Richtlijn / onderbouwing

Ernstige gedragsproblemen

Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming

© NVO, BPSW en NIP

© 2018 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
De Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) zijn de opstellers van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de informatie voor ouders. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicaties alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van de betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van de BPSW, het NIP en de NVO. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Zie voor meer informatie de website *www.richtlijnenjeugdhulp.nl*.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: '*Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*'.

De eerste versie van deze richtlijn verscheen in 2013. Deze is in 2018 volledig herzien.

Auteurs
Auteurs
Marjan de Lange
Walter Matthys
Daniëlle de Veld
Nienke Foolen
Anne Addink
Ankie Menting
Inge Bastiaanssen

Herzieningswerkgroep
Inge Bastiaanssen
Jolanda Westera
Inge Simons
Kristel Beekman
Lisa Hengeveld
Jolanda Douma
Marjan de Lange
Walter Matthys
Daniëlle de Veld
Willeke Daamen
Joanne van den Eijnden
Anneke van As

Ontwikkelwerkgroep
Wim Slot
Leoniek Kroneman
Margriet Heeroma
Jurja Steenmeijer
Cathelijne Buschgens
Walter Matthys
Marjolein Oudhof
Kris Vermeij
Marjan de Lange
Joanne van den Eijnden
Anneke van As

Nederlands Jeugdinstituut
Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Telefoon 030 - 230 63 44
Website *www.nji.nl*

Inhoudsopgave

Voorwoord **7**
Inleiding **9**
Doel van de richtlijn 9
Leeswijzer 9

Hoofdstuk 1 Ernstige gedragsproblemen: definitie, risicofactoren en diagnostiek **13**
1.1 Definitie van ernstige gedragsproblemen 14
1.1.1 Welke verschillende typen storend gedrag komen voor bij ernstige gedragsproblemen? 14
1.1.2 Welke andere soorten probleemgedrag en problemen zijn ook van belang? 15
1.1.3 Wanneer spreken we van ernstige gedragsproblemen? 17
1.1.4 Wanneer spreken we van een psychiatrische aandoening of stoornis? 18
1.1.5 Veranderen ernstige gedragsproblemen in de loop van de tijd? 18
1.1.6 Wat zijn de risico's voor de toekomst? 18
1.2 Hoe ontstaan ernstige gedragsproblemen, hoe worden ze in stand gehouden? 20
1.3 Beschermende factoren 22
1.4 Samenwerken met ouders en omgeving (school/netwerk) 23
1.4.1 Samen beslissen over passende hulp 23
1.4.2 De functie van psycho-educatie in de samenwerking met ouders en omgeving 25
1.4.3 De hulp omvat drie vormen 26
1.5 Diagnostische stappen bij gedragsproblemen 27
1.5.1 Onderkennende diagnostiek: de eerste stap 27
1.5.2 Nagaan van andere problemen: de tweede stap 29
1.5.3 Verklarende diagnostiek: de derde stap 35
1.5.3.1 Factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van twee tot en met zeven jaar 36
1.5.3.2 Factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van acht tot twaalf jaar 38
1.5.3.3 Factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van twaalf tot 18+ jaar 42
1.6 Onderzoeksmiddelen 46
1.7 Conclusies 48
1.8 Overige overwegingen 50
1.9 Aanbevelingen 51

Hoofdstuk 2 Interventies **53**
2.1 Inleiding 54
2.2 Motivatie 56
2.2.1 Motivatie bij interventies voor ernstige gedragsproblemen 57
2.3 Ambulante interventies voor jeugdigen onder de twaalf jaar 59
2.3.1 Ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden 60
2.3.1.1 Algemene effecten ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden 61
2.3.1.2 Factoren die de effectiviteit beïnvloeden 63
2.3.2 Cognitieve gedragstherapie onder de twaalf jaar 71
2.3.2.1 Inhoud 72

2.3.2.2 Effecten 72
2.4 Ambulante interventies bij jeugdigen vanaf twaalf jaar 74
2.4.1 Bredere interventies in het gezin 75
2.4.1.1 Algemene effecten bredere interventies in het gezin 75
2.4.1.2 Gezinstherapie 76
2.4.1.3 Multisysteem interventies 77
2.4.2 Cognitieve gedragstherapie 79
2.4.2.1 Algemene effecten cognitieve gedragstherapie 79
2.4.2.2 Factoren die de effectiviteit beïnvloeden 80
2.5 Residentiële interventies 83
2.6 Verstandelijke beperking 86
2.7 Wat werkt niet? 86
2.8 Conclusies 86
2.9 Overige overwegingen 88
2.10 Aanbevelingen 92

Hoofdstuk 3 Opvoedingstechnieken van beroepsopvoeders 95
3.1 Inleiding 96
3.2 Voorwaarden om opvoedingstechnieken effectief in te kunnen zetten 97
3.3 Gedragsbeïnvloeding volgens de operante leertheorie 101
3.4 Van operante leerprincipes naar opvoedingstechnieken 102
3.4.1 Voorspelbaarheid van de omgeving, dagelijkse routine en regels 103
3.4.2 Positief herformuleren 104
3.4.3 Effectief opdrachten geven, instrueren, voordoen en oefenen 104
3.4.4 Inseinen 105
3.4.5 Problemen oplossen 105
3.5 Conclusies 113
3.6 Overige overwegingen 115
3.7 Aanbevelingen 122

Hoofdstuk 4 Toepassing van cognitief gedragstherapeutische principes door jeugdprofessionals 125
4.1 Inleiding 126
4.2 Cognitieve gedragstherapie bij gedragsproblemen in theorie en praktijk 127
4.2.1 De invloed van cognities 127
4.2.2 De relatie tussen cognities, emoties en gedrag 130
4.3 Basismodel cognitieve gedragstherapie 131
4.4 Veelgebruikte technieken 131
4.4.1 Cognitieve herstructurering 132
4.4.2 Zelfinstructietraining en hardop-denken methode 132
4.4.3 Probleemoplossend denken 132
4.4.4 Zelfmanagement ('de baas zijn over jezelf') 133
4.4.5 Omgaan met boosheid: de woedethermometer 133
4.4.6 Psycho-educatie 134
4.4.7 Gedragsexperimenten 134
4.4.8 Indicatie- en contra-indicatiecriteria 134

4.5 Toepassen van cognitief gedragstherapeutische principes door beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals in de praktijk 135
4.5.1 Vergroten van cognitieve vaardigheden: waarnemen en gevolgtrekkingen maken 135
4.5.2 Indirect beïnvloeden van storende gedachten (evaluaties en kernovertuigingen) 137
4.5.2 Indirect bevorderen van helpende gedachten (realistische evaluaties en kernovertuigingen) 139
4.6 Conclusies 140
4.7 Overige overwegingen 141
4.8 Aanbevelingen 144

Hoofdstuk 5 Jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in het onderwijs 145
5.1. Inleiding 146
5.2 Gedragsproblemen en schoolverzuim en schooluitval 147
5.2.1 Relatie gedragsproblemen schoolverzuim en uitval 147
5.2.2 Consequenties van schoolverzuim en schooluitval op korte en lange termijn 149
5.3 Bevorderen dat jeugdigen met gedragsproblemen naar school (blijven) gaan 150
5.3.1.Zorg en hulpverlening in en om de school 150
5.3.1.1 Zorgstructuur in en om de school 151
5.3.1.2 Interventies op school en in de klas 154
5.3.2 Partnerschap met ouders en zorg voor ouders en gezin 158
5.3.3 Zorg en hulpverlening aan jeugdigen 159
5.3.3.1 (Preventieve) interventies gericht op jeugdigen 160
5.3.3.2 Justitiële interventies 160
5.4 Overige overwegingen 162
5.5 Aanbevelingen 167

Hoofdstuk 6 Verantwoording 169
6.1 Uitgangsvragen 170
6.2 Bijstelling en herziening van de richtlijn 171
6.3 Werkgroepen en klankbordgroepen 172

Literatuurlijst 175

Bijlage Kennislacunes, ontwikkellacunes en signalen 196

Voorwoord

Wie iets heel moois ziet, wordt soms overvallen door een lichte treurnis: 'wat zonde dat ik dit niet veel eerder ben tegengekomen'. Mij bekroop dit gevoel toen ik in 2013 de definitieve versie van deze richtlijn onder ogen kreeg. Wat jammer dat ik als student en later als beginnende jongerentherapeut deze kennis heb moeten missen! En hoe baanbrekend zou het zijn geweest als wetenschappers en praktijkwerkers in die tijd in gezamenlijk overleg zulke toegankelijke teksten hadden kunnen schrijven.

De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is geschreven in een taal die de diverse jargons overstijgt. Met erkenning van ieders vak-specialisme en verantwoordelijkheid worden handreikingen geboden aan degenen die met deze problematiek te maken hebben. Dat zijn niet alleen hulpverleners en leerkrachten, maar ook beleidsmedewerkers, en niet in de laatste plaats ouders. Dankzij de leesbaarheid en helderheid van de richtlijn was het maken van de 'info voor ouders' eigenlijk niet meer zo'n grote stap. De richtlijnontwikkelaar heeft hiermee een geweldige prestatie geleverd. Dat ging niet vanzelf. De discussies in de werkgroep konden behoorlijk oplopen, maar uiteindelijk was iedereen er toch op gericht om tot een gemeenschappelijk standpunt te komen en desnoods maar af te zien van stokpaardjes.

