnen de veranderende eisen uit de omgeving groot zijn bij de overgang van gezin naar school door verandering in taalgebruik en abstractieniveau of verandering van cultuur.

Na de probleemanalyse kan het helpend zijn de problemen van de jeugdigen te classificeren. Voordelen van classificeren is dat de problematiek in brede zin wordt geordend en dat het jeugdigen en ouders erkenning geeft. Daarnaast geeft classificeren eenheid in taal wat bevorderend is voor de communicatie tussen professionals. Classificeren kan door middel van de CAP-J (voor problemen) of de DSM-IV (voor stoornissen).

Hoewel bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen vaak sprake is van comorbiditeit met andere problemen, is de wetenschap nog niet zo ver dat een 'beslisboom' kan worden opgesteld waarin wordt aangegeven welke problemen als eerste aangepakt moeten worden. Wel kan de verklaringsanalyse aanknopingspunten bieden om het gedrag beter te begrijpen zowel voor uitvoerend hulpverleners en beroepsopvoeders als, in de vorm van psycho-educatie, voor ouders. Bij de uitvoering van een interventie gericht op gedragsproblemen is in deze gevallen diagnostiek nodig om te bewaken dat onderliggende problematiek niet verergert.

Bij het gebruik van instrumenten bij migrantengezinnen is het onder meer belangrijk na te gaan of de instructies en items voldoende worden begrepen, zo nodig een vertaling van de instructies en vragenlijsten te gebruiken en scores van het individuele kind indien mogelijk zowel te vergelijken met de eigen groep als met de gehele normeringgroep. Daarnaast is het van belang in de rapportage te vermelden in hoeverre de test bruikbaar is in relatie tot de culturele achtergrond en de taalkennis van de onderzochte.



8. Aanbevelingen

Op basis van de conclusies en de overige overwegingen doet de werkgroep de volgende aanbevelingen:

Neem kennis van de normale variatie in lastig gedrag en informeer ouders hierover. Herhaald probleemgedrag dat niet past bij de ontwikkelingsfase van een jeugdige en negatieve gevolgen heeft voor hemzelf of voor zijn omgeving, is voor degenen die met jeugdigen werken een reden om aan de bel te trekken. Vraag om scholing of voorlichting als de kennis over de normale ontwikkeling en over factoren die gedragsproblemen beïnvloeden onvoldoende is.

Maak voor de eerste screening van ernstige gedragsproblemen gebruik van de CBCL, (C-)TRF, YSR, SDQ of de SEV.

Zet verder diagnostisch onderzoek in gang indien aan drie voorwaarden wordt voldaan: de score van de jeugdige ligt boven het 84ste percentiel van de CBCL, afkappunt 12 van de SDQ, of deciel X van de SEV; de jeugdige of zijn omgeving ervaart aantoonbare belemmeringen in het dagelijks functioneren; de problemen zijn minstens enkele maanden aanwezig.

Analyseer na de eerste screening de klachten (dat wil zeggen: de manier waarop de jeugdige en zijn ouders de problemen beleven), de aard en ernst van de problemen zelf, en de factoren die bijdragen aan het veroorzaken of instandhouden van de problemen. Betrek ouders en jeugdige intensief bij het verzamelen van deze informatie en bespreek de uitkomsten van het diagnostisch onderzoek met hen.

Geef ouders en jeugdige gerichte handelings- en/of behandelingsadviezen, informeer ouders over de keuzemogelijkheden en consequenties van elke keuze en draag zorg voor een gezamenlijke besluitvorming met ouders en jeugdige over de in te zetten hulp.

Breng tijdens niet alleen de problemen in kaart, maar beschrijf ook de sterke kanten en motivatie (beschermende factoren) van de jeugdige en zijn ouders en neem dit mee bij het inschatten van de ernst van de gedragsproblemen en de in te zetten interventies.

Ga bij de diagnostiek van ernstige gedragsproblemen na of mogelijk sprake is van een ander type problematiek dat ten grondslag ligt aan deze problemen, zoals hechtingsproblemen, ADHD, depressie, traumatische ervaringen of een autismespectrumstoornis.

Raadpleeg in overleg met ouders de Jeugd-GGZ voor diagnostiek bij het vermoeden van een stoornis die aan de gedragsproblemen ten grondslag ligt (bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis) of die met ernstige gedragsproblemen samengaat (bijvoorbeeld een depressie), of waarvoor medicamenteuze behandeling aangewezen kan zijn (bijvoorbeeld ADHD).

Breng bij jeugdigen met een vermoeden van een licht verstandelijke beperking (LVB) het niveau



van cognitief functioneren goed in kaart. Houd bij de afname van screenings- en diagnostische instrumenten en bij de interpretatie van de resultaten rekening met de cognitieve beperking.

Als ondanks intensieve behandeling onvoldoende effect bereikt wordt, herhaal dan de diagnostiek, breid de diagnostiek uit of raadpleeg de GGZ.