Sinds de uitgave van de eerste versie van de richtlijn is gebleken dat de richtlijn goed aansluit op de praktijk. De afgelopen jaren is er veel ervaring mee opgedaan. Dat is op zich al voldoende reden voor de beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW om tot een update te komen, waarin de ervaringen uit de praktijk en nieuwe inzichten zijn verwerkt. Daar komt bij dat het veld sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 volop in verandering is. Ook al is deze transformatie nog niet voltooid, is men het erover eens dat hulp in de buurt en specialismen die wat meer op afstand georganiseerd zijn, dichter tot elkaar moeten komen. Dat roept de vraag op welke problemen men het beste in de buurt en de school kan aanpakken, en wanneer er meer specialistische kennis nodig is. Deze richtlijn kan daarbij helpen. Zij gaat uit van een getrapte aanpak die allereerst ingaat op de vraag wat 'normaal' probleemgedrag is en welke opvoedingsprincipes daarbij van belang zijn. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op problemen waarvoor gespecialiseerde therapeutische interventies nodig zijn en ten slotte komen probleemgedragingen en interventies in en om de school aan bod. Wat overigens niet wil zeggen dat hulp steevast via een trapsgewijze aanpak zou moeten plaatsvinden. Soms is de problematiek zo ernstig of complex dat er direct opgeschaald moet worden. Maar ook voor die situaties biedt de richtlijn handreikingen.

Inleiding

De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* biedt handvatten voor de diagnostiek en behandeling van ernstige gedragsproblemen van jeugdigen van drie tot achttien jaar, binnen de context van het gezin en de school. Het betreft ernstig dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar, boos of woedend gedrag, anderen ergeren, agressief gedrag en/of antisociaal gedrag. Een uniforme richtlijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige gedragsproblemen is om meerdere redenen van belang. Als een jeugdige ernstige gedragsproblemen heeft, dan heeft dit een negatieve invloed op zijn[1] kwaliteit van leven. Het verstoort zijn relatie met ouders, broers en zussen, het verstoort zijn functioneren op school en zijn opleidingsmogelijkheden, en het bemoeilijkt het aangaan van contacten met adequaat functionerende leeftijdgenoten. De gedragsproblemen van de jeugdige leiden vaak tot handelingsverlegenheid bij ouders, beroepsopvoeders (professionals betrokken bij de opvoeding van jeugdigen) en hulpverleners. Het is lastig om consequent de juiste opvoedingsvaardigheden toe te passen. Wanneer jeugdigen met ernstige gedragsproblemen delinquent gedrag vertonen, is ook de schade voor slachtoffers, hun omgeving en de samenleving aanzienlijk. Vanwege de ernstige gevolgen van de problematiek – voor de jeugdige zelf, diens omgeving en de maatschappij – is het van groot belang tijdig in te grijpen. Zo kan worden voorkomen dat gedragsproblemen zich verder ontwikkelen tot gedragsstoornissen.

Doel van de richtlijn

De richtlijn helpt professionals in de jeugdhulp effectief invulling te geven aan de diagnostiek en behandeling van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Ook is het de bedoeling dat de richtlijn deze professionals helpt om ouders en beroepsopvoeders in de opvoedingscontext (gezin en school) te ondersteunen bij de opvoeding en begeleiding van deze jeugdigen. Het volgen van de richtlijn betekent niet altijd dat de gedragsproblemen volledig verdwijnen. De aanbevelingen die in de richtlijn worden gedaan leiden er wel toe dat de gedragsproblemen verminderen en beter hanteerbaar worden. Voor de jeugdigen zelf én voor hun opvoeders.

Leeswijzer

De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Het onderhavige document bevat de onderbouwing van de richtlijn waarin gedetailleerd en gedocumenteerd wordt onderbouwd hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Het is vanwege zijn omvang minder bruikbaar voor de dagelijkse praktijk. De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is in een apart document weergegeven zonder uitgebreide onderbouwing (De Lange et al., 2018). Daarnaast is de richtlijn samengevat in werkkaarten. De richtlijn en werkkaarten ondersteunen jeugdprofessionals om de richtlijn toe te passen in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Over deze richtlijn is informatie voor ouders apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie *www.richtlijnenjeugdhulp.nl*.

In deze Onderbouwing bij de R*ichtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* wordt antwoord gegeven op vijf vragen in vijf hoofdstukken.

1 In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

Het eerste hoofdstuk betreft de vraag wanneer je van ernstige gedragsproblemen spreekt en hoe je zulke gedragsproblemen vaststelt. Er wordt ingegaan op het verschil tussen normaal storend gedrag en ernstige gedragsproblemen, en op het ontstaan van gedragsproblemen. Ook bespreken we verschillende stappen voor het vaststellen van de aard en de ernst van de gedragsproblemen en voor het nagaan van mogelijke andere problemen die van invloed zijn op gedragsproblemen en op het effect van de behandeling. Jeugdigen vormen een diverse groep met eigen kenmerken en behoeften. Daarom wordt tot slot voor de verschillende leeftijdsgroepen besproken welke factoren er toe bijdragen dat ernstige gedragsproblemen in stand worden gehouden. Deze vormen de aanknopingspunten voor de behandeling. Dit hoofdstuk is van belang voor jeugdprofessionals, maar ook voor medewerkers die in hun dagelijks werk te maken hebben met kinderen en jongeren (bijvoorbeeld in de kinderopvang, de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs). Zij zijn vaak de eersten die opmerken dat er iets met een jeugdige aan de hand is.

Het tweede hoofdstuk gaat in op de vraag welke interventies het beste ingezet kunnen worden als ernstige gedragsproblemen zijn geconstateerd. Daarbij maken we onderscheid tussen interventies voor kinderen onder de twaalf en jongeren vanaf twaalf jaar. Verder behandelen we interventies in ambulante en in residentiële settings. De informatie in dit hoofdstuk is met name relevant voor jeugdprofessionals en gedragswetenschappers die een rol spelen in de besluitvorming rond de indicatiestelling. Ook gedragswetenschappers die als behandelcoördinator behandeltrajecten van jeugdigen en hun gezin coördineren kunnen er hun voordeel mee doen. Ten slotte kan deze informatie nuttig zijn voor jeugdhulporganisaties die een keuze moeten maken voor de zorg die zij willen aanbieden.

Een deel van de jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in Nederland woont niet in de eigen gezinssituatie, maar verblijft voor kortere of langere tijd in een gezinshuis of een residentiële behandelgroep. Dit betekent dat de opvoeding (tijdelijk) wordt overgenomen door beroepsopvoeders. Voor deze beroepsopvoeders is het van belang te weten hoe de opvoeding die zij bieden kan bijdragen aan het verminderen van ernstige gedragsproblemen. In hoofdstuk 3 gaan we allereerst in op het belang van een positief pedagogisch groepsklimaat als voorwaarde om tot leren te komen. Vervolgens bespreken we verschillende specifieke opvoedingstechnieken uit de gedragstherapie om gedragsproblemen te verminderen. Dit hoofdstuk is daarmee vooral relevant voor jeugdprofessionals in gezinshuizen, dagbehandeling en residentiële jeugdhulp, en voor de gedragswetenschappers en leidinggevenden die deze jeugdprofessionals inhoudelijk aansturen.

Cognitieve gedragstherapie blijkt gedragsproblemen bij jeugdigen vanaf acht jaar te kunnen verminderen. Deze therapie wordt gegeven door gedragswetenschappers die hiertoe een specialistische opleiding hebben gevolgd. In hoofdstuk 4 bespreken we welke cognitieve technieken of middelen jeugdprofessionals in aanvulling hierop kunnen inzetten om de cognitieve vaardigheden van jeugdigen te vergroten. Deze technieken hanteert de jeugdprofessional alleen in aanvulling op de opvoedingstechnieken besproken in hoofdstuk 3, en altijd in samenwerking met een gedragswetenschapper. Hoofdstuk 4 is daarmee relevant voor zowel ambulant als residentieel werkende jeugdprofessionals, en voor de gedragswetenschappers en leidinggevenden die hen inhoudelijk aansturen.

Een belangrijk risico voor veel jeugdigen met ernstige gedragsproblemen is dat zij dankzij deze problemen hun schoolloopbaan zonder diploma of startkwalificatie beëindigen. In hoofdstuk 5 bespreken we wat de jeugdprofessional in samenwerking met ouders en school kan doen om voortijdige schooluitval te voorkomen. Daarbij gaan we in op verschillende vormen van ondersteuning. Dit hoofdstuk is niet alleen relevant voor jeugdprofessionals, maar ook voor gedragswetenschappers en leidinggevenden die hen inhoudelijk aansturen.

Hoofdstuk 1

Ernstige gedragsproblemen: definitie, risicofactoren en diagnostiek

De uitgangsvraag van dit hoofdstuk is:
Welk type interventie is het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in welke behandelsetting het meest geëigend? Welke interventies kunnen een negatief effect hebben op gedrag?

1.1 Definitie van ernstige gedragsproblemen

1.1.1 Welke verschillende typen storend gedrag komen voor bij ernstige gedragsproblemen?

De meeste kinderen en jongeren geven wel eens een grote mond, worden boos als ze hun zin niet krijgen of geven een andere kind wel eens een tik. Dit gedrag is storend (Engelse term: disruptive) maar hoort bij kinderen en jongeren, zeker in sommige ontwikkelingsfasen. Zo komt slaan, schoppen en bijten bij tweejarigen vaak voor en neemt vanaf de leeftijd van drie jaar af (Tremblay, 2000). Dat geldt ook voor slecht luisteren (Campbell, 2002); het gezegde 'ik ben twee en ik zeg nee' verwijst hiernaar. Met de leeftijd neemt storend gedrag af, maar ook bij zich gunstig ontwikkelende kinderen komt het regelmatig voor: bij kinderen in de leeftijd van twee tot vier jaar iedere anderhalve minuut, bij kinderen van vijf à zes jaar iedere tweeëneenhalve minuut en dit loopt geleidelijk af naar eens in de tien minuten bij de leeftijd van veertien jaar (Patterson, 1982). Het is pas zorgwekkend als storend gedrag, op gelijk welke leeftijd, duidelijk nadelige gevolgen heeft, voor het kind of de jongere zelf en voor zijn of haar omgeving. Met andere woorden er is reden tot zorg wanneer storend gedrag de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling van het kind of de jongere belemmert.

Er zijn verschillende typen storend gedrag: dwars en opstandig gedrag, prikkelbaar en driftig gedrag, anderen ergeren, antisociaal gedrag en agressief gedrag (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017). Wanneer één of meerdere van deze typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien nadelige gevolgen voor het kind, de jongere of de omgeving, dan spreken we van ernstige gedragsproblemen.

dwars en opstandig gedrag voorbeelden: ▶ zich verzetten tegen volwassenen of weigeren te voldoen aan regels of verzoeken ▶ ruziemaken met volwassenen	**prikkelbaar, boos of woedend** voorbeelden: ▶ lichtgeraakt of snel geërgerd ▶ boos en ontevreden zijn ▶ driftig zijn
anderen ergeren voorbeelden: ▶ anderen met opzet ergeren ▶ anderen de schuld geven van eigen fouten	**antisociaal gedrag** voorbeelden: ▶ liegen, stelen ▶ spijbelen
agressief gedrag voorbeelden: ▶ pesten, bedreigen ▶ vechten ▶ iemand tot een seksuele handeling dwingen	

Bij *dwars en opstandig gedrag* verzetten kinderen en jongeren zich tegen de leiding van volwassenen. Een passieve vorm van opstandig gedrag is als zij een opdracht krijgen, maar doen alsof ze de opdracht niet horen. Ze kunnen zich ook actief verzetten door hardop te weigeren de opdracht uit te voeren.

Kinderen en jongeren kunnen *prikkelbaar, boos of woedend* worden als ze hun zin niet krijgen of als iets niet lukt. Jonge kinderen kunnen ook nog slaan of schoppen; dan spreken we van een driftbui. Driftbuien kunnen enkele minuten duren, maar ook wel een half uur.

Kinderen en jongeren kunnen ook *anderen ergeren,* zoals tijdens tv kijken de afstandsbediening afpakken en van zender wisselen. Wat anderen ook ergert is de eigen zin doordrijven bij het kiezen van een spel of activiteit en een ander de schuld geven terwijl ze zelf de fout hebben gemaakt.

Een uitgesproken vorm van storend gedrag is *agressief gedrag*. Duwen, slaan, knijpen, schoppen en vechten zijn voorbeelden van lichamelijk agressief gedrag. Voorbeelden van verbaal agressief gedrag zijn uitschelden, kwetsen, vernederen en bedreigen. Relationele agressie is bijvoorbeeld roddelen of een ander kind onder druk zetten door te dreigen de vriendschap te verbreken. Pesten is een vorm van agressief gedrag gericht tegen een betrekkelijk machteloos kind. Bij pesten kan lichamelijk, verbaal of relationeel agressief gedrag ingezet worden. Iemand tot een seksuele handeling (bij de ander of zichzelf) dwingen is een vorm van agressief gedrag. Dit dwingen kan ook in de vorm van overhalen, beïnvloeden, manipuleren en chanteren.

Liegen, stelen en spijbelen zijn voorbeelden van *antisociaal gedrag*. Hierbij worden normen, rechten en regels overtreden. Een kind of jongere die liegt overtreedt de norm de waarheid te spreken. Bij stelen overtreedt het kind of de jongere het recht van de andere persoon op eigen bezit. Bij spijbelen overtreedt het kind of de jongere een regel. Andere voorbeelden van antisociaal gedrag zijn brandstichten en inbreken.

Bij sommige kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen komen ook *kenmerken voor van ongevoeligheid en emotieloosheid* (Frick & Wall Meyers, 2018). Ze lijken weinig bezorgd over de gevoelens van anderen. Ze lijken gevoelloos en vertonen weinig empathie. Ze drukken zich ook weinig gevoelsmatig uit en tonen hun gevoelens alleen in oppervlakkige zin. Als ze iets fout hebben gedaan, laten ze weinig spijt of schuldgevoel zien. Ook trekken ze zich niet zoveel aan van de nadelige gevolgen van hun gedrag voor anderen. Ze voelen geen spijt nadat ze iemand gekwetst hebben. Vaak trekken ze zich niet zoveel aan hoe ze het op school doen. Over zwakke resultaten maken ze zich niet bezorgd.

1.1.2 Welke andere soorten probleemgedrag en problemen zijn ook van belang?

Bij kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen kan ook ander probleemgedrag of kunnen ook andere problemen tegelijk voorkomen. Soms is dit andere probleemgedrag zo overheersend dat de hulpverlening zich in eerste instantie op dit andere probleemgedrag moet richten. Wanneer ander probleemgedrag voorkomt wordt ook wel de term geassocieerde problemen genoemd. Wanneer dit probleemgedrag dusdanig uitgesproken is dat na onderzoek een stoornis kan worden vastgesteld, spreken we van comorbiditeit.

Impulsief gedrag is dat kinderen of jongeren moeite hebben om dat wat bij hen opkomt, de impuls, te onderdrukken (Matthys, 2016; Matthys & Lochman, 2017). Ze vallen een ander in de rede of hebben moeite om op hun beurt te wachten. Ook agressief gedrag kan impulsief zijn, zoals bij reactieve agressie. Agressief gedrag is dan een impulsieve reactie op een voorval. Proactief agressief is daarentegen beheerst, gecontroleerd en koel. Hierbij wordt agressief gedrag ingezet in om een doel te bereiken.

Kinderen en jongeren met gedragsproblemen kunnen ook *druk of hyperactief* zijn (Matthys, 2016; Matthys & Lochman, 2017). Ze rennen rond in de woonkamer of in de klas. Of ze staan op van hun stoel in de klas of tijdens het eten.

Sommige kinderen en jongeren met gedragsproblemen hebben ook *aandachtsproblemen* (Matthys, 2016; Matthys & Lochman, 2017). Ze hebben moeite om de aandacht goed te richten. Niet doen wat gevraagd wordt kan dus ook het gevolg zijn van moeite om de aandacht op de volwassene te richten. Kinderen en jongeren kunnen ook moeite hebben om de aandacht langere tijd gericht te houden; dit laatste noemen we de volgehouden aandacht. Zij hebben dan moeite met het uitvoeren van een lange opdracht.

Sommige kinderen en jongeren met gedragsproblemen *voelen zich onzeker, angstig en somber* (Matthys & Lochman, 2017). Dat kan komen omdat ze merken dat volwassenen zich aan hen ergeren of omdat ze vaak kritiek of straf krijgen vanwege hun gedrag. Of ze zien dat leeftijdgenoten hen vermijden. Dat maakt hen onzeker, angstig of somber. Ook traumatisering kan leiden tot angsten en een sombere of depressieve stemming. Traumatisering in de vorm van wrede straffen kan uitgelokt worden door storend gedrag, maar er ook los van staan (geweld in het gezin). Traumatisering kan ook het gevolg zijn van risicovol gedrag.

Storend gedrag komt vaak voor bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid. Nederlands onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat 21 procent van de jeugdigen die op het MLK-onderwijs zaten (met een IQ-score tussen ongeveer 60-80) versus 5,2 procent van normaalbegaafde jeugdigen op het reguliere onderwijs agressie liet zien (Dekker, Douma, De Ruiter, & Koot, 2006).

De *leerprestaties* van sommige kinderen en jongeren met gedragsproblemen zijn minder dan gemiddeld (Frick et al., 1991; Hinshaw, 1992; Matthys, 2011). Soms komt dit omdat hun dwars gedrag ertoe leidt zij minder actief met hun schoolwerk bezig zijn. Met andere woorden hun werkhouding schiet tekort. Bovendien kan de motivatie om zich in te zetten gering zijn, vooral bij kinderen met kenmerken van ongevoeligheid en emotieloosheid. Zwakke leerprestaties kunnen ook samenhangen met een iets lagere dan gemiddelde intelligentie of met een licht verstandelijke beperking. Ook kunnen zwakke leerprestaties samenhangen met specifieke problemen met lezen, rekenen of taal. En als afleidbaarheid en moeite met volgehouden aandacht tevens voorkomen belemmeren ook zij de leervorderingen.

Gedragsproblemen kunnen voorkomen bij kinderen en jongeren met een *autismespectrumstoornis* (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Powell, 2018).

Als volwassenen hen vragen iets anders te doen dan waarvoor ze belangstelling hebben kunnen ze dwars, boos en agressief gedrag vertonen. Of ze worden boos en er ontstaan ruzies omdat ze niet begrijpen wat andere kinderen en jongeren bedoelen. Maar bij kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis komen ook heel andere problemen voor dan bij kinderen met gedragsproblemen

1.1.3 Wanneer spreken we van ernstige gedragsproblemen?

De verschillende typen storend gedrag kunnen verschillen in ernst (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Powell, 2018). De volgende invalshoeken zijn hierbij van belang.

- Hoe *langer* het gedrag voorkomt, hoe ernstiger het is.
- Hoe *vaker* het gedrag voorkomt, hoe ernstiger het is.
- Als het gedrag in *meerdere situaties* voorkomt (zoals thuis, op school, op de sportclub), is het ernstiger.
- Het is ernstiger als een kind *veel verschillende typen storend gedrag* laat zien.
- Het is ook ernstiger als behalve storend gedrag ook anders soorten gedrag (zoals impulsiviteit) of andere problemen (zoals een depressieve stemming) voorkomen.
- Ten slotte, *hoe meer nadelige gevolgen* er zijn en hoe deze worden ervaren door de jeugdige, zijn gezin en bredere omgeving, hoe ernstiger.

Deze laatste invalshoek is de belangrijkste. Kunnen de ouders het opstandige gedrag en de driftbuien van het kind nog aan? Komen andere kinderen nog wel spelen? Heeft de leerkracht er nog wel vertrouwen in dat het op school zal lukken, gezien de ruzies met leeftijdgenoten in de pauze op het schoolplein? Hebben de ouders het gevoel nog invloed te hebben op de jongere? Weten ouders nog wat de jongere buitenshuis doet, wie zijn vrienden zijn en welke risico's hij loopt?

Het is belangrijk dat de jeugdprofessional die met ouders en/of jeugdige het gedrag in kaart brengt op de hoogte is van de ontwikkelings- en opvoedingsopgaven in de kindertijd en de adolescentiefase, en de belangrijke aandachtspunten in het beoordelen van de aard en ernst van gedragsproblemen kent. Om volledig inzicht te krijgen in de situatie van het kind en wat het kind nodig heeft, verdient het aanbeveling om indien nodig multidisciplinair samen te werken.

We spreken pas van *ernstige gedragsproblemen* wanneer één of meerdere typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien duidelijke nadelige gevolgen voor het kind, de jongere of de omgeving.

Maar ook binnen de ernstige gedragsproblemen zijn er nog grote verschillen in ernst. De mate van ernst is een dimensie, van minder tot meer. De ernst kan beoordeeld worden op de schaal van een vragenlijst. Als ouders, leraren of de jeugdige een vragenlijst invullen, dan kan de score op die lijst vergeleken worden met een de gemiddelde score van jeugdigen op deze vragenlijst (normscore). Het gebied van ernstige problemen definiëren we als het gebied vanaf de 84e percentiel, dat wil zeggen dat 84 procent van de jongens en meisjes in dezelfde leeftijdscategorie lager scoort op bijvoorbeeld gedragsproblemen. Hierbij maken we nog een onderscheid tussen *matig ernstige problemen* ('matige problemen' genoemd door Veerman,

zie Van Yperen & Veerman, 2008) dat ligt tussen het 84e en 89e percentiel en *duidelijk ernstige problemen* dat begint vanaf de 90e percentiel. De meeste kinderen en jongeren die aan de criteria van een diagnose voldoen (zie hieronder) hebben een score vanaf het 95e percentiel.

1.1.4 Wanneer spreken we van een psychiatrische aandoening of stoornis?

Bij kinderen en jongeren met duidelijk ernstige gedragsproblemen kan na onderzoek blijken dat er sprake is van een psychiatrische aandoening of stoornis, zoals de oppositioneel opstandige stoornis of de normoverschrijdende gedragsstoornis (Burke, Derella, & Johnston, 2018; Frick & Wall Meyers, 2018; Matthys, 2015, 2016; Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Van West, 2014). De kenmerken of criteria van een stoornis zijn heel precies omschreven. Er komen meerdere typen storend gedrag voor, deze komen minstens zes maanden voor bij de oppositioneel opstandige stoornis en één jaar bij de normoverschrijdende gedragsstoornis. Kenmerkend voor de oppositioneel opstandige stoornis zijn dwars en opstandig gedrag, anderen ergeren, en boos, prikkelbaar en driftig gedrag. Kenmerkend voor de normoverschrijdende gedragsstoornis zijn agressief en antisociaal gedrag.

Bij kinderen en jongeren met één van beide stoornissen kan ook een andere stoornis tegelijk voorkomen. De meest vaak voorkomende comorbide stoornis is de Aandachtsdeficientie-/hyperactiviteitsstoornis (AHDH); voorheen genoemd Aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis) (Matthys, 2016). Andere comorbide stoornissen zijn: middelengerelateerde en verslavingsstoornissen, stemmingsstoornissen (waaronder de persisterende depressieve stoornis of dysthymie), angststoornissen (waaronder de separatiestoornis, sociale angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis) en hechtingsstoornissen. Ook Licht Verstandelijke Beperking, specifieke leerstoornis en taalstoornis kunnen tegelijk voorkomen (Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Van West, 2014).

1.1.5 Veranderen ernstige gedragsproblemen in de loop van de tijd?

Het is belangrijk om te weten dat *gemiddeld* genomen zowel storend gedrag als ernstige gedragsproblemen met de tijd minder worden (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017). Maar dit is niet voor alle kinderen en jongeren zo. Bij sommigen blijft het gedrag aanwezig en bij sommigen neemt het zelfs toe. Er is wel veel bekend over de factoren die een invloed hebben op het in stand houden of verergeren van storend gedrag (zie verder paragraaf 1.2 en 1.5.3), maar dit betekent nog niet dat bij een individueel kind of jongere een voorspelling kan worden gemaakt over het beloop van het storende gedrag in de tijd.

1.1.6 Wat zijn de risico's voor de toekomst?

Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen hebben meer kans op allerlei problemen in de toekomst dan kinderen en jongeren zonder deze problemen.

School, opleiding en werk

Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen worden soms enkele dagen geschorst van school, bijvoorbeeld vanwege een agressief incident. Of ze worden van school verwijderd. Opnieuw naar school gaan is dan moeilijk. Ook bestaat het risico dat de motivatie voor het schoolse leren afneemt en dat ze onderwijs krijgen op een lager niveau dan wat ze zouden

aankunnen. Sommigen maken hun opleiding niet af en krijgen werk onder hun niveau. Of ze worden werkloos en krijgen een uitkering (Matthys & Van West, 2014; Maughan & Rutter, 2001).

Op sociaal gebied
Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen worden soms niet meer geaccepteerd door leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018). Hierdoor worden ze eenzaam. Of ze sluiten zich aan bij een groep jongeren die strafbare feiten plegen. In die groep leren zij de verkeerde dingen; dit wordt 'deviancy training' genoemd (Utrzan, Piehler, & Dishion, 2018). Zo lopen ze een risico in de criminaliteit terecht te komen, drugs te gebruiken (Maughan & Rutter, 2001) of anderszins risicovol gedrag te vertonen, ook op het gebied van de seksualiteit; traumatisering kan hiermee gepaard gaan (Lindauer, 2014).

Op het gebied van het sociale denken
Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen krijgen vaak negatieve reacties van hun ouders, leraren, broers, zussen en leeftijdgenoten. Hierdoor denken ze dat anderen altijd tegen hen zijn. Zij ontwikkelen een vijandig wereldbeeld (Orobio de Castro & Van Dijk, 2018). Door veel negatieve reacties, denken kinderen vaak negatief over zichzelf. Het kind vindt zichzelf slecht of minder waard. Sommigen doen alsof ze zelfverzekerd zijn om zichzelf te beschermen; dit wordt ook wel narcistische zelfverdediging genoemd. Dan lijken ze sterk, machtig en onkwetsbaar. Daardoor is het moeilijk om echt een goed contact met hen te krijgen.

De ontwikkeling van verschillende psychiatrische aandoeningen
Sommige kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen, en vooral die met een oppositioneel opstandige stoornis, krijgen later angstproblemen of worden depressief. Soms zijn deze problemen zo ernstig dat bij hen een angststoornis of stemmingsstoornis kan worden vastgesteld. Dat gebeurt het meest bij die kinderen en jongeren die vaak boos, prikkelbaar en driftig zijn (Burke, Derella, & Johnston, 2018). Bij andere kinderen en jongeren met een oppositioneel opstandige stoornis ontwikkelt zich een normoverschrijdende gedragsstoornis. Dat gebeurt het meest bij die kinderen die anderen met opzet ergeren, ruziemaken met volwassenen en zich brutaal verzetten tegen volwassenen (Burke, Derella, & Johnston, 2018). Bij kinderen en jongeren met een oppositioneel opstandige stoornis of een normoverschrijdende gedragsstoornis kan zich later een persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen waaronder een borderline persoonlijkheidsstoornis (Sellbom, Bach, & Huxley, 2018).

Als de normoverschrijdende gedragsstoornis blijft voorkomen of ernstiger wordt, dan heeft het kind en de jongere als volwassene meer kans op andere psychiatrische aandoeningen, zoals een depressie, verslaving of een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Frick & Wall Meyers, 2018).

1.2 Hoe ontstaan ernstige gedragsproblemen, hoe worden ze in stand gehouden?

Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen factoren die een risico vormen voor het *ontstaan* en factoren die een risico vormen voor het *in stand houden*, verergeren of afnemen van ernstige gedragsproblemen (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017). Soms zijn dit dezelfde factoren, soms zijn ze verschillend. Voor de preventie van ernstige gedragsproblemen is de eerste groep van belang, voor de behandeling vooral de tweede groep; immers de behandeling richt zich op in stand houdende factoren, meer bepaald op die welke voor verandering vatbaar zijn (Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Powell, 2018). Toch is het ook voor de juiste basishouding naar de ouders, kinderen en jongeren nuttig om te weten hoe ernstige gedragsproblemen in het algemeen ontstaan. In de maatschappij leeft immers nog steeds het onjuiste vooroordeel dat storend gedrag het gevolg is van een verkeerde opvoeding.

Ernstige gedragsproblemen ontstaan meestal als gevolg van risicokenmerken van zowel het kind als de omgeving (Matthys, 2011, 2015; Matthys & Lochman, 2017). Risicokenmerken zijn eigenschappen van het kind of van de omgeving die de kans op het ontstaan van gedragsproblemen verhogen. Kinderen met ernstige gedragsproblemen waren vaak als baby, peuter of kleuter al wat anders dan andere kinderen. Ze waren meer prikkelbaar en rusteloos, huilden vaker, waren meer dwars, druk en snel afgeleid. Dit zijn temperamentkenmerken die al bij jonge kinderen kunnen worden vastgesteld (Guo & Mrug, 2018). Een moeilijk temperament vormt een risicofactor omdat het de gebruikelijke conflicten en machtsstrijd tussen jonge kinderen en hun ouders heftiger maken. Er zijn meer risicofactoren bij de jeugdige die de opvoeding compliceren. Hiertoe behoren neurobiologische factoren zoals problemen met de verwerking van signalen van straf of afkeuring en signalen van beloning of goedkeuring (Matthys, Vanderschuren, & Schutter, 2013), problemen in de hormoonhuishouding (cortisol, testosteron) (Snoek, Van Goozen, Matthys, Buitelaar, & Van Engeland, 2004; Popma et al., 2007) en zwakker ontwikkelde neurobiologisch bepaalde functies voor emotieregulatie (in het bijzonder de regulatie of controle van boosheid) (Bookhout, Hubbard, & Moore, 2018). Ook een zwakke intelligentie en taalontwikkeling en een achterstand in de ontwikkeling van de executieve functies behoren tot de risicofactoren gerelateerd aan de jeugdige (Jarrett & Hilton, 2018). Tot de omgevingskenmerken die bij jonge kinderen een rol spelen in het ontstaan van gedragsproblemen behoort een geringe ouderlijke sensitiviteit samengaand met een onveilige hechting van het kind (Groeneveld & Mesman, 2018).

De hierboven genoemde risicokenmerken bij de jeugdige kunnen een zware opvoedingsbelasting betekenen voor ouders. Machtsconflicten tussen jonge kinderen en hun ouders zijn heel gewoon. Maar wanneer ouders zwichten voor het dwarse, dwingende of agressieve gedrag van de peuter of kleuter, dan moedigen ze hiermee ongewild het ongewenste gedrag aan. Als dit vaak gebeurt, neemt de kans toe dat het jonge kind dit ongewenste gedrag vaker vertoont (Patterson, 2002). Het gevolg is dat de ouders meer stress krijgen. Zij ergeren zich steeds meer aan het ongewenste gedrag. Dit beïnvloedt dan weer de manier waarop ze met hun kind in de schoolleeftijd omgaan. Zo ontwikkelen zich de volgende opvoedingskenmerken (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018). De ouders geven opdrachten op een onvriendelijke manier. Hun aandacht gaat vooral naar ongewenst gedrag. Dit gedrag bestraffen ze vaak en

als dat niet werkt worden de straffen harder. Vaak is er weinig aandacht voor gewenst gedrag: de ouders geven voor dit gedrag weinig complimenten. Deze opvoedingskenmerken spelen een rol in het ontstaan van gedragsproblemen bij jonge kinderen en het in stand houden van gedragsproblemen bij kinderen in de schoolleeftijd en de adolescentie (Patterson, 2016; Reid, Patterson, & Snyder, 2002). In de adolescentie is bovendien het onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van de jongeren een opvoedingskenmerk dat gedragsproblemen in stand houdt (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018).

Wanneer ouders het als persoon moeilijk hebben bijvoorbeeld vanwege impulsiviteit, innerlijke onrust of een depressieve stemming, of wanneer ze relatieproblemen hebben dan wordt het opvoeden ook moeilijker en blijven gedragsproblemen bestaan (Barry, Lindsey, Fair, & DiSabatino, 2018; O'Leary & Solanto, 2018). Ernstige problemen van de ouders samenhangend met bijvoorbeeld verslaving of persoonlijkheidsstoornissen kan leiden tot een onveilige opvoedingssituatie, geweld in het gezin, mishandeling, traumatisering en het voortbestaan van gedragsproblemen, bijvoorbeeld in de vorm van een borderline persoonlijkheidsstoornis (Barry et al., 2018; O'Leary & Solanto, 2018; Sellbom, Bach, & Huxley, 2018). Daarbij moet worden opgemerkt dat jeugdigen met een LVB vaker worden blootgesteld aan traumatische ervaringen dan jeugdigen zonder LVB (Mevissen, Didden, & De Jongh, 2016). Zoals eerder al vermeld, een normoverschrijdende gedragsstoornis kan een risico vormen voor traumatisering en de ontwikkeling van een posttraumatische stress-stoornis, vooral bij meisjes (Afifi, McMillan, Asmundson, Pietrzak, & Sareen, 2011). Voor jeugdigen met een LVB spelen dezelfde hiervoor genoemde risicofactoren een rol in het vertonen van gedragsproblemen, maar deze lijken vaker bij hen voor te komen, met als gevolg dat zij verhoudingsgewijs vaker probleemgedrag vertonen (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012; Kaal, 2013; Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2011; Teeuwen, 2012). Zo komen zij vaker uit multiprobleemgezinnen waar deze problemen tussen ouders en kinderen zich met name voordoen.

Gedragsproblemen kunnen ook buiten het gezin voorkomen, op school of in de buurt (Fite, Rubens, Evans, & Poquez, 2018). Die omgeving heeft ook kenmerken die de gedragsproblemen kunnen in stand houden . Wanneer het kind of de jongere op dwingende en ergerlijke wijze met anderen omgaat en anderen zwichten voor dit gedrag dan blijft dit gedrag bestaan (Reid, Patterson, & Snyder, 2002). Door op te trekken met andere kinderen met gedragsproblemen, vooral in een buurt waar veel criminaliteit voorkomt, leren kinderen en jongeren antisociaal gedrag (Utrzan, Piehler, & Dishion, 2018). Zij komen met de politie in contact vanwege het gebruik en misbruik van alcohol en drugs of het veroorzaken van overlast. Risicovol gedrag, ook op het gebied van seksualiteit, kan resulteren in traumatische ervaringen (Lindauer, 2014). Tenslotte worden sommige kinderen en jongeren met storend gedrag afgewezen door hun leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018). Hierdoor worden ze eenzaam. Wanneer ze een misdaad plegen worden ze ook wel *lone wolf* genoemd.

Ten slotte leiden de vele negatieve reacties van kinderen en volwassenen op het storende gedrag van kinderen tot een vijandig wereldbeeld (Orobio de Castro & Van Dijk, 2018). Dit bepaalt de wijze waarop ze sociale problemen oplossen: ze denken al snel dat anderen hen met opzet benadelen, dat ze de ander terug moeten pakken of de baas moeten zijn. Hierdoor wordt het storende gedrag in stand gehouden.

De jeugdprofessional die kennis heeft van bovenstaande risicofactoren is in staat om aan de jeugdige en ouders uit te leggen hoe verschillende risicofactoren elkaar kunnen beïnvloeden en hoe zij daarbij kunnen leiden tot het ontstaan en voortbestaan van de gedragsproblemen (zie ook paragraaf 1.5.2). Hij brengt samen met de jeugdige en ouders op een ontschuldigende manier in kaart welke factoren bij dit kind en dit gezin hebben geleid tot de huidige gedragsproblemen.

Er zijn gelukkig ook kenmerken die een bescherming vormen tegen gedragsproblemen. Dit zijn sterke eigenschappen van het kind of de jongere, zoals een talent voor sport. Ook sterke eigenschappen van de omgeving horen hierbij, zoals een goede relatie met een ouder of een volwassene buiten het gezin, en ouders die zich inzetten voor hun kind en die bereid zijn om goed samen te werken met school en hulpverlening (Matthys & Powell, 2018).

1.3 Beschermende factoren

Behalve op inzicht in factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van de problemen, is de jeugdprofessional vanaf de start ook gericht op het achterhalen van beschermende factoren. Deze beschermende factoren kunnen een buffer vormen voor de invloed van risicofactoren. Het gaat daarbij om de sterke kanten van de jeugdige zelf (zoals intelligentie, gezondheid, positieve karaktereigenschappen, charme), om die van het gezin (positieve karaktereigenschappen van gezinsleden als van de opvoedingsstijl, het gezinsklimaat en de gezinsrelaties), en om de sterke kanten / beschermende factoren in de bredere omgeving (vrienden, school, wijk). Zo vormen ouders die zich inzetten voor hun kind en die bereid zijn goed samen te werken met de school en de hulpverlening een beschermende factor (Matthys & Powell, 2018) en kan intensieve samenwerking door de professional met een informele steunfiguur bijdragen aan het voorkomen van een uithuisplaatsing (Van Dam & Verhulst, 2016) (zie verder hoofdstuk 2).

Het gaat bij het inventariseren van beschermende factoren niet alleen om de vraag wat er leuk of aantrekkelijk is aan een jeugdige of diens omgeving, maar juist om het achterhalen van steunbronnen die gemaakt hebben dat de jeugdige en zijn omgeving ondanks de problemen volhouden (of het heel lang volgehouden hebben) (zie de *Richtlijn Samen met ouders en jongere beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015)). Ook geeft de vraag wanneer gedragsproblemen juist niet voorkomen zicht op beschermende factoren. Het kan zijn dat in die situaties in de omgeving van het kind bepaalde beschermende factoren er toe leiden dat het kind de gedragsproblemen dan niet vertoont, maar het kan ook zijn dat bepaalde kenmerken van het kind er toe leiden dat in die situatie gedragsproblemen niet voorkomen, bijvoorbeeld als het kind ergens een bepaalde interesse in heeft.

Deze inventarisatie geeft een vollediger beeld van het functioneren van de jeugdige en zijn omgeving en bevordert de samenwerking met de jeugdige, zijn ouders en zijn omgeving. Bovendien biedt zo'n inventarisatie belangrijke aanknopingspunten voor de hulp. Het benutten en versterken van beschermende factoren werkt motiverend en vermindert de problemen. Ook bij het inventariseren van beschermende factoren is het van belang dat de

jeugdprofessional uitlegt waarom hij deze vragen stelt. Ouders en de jeugdige moeten niet het gevoel krijgen dat de jeugdprofessional de zorgen over hun kind of de problemen die ze ervaren wegpoetst door aandacht te besteden aan de beschermende factoren.

Om te bepalen wat in het belang van het kind is, bespreekt de jeugdprofessional de beschermende en risicofactoren indien nodig in een multidisciplinair team, waarvan in beginsel ook de ouders en de jeugdige deel uitmaken. Om vast te stellen het belang van het kind het beste kan worden behartigd is het belangrijk om met elkaar een goed beeld te krijgen van de situatie van het kind, zowel wat betreft de knelpunten als de beschermende factoren.

1.4 Samenwerken met ouders en omgeving (school/netwerk)

1.4.1 Samen beslissen over passende hulp

Ouders dragen de primaire verantwoordelijkheid voor de opvoeding van hun kind. Zij spelen daarom bij het verminderen van gedragsproblemen een belangrijke rol. Allerlei factoren kunnen de samenwerking met de jeugdige en ouders en deelname aan hulp belemmeren. Het kan zijn dat ouders te zwaar belast zijn om actief deel te nemen. Het kan ook zo zijn dat ze niet goed begrijpen wat er van hen gevraagd wordt, in het verleden teleurgesteld zijn, er onvoldoende wordt aangesloten bij hun doelen of dat zij het nut niet inzien van de interventie (Scott & Dadds, 2009). Hierdoor ervaren ouders vaak meerdere drempels om aan de hulp deel te nemen en wordt de hulp juist als 'last' ervaren, wat tevens gepaard gaat met kleinere behandeleffecten en uitval (Kazdin & Wassell, 2000; Reyno & McGrath, 2006). Als de samenwerking tussen hulpverleners en de jeugdige en ouders onvoldoende is, kan dit de problemen bij kinderen in stand houden (Carr, 2006).

In de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* beschrijven Bartelink, Meuwissen en Eijgenraam (2015) uitgebreid hoe de jeugdprofessional samen met ouders, jongere en omgeving de vraagverheldering en de probleem- en krachtenanalyse vormgeven en hoe dit leidt tot het opstellen van doelen en beslissingen over in te zetten hulp. In dit hoofdstuk wordt een korte toelichting gegeven op deze richtlijn, omdat juist bij de diagnostiek en behandeling van ernstige gedragsproblemen de samenwerking met ouders en omgeving onontbeerlijk is. Voor een uitgebreidere toelichting en specifieke aanbevelingen wordt verder verwezen naar de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015). In de volgende paragraaf wordt uitgebreid ingegaan op de specifieke aandachtspunten voor de probleem- en krachtenanalyse bij gedragsproblemen. Daarnaast wordt multidisciplinaire samenwerking waar mogelijk aanbevolen.

De *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) beveelt aan om samen met ouders en jeugdige te beoordelen wat de aard en ernst van hun vraag of probleem is en samen te beslissen over de best passende hulp. De jeugdprofessional werkt systematisch en transparant, verzamelt niet meer informatie dan nodig en maakt gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten. Hij spreekt cruciale beslissingen van tevoren door met de

gedragswetenschapper en houdt aandacht voor de veiligheid van de jeugdige en diens omgeving, de motivatie van ouders en jeugdige en de betrokkenheid van het sociale netwerk.

Het besluitvormingsproces kent een aantal stappen (zie voor een toelichting de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015)):

1. vraagverheldering;
2. probleem- en krachtenanalyse (zie 4);
3. doelen opstellen;
4. beslissen over passende hulp;
   4a. verkennen en mobiliseren van het sociaal netwerk rond het gezin;
   4b. beslissen over de inzet van professionele hulp;
5. uitvoeren van de hulp;
6. evalueren van de resultaten en beslissen over vervolg of beëindiging.

De jeugdprofessional voert elke stap samen met ouders en/of jeugdige uit en stemt voortdurend in dialoog met hen af wat de uitkomsten zijn van een stap en wat de volgende stap is die gezet zal worden. Het is belangrijk dat de jeugdprofessional op de hoogte is van de ontwikkelings- en opvoedingsopgaven in de kindertijd en de adolescentiefase, en de belangrijke aandachtspunten in het beoordelen van de aard en ernst van gedragsproblemen kent (zie paragraaf 1.1 en 1.5.1). Zowel bij de vraagverheldering als bij de probleem- en krachtenanalyse benut de professional deze kennis om ouders en omgeving uitleg (psycho-educatie) te geven over het verschil tussen normaal storend gedrag en ernstige gedragsproblemen en de wijze waarop ernstige gedragsproblemen kunnen ontstaan en in stand worden gehouden (zie paragraaf 1.1 en 1.2).

Een constructieve samenwerkingsrelatie met ouders en jeugdige vraagt van de jeugdprofessional een basishouding van onvoorwaardelijke positieve waardering, echtheid en empathie. Ook mag van de jeugdprofessional worden verlangd dat hij de jeugdige en diens ouders met zorg, tact, eerlijkheid en respect behandelt. Voor een duurzaam resultaat is het nodig dat alle partijen een gedeelde visie krijgen op de vragen en/of problemen, dat de doelen en wensen van ouders en jeugdigen in het hulpverleningsproces voorop staan en dat de partijen gezamenlijk werken aan het verbeteren dan wel draaglijk maken van de situatie (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015, p. 30). Deze dialoog vereist van de jeugdprofessional enerzijds dat hij zijn handelen, overwegingen en beslissingen helder kan uitleggen en onderbouwen vanuit zijn professionele expertise, en anderzijds dat hij ouders en jeugdigen expliciet vraagt naar hun mening, gedachten en ideeën. De uiteindelijke beslissing over de inzet van hulp (het sociale netwerk, school of professionele hulp) wordt daarmee een gezamenlijke weging (door de jeugdprofessional, ouders en jeugdige) van kennis over 'wat werkt', praktijkervaring en voorkeuren van ouders en jeugdige, rekening houdend met aanmeldingsreden en eventuele al lopende hulp.

De samenwerking met jeugdigen en ouders vereist extra aandacht voor een open en onderzoekende houding. De jeugdprofessional let er extra op of zijn communicatie begrijpelijk is en of de boodschap overkomt (in verband met communicatie- en taalproblemen). Hij draagt zorg voor aanvullende kennis van de cultuur van het gezin en vraag het betreffende gezin hiernaar en is sensitief voor verschillen in opvoedingsidealen, normen en waarden. Ook heeft de jeugdprofessional aandacht voor mogelijke migratie-gebonden stress en spant hij zich in voor een gedeelde visie op wat nodig is voor de toekomst van het kind.

De jeugdprofessional heeft daarbij oog voor stress en praktische belemmeringen van de jeugdige en ouders en overlegt met hen hoe zij, mogelijk met behulp van hun netwerk of de jeugdprofessional, praktische belemmeringen voor deelname aan hulp (zoals vervoersproblemen, vervoerskosten, oppas voor (andere) kinderen) kunnen wegnemen (Hutchings et al., 2007). Het wegnemen van belemmeringen wordt het meest geassocieerd met een grotere betrokkenheid van ouders (Lindsey et al., 2014). Ook psycho-educatie draagt bij tot een grotere betrokkenheid van de ouders bij de keuze, het starten en de deelname aan de hulp (Acri, Chacko, Gopalan, & McKay, 2018).

Participatie van kinderen en jongeren is pas betekenisvol als de jeugdige het gevoel heeft dat hij serieus is genomen. Het Kinderrechtencomité (United Nations, 2009) onderscheidt de volgende vijf stappen voor betekenisvolle participatie:

1. Voldoende toegang tot begrijpelijke informatie;
2. gehoord worden;
3. serieus genomen worden;
4. terugkoppeling krijgen over de beslissing die is genomen; en
5. de mogelijkheid krijgen om te klagen over de beslissing.

1.4.2 De functie van psycho-educatie in de samenwerking met ouders en omgeving

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional goed op de hoogte is van wat ernstige gedragsproblemen inhouden, waardoor ze ontstaan en in stand worden gehouden, wat de aanknopingspunten zijn voor de hulpverlening en wat de diverse vormen van hulpverlening inhouden. Vanaf het eerste moment van het contact met de ouders en de jeugdige kunnen vooringenomenheden die in de maatschappij leven een verstorende rol spelen in de samenwerking met de jeugdprofessional. Zo bestaat het vooroordeel dat (ernstige) gedragsproblemen het gevolg zijn van een verkeerde opvoeding. Ouders kunnen hierdoor in het eerste contact al een verdedigende houding aannemen, omdat zij kritiek vrezen op de opvoeding die zij hebben gegeven. De jeugdprofessional dient hierop voorbereid te zijn en in staat te zijn om al snel een eenvoudig referentiekader te schetsen van waaruit met de ouders en de jeugdige zal worden gezocht naar aanknopingspunten voor hulp (Matthys & Boersma, 2017). Het geheel van acties gericht op het adequaat informeren van de ouders en de jeugdige over ernstige gedragsproblemen wordt psycho-educatie genoemd.

Psycho-educatie is een proces dat al vroeg in het begin van de diagnostiek wordt opgestart en doorloopt tijdens het hele traject van hulpverlening (Martinez, Lay, Chorpita, Weisz, & Research Network on Youth Mental Health, 2017). Psycho-educatie schiet tekort wanneer een algemeen

verhaal over het type probleem aangeboden wordt na de diagnostiek en de verstrekking van het advies. Daarentegen dient de jeugdprofessional de ouders en de jeugdige vanaf het begin te informeren over zijn/haar denkkader over ernstige gedragsproblemen (Matthys & Lochman, 2018). Wanneer bijvoorbeeld vragen gesteld worden over de opvoeding, over de wijze waarop jongeren sociale problemen oplossen en over het contact met leeftijdgenoten in de buurt, dan is het nodig de achtergrond van deze vragen toe te lichten. Zij vormen immers aanknopingspunten voor beïnvloeding van ernstige gedragsproblemen (zie paragraaf 1.5.3). Voor jeugdigen bestaat psycho-educatie in de loop van de diagnostiek en behandeling uit het steeds verder aanscherpen van een persoonlijk en ontschuldigend verhaal van de jeugdige, dat duidelijk maakt hoe gedragsproblemen specifiek bij hem of haar zijn ontstaan en voortbestaan. Het is belangrijk de vijf participatiestappen (zie vorige paragraaf) daarbij in acht te nemen.

Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie tussen de jeugdprofessional, de ouders en de jeugdige waarbij adequate algemene informatie over ernstige gedragsproblemen wordt gegeven is nodig voor het motiveren van de ouders en de jeugdige om aan een vorm van hulp actief deel te nemen (Matthys & Lochman, 2018; Matthys & Powell, 2018). Onderzoek laat immers zien dat veel gezinnen die in aanmerking komen voor hulp, zoals een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden, hetzij niet starten met de interventie, hetzij afhaken, hetzij onvoldoende inzet tonen tijdens de interventie (Chacko et al., 2016; Scott, 2016). Psycho-educatie, samen met het wegnemen van praktische belemmeringen, is een middel om de ouders en jeugdigen te helpen de motivatie op te brengen om actief aan de hulp deel te nemen. Psycho-educatie kan aanvankelijk beknopt worden gegeven en later in de loop van de diagnostiek uitgebreider in de vorm van een boek speciaal geschreven voor ouders (Matthys & Boersma, 2017).

1.4.3 De hulp omvat drie vormen

Voor de ouders is het belangrijk om in het eerste contact op de hoogte te worden gebracht van de verschillende stappen in de hulpverlening.

De eerste vorm is *diagnostiek*. Hiervoor kan meer dan één gesprek nodig zijn.

De diagnostiek leidt tot de gezamenlijke beslissing over de *behandeling*. Dit is de tweede vorm. De behandeling omvat een reeks gesprekken die weken maar meestal maanden in beslag nemen. Aan het einde van die reeks gesprekken wordt de behandeling geëvalueerd. Er zijn drie mogelijkheden. Ten eerste kan bij een gunstig effect de hulp worden afgerond. Ten tweede kan het nodig zijn om de behandeling voor te zetten, gericht op andere problematiek die bij de diagnostiek was vastgesteld of die tijdens de behandeling werd vastgesteld. Ten derde kan de behandeling worden afgerond maar blijven de ouders in contact met de hulpverlening over de ontwikkeling van hun kind; dit is de derde stap in de hulpverlening.

De derde vorm, *in gesprek blijven over de ontwikkeling van de jeugdige*, houdt een laag frequent contact in (bijvoorbeeld eens in de 3 maanden) dat zowel een diagnostische als een behandelcomponent omvat. Samen met de ouders wordt het voorkomen van het storende gedrag beoordeeld evenals het sociale, cognitieve en emotionele functioneren van de jeugdige

(diagnostische component). Waar nodig worden acties in gang gezet om de ontwikkeling van de jeugdige te stimuleren en te ondersteunen (behandelcomponent). Wanneer er ernstige zorgen zijn over de ontwikkeling van de jeugdige kan dit leiden tot hetzij (een nieuwe) behandeling hetzij opnieuw diagnostiek wanneer er vragen zijn over de aard van de problematiek.

1.5 Diagnostische stappen bij gedragsproblemen[2]

Het diagnostisch proces bij ernstige gedragsproblemen beschrijven we in drie stappen: 1. onderkennende (of rubricerende) diagnostiek; 2. nagaan van andere problemen; 3. verklarende (of beschrijvende) diagnostiek. *Onderkennende diagnostiek* richt zich op het beknopt benoemen van het type problematiek. Dit leidt tot eenduidig overleg met ouders en jeugdigen over het type problematiek en (in overleg met hen) ook tot meer eenheid van taal in overleg met andere professionals. Er kunnen echter ook *andere problemen* voorkomen, hetzij in het gezin hetzij bij het kind of de jongere. Hiermee moet rekening worden gehouden bij de besluitvorming van de gepaste vorm van hulpverlening. *Verklarende diagnostiek* omvat een beschrijving van de gedragsproblemen en de geassocieerde problemen, de ernst ervan, een hypothese over de factoren die mogelijk een rol hebben gespeeld in het ontstaan van de problemen en vooral een hypothese over de factoren die wellicht een rol spelen in het in stand houden van de problemen. Deze laatste vormen aanknopingspunten voor de behandeling, vooral wanneer zij voor verandering vatbaar zijn. Ook wordt aandacht besteed aan de factoren waarmee in de behandeling rekening moet worden gehouden, zoals geassocieerde problemen bij de jongere. Verklarende diagnostiek leidt daarmee tot een welomschreven behandeling.

De jeugdprofessional doorloopt de drie diagnostische stappen samen met de jeugdige en ouders. Hij legt de verschillende vragen die aan de orde komen in de drie stappen voor aan de jeugdige en diens ouders. De verschillende afwegingen die gemaakt kunnen worden, legt de jeugdprofessional voor aan de ouders en/of jeugdige en neemt samen met hen een besluit. Daarbij legt de jeugdprofessional steeds uit waarom hij bepaalde vragen stelt en wat de achtergrond is van bepaalde opties (zie paragraaf 1.4).

1.5.1 Onderkennende diagnostiek: de eerste stap

Onderkennende diagnostiek richt zich op het beknopt benoemen van het type problematiek. De vraag hier is of er sprake is van ernstige gedragsproblemen. We spreken van ernstige gedragsproblemen wanneer één of meerdere typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien duidelijke nadelige gevolgen voor het kind, de jongere of de omgeving.

Voor het vaststellen van ernstige gedragsproblemen stelt de jeugdprofessional vragen aan de jeugdige en ouders die betrekking hebben op de verschillende typen storend gedrag en de nadelige gevolgen.

2 De stappen die in dit hoofdstuk aan de orde komen zijn schematisch weergegeven in werkkaart 1 tot en met werkkaart 4 van deze richtlijn en ontleend aan de Handleiding bij de Beslisboom Externaliserende Gedragsproblemen (De Lange et al., 2017). Deze beslisboom is tot stand gekomen in samenwerking met cliënten, professionals en wetenschappers. De beslisboom wordt samen met de ouders en/of jeugdige doorgenomen.

De volgende typen storend gedrag worden onderscheiden: dwars en opstandig gedrag; prikkelbaar, boos of woedend; anderen ergeren; agressief gedrag; antisociaal gedrag (zie paragraaf 1.1).

Tot de nadelige gevolgen behoren voor de jeugdige behoren: negatieve gevoelens van en afwijzing door belangrijke volwassenen zoals ouders en leerkrachten, , afwijzing door leeftijdgenoten vanwege het storende gedrag, sociaal isolement, contact van de jongere met de politie enhet zich begeven van de jongere in risicovolle situaties. Tot de nadelige gevolgen voor ouders behoren: stress en een gevoel van machteloosheid als gevolg van de opvoedingsbelasting, negatieve gevoelens bij de ouders jegens het kind of de jongere, harde straffen door de ouders, het gevoel bij de ouders geen invloed meer te hebben op hun kind. Ook de bredere opvoedomgeving zoals leerkrachten en andere belangrijke volwassenen kunnen stress en een gevoel van machteloosheid ervaren.
Daarnaast kan de jeugdprofessional gebruik maken van een gestandaardiseerde vragenlijst. Dit helpt bij het beoordelen van de ernst van de gedragsproblemen.

- Child Behavior Check List (CBCL; 1,5-5 jaar; 6-18 jaar)
- Youth Self-Report (YSR; 11-18 jaar)
- Teacher Report Form (TRF; 6-18 jaar)
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; 4-17 jaar)
- Sociaal Emotionele Vragenlijst (4-18 jaar)
- Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG; 6-19 jaar)

Voor de CBCL/TRF/YSR is de volgende informatie relevant. De brede band schaal of het domein Externaliserend gedrag van de CBCL en TRF 1,5-5 jaar omvat de schaal Agressief gedrag en de schaal Aandachtsproblemen. De brede band schaal of het domein Externaliserend gedrag van de CBCL, TRF 6-18 jaar en YSR omvat de schaal Agressief gedrag en Regelovertredend gedrag. Voor de CBCL/TRF/YSR begint het gebied van ernstige gedragsproblemen vanaf het 84e percentiel.

Tussen het 84e percentiel en het 89e percentiel ‘verdient de problematiek aandacht’ en wordt aangeduid als matige problemen (Veerman, 2008, zie Van Yperen & Veerman, 2008). In deze richtlijn spreken we van het gebied van *matig ernstige problemen*. Vanaf het 90e percentiel spreken we in deze richtlijn van het gebied van *duidelijk ernstige problemen*.

Voor de SDQ is de volgende informatie relevant. Er zijn versies voor ouders en leerkrachten van kinderen van drie en vier jaar, voor ouders en leerkrachten van kinderen van vier tot zestien jaar, en voor kinderen van elf tot zeventien jaar. De SDQ heeft een schaal voor Gedragsproblemen.

Voor de Sociaal Emotionele Vragenlijst is de schaal ‘sociaal probleemgedrag’ relevant, met de subschalen oppositioneel-opstandig gedrag, agressief gedrag en antisociaal gedrag.

Bij jeugdigen met een LVB kunnen bovengenoemde vragenlijsten ook worden ingezet (Kok, Van der Waa, & Didden, 2016), al is het nog niet duidelijk in welke mate de normen ook gebruikt kunnen worden De Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG; 6-19 jaar) meet emotionele

en gedragsproblemen bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking, waarvan met name de schaal Storend en Anti-sociaal gedrag relevant is. Er is een versie voor ouders (VOG-O) en een versie voor leerkrachten (VOG-L).

De score op een gestandaardiseerde vragenlijst vormt een aanvulling op de omschrijving van de ernst van de gedragsproblemen zoals nagevraagd bij de ouders en de jongere. Scores op gestandaardiseerde vragenlijsten zijn geen getallen die blind moeten worden gevolgd en een beslissende rol moeten worden toegekend. Zij kunnen onderhevig zijn aan overwaardering (bijvoorbeeld samenhangend met een depressieve stemming van een ouder) of onderwaardering (bijvoorbeeld samenhangend met machtsstrijd bij echtscheiding).

Behalve de aard en ernst van de gedragsproblemen is het met het oog op gedeelde besluitvorming over het type van hulp belangrijk om, waar nodig in een multidisciplinair team en in overleg met ouders en/of de jeugdige na te gaan of er andere problemen zijn.

1.5.2 Nagaan van andere problemen: de tweede stap

In paragraaf 1.2 is kort ingegaan op de verschillende problemen die onderliggend kunnen zijn aan gedragsproblemen of er samen mee kunnen voorkomen. Voorafgaand aan een inventarisatie van factoren die specifiek zijn voor het in stand houden van gedragsproblemen (zie paragraaf 1.5.3; de derde stap) is eerst een bredere oriëntatie op andere problemen van belang. Dit draagt bij aan een integrale blik op gedragsproblemen en biedt ook aanknopingspunten voor het zo nodig integraal vormgeven van hulp.

Verschillende factoren bij de jeugdige en de omgeving zijn niet alleen van invloed op het ontstaan en voortbestaan van gedragsproblemen, maar ook op het effect van interventies. Deze factoren worden uitgebreid beschreven in de handleiding bij de Beslisboom externaliserende gedragsproblemen (De Lange et al., 2017) en worden hier kort samengevat. De eerste beslisvragen die van invloed zijn op de keuze voor een interventie zijn:

1. Is de problematiek ernstig?
2. Is er sprake van een crisis?
3. Is er sprake van gezinsproblemen die een belemmerende invloed hebben op de inzet van hulp?
4. Is er sprake van andere kind-gebonden problemen?
5. Wat is de leeftijd van het kind?

De jeugdprofessional beantwoordt deze vragen samen met de ouders en/of de jeugdige en staat hierbij stil hoe de jeugdige zelf en diens ouders de problemen ervaren en aan welke oplossingsrichtingen zij denken.

Ad 1. Is de problematiek ernstig?

Allereerst is een inschatting van de ernst van de problemen nodig. Het vaststellen van de aard en ernst van de gedragsproblemen wordt besproken in paragraaf 1.1 en 1.4.1.

Het kan zijn dat bij de inschatting van de ernst, de gedragsproblemen niet héél ernstig zijn. De nadelige gevolgen zijn bijvoorbeeld matig en de scores op gestandaardiseerde vragenlijsten liggen beneden het 90e percentiel. Uit onderzoek blijkt dan dat het effect van bewezen interventies geringer is dan wanneer de problemen duidelijk ernstig zijn (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013). Ouderinterventies en gezinsgerichte methodieken met aangetoonde effectiviteit kunnen, maar hoeven niet meteen te worden ingezet.

Als eerste stap kan volstaan worden met het aanbieden van psycho-educatie (Matthys & Boersma, 2017) en uitleg en oefening van een aantal relatief eenvoudig toe te passen opvoedvaardigheden (De Lange et al., 2017). Het gaat daarbij om opvoedvaardigheden, zoals complimenten geven en bekrachtigen van gewenst gedrag, duidelijke positief geformuleerde opdrachten geven, waarin haalbaar gedrag wordt geïnstrueerd en benoemen wat een kind wel moet doen in plaats van wat hij niet moet doen. Het is in dan wel van belang dat deze eerste stap gevolgd wordt door een evaluatie na drie maanden. De jeugdprofessional legt zijn overwegingen voor deze keuze voor aan de ouders en/of jeugdige en beslist samen met hen over in te zetten hulp.

Indien de matige problemen niet zijn afgenomen, wordt geadviseerd alsnog de verdere aanbevelingen in deze richtlijn te volgen.

Ad 2. Is er sprake van een crisis?

Als er sprake is van een ernstig fysieke en emotioneel onveilige situatie voor het kind, een ernstig gevaar voor anderen, een suïcide dreiging, een vermoeden van een psychose of een dreigende uithuisplaatsing dan kan het nodig zijn om allereerst crisishulp in te zetten. De jeugdprofessional treedt in overleg met een GZ-psycholoog of Orthopedagoog-Generalist om vast te stellen wat de juiste vorm van crisishulp is. Voor meer informatie over de beslisvragen die hierbij een rol spelen word verwezen naar de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) en de *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Van Vianen, Mourits, Ten Berge, & Meuwissen, 2015).

Ad 3. Is er sprake van gezinsproblemen die een belemmerende invloed hebben op de inzet van hulp?

Er kunnen situaties zijn waardoor ouders en kinderen niet kunnen profiteren van de hulp voor het verminderen van gedragsproblemen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan ernstige financiële problemen, waarbij huisuitzetting dreigt, ernstige psychische problemen van een of beide ouders waarvoor opname dreigt of nodig is, (v)echtscheidingsproblematiek of ernstige motivatieproblemen, waardoor het ouders niet lukt open te staan voor hulp.

Volgens familie stress modellen zorgen belemmerende gezinsproblemen voor zoveel psychische stress bij de ouders dat ze de opvoeding (minder sensitief en responsief, meer conflict) en daarmee de ontwikkeling van het kind negatief beïnvloeden (zie bijvoorbeeld Barnett, 2008). Gezinsstress en ouderproblemen kunnen daarnaast leiden tot vormen van kindermishandeling. Gedragsproblemen *kunnen* een signaal zijn dat sprake is van kindermishandeling. In dat geval is het belangrijk eerst vast te stellen of de situatie voor het kind veilig is en wat nodig is om de veiligheid te herstellen (zie de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink, De Wolff, Broerse, & Kamphuis, 2016)). De voorkeur gaat daarbij nadrukkelijk uit naar het bieden van ondersteuning aan ouders die dit nodig hebben.

Wanneer de jeugdprofessional en het gezin in gezamenlijk overleg tot de conclusie komen dat de ouders of het gezin dusdanige problemen hebben dat zij geen ruimte/mogelijkheid meer hebben om te profiteren van hulp voor het kind, richt de jeugdprofessional zich eerst op deze problemen. Raadpleeg hiervoor de *Richtlijn Multiprobleemgezinnen* (Van der Steege & Zoon, 2015), *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen* (KOPP) (Van der Zanden et al., 2015), *Richtlijn Kindermishandeling* (Vink et al., 2016), *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen* (Anthonijsz, Spruijt, & Zwikker, 2015) (richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming). Als de hulp weer leidt tot voldoende ruimte bij een of beide ouders om een stabiele opvoedersrol te vervullen, dan wordt aanbevolen aanvullend hulp gericht op de gedragsproblemen in te zetten.

Wanneer er sprake is van langdurige gezinsproblematiek, waarbij eerder ingezette hulp niet tot voldoende resultaten heeft geleid, dan is het volgens experts raadzaam een systeemtherapeut te betrekken bij de behandeling (De Lange et al., 2017).

Het kan zijn dat ouders en jeugdigen beter profiteren van de hulp gericht op vermindering van gedragsproblemen als zij ook aanvullende hulp ontvangen voor bijvoorbeeld financiële, psychische of veiligheidsproblemen, zet dan deze hulp aanvullend in, naast hulp gericht op het verminderen van gedragsproblemen. Aandacht voor overige problemen – zoals individuele moeilijkheden en contextuele problemen – kan helpend zijn naast aandacht voor opvoedvaardigheden, en zou zelfs essentieel kunnen zijn om de opvoedvaardigheden te verbeteren (Boudin, 1998; Eddy, Kjellstrand, Martinez, & Newton, 2010). In lijn hiermee kon in een ouderinterventie waarin ruimte werd gemaakt voor 'overige problemen' een effect worden gevonden op externaliserend kindgedrag bij een moeilijk te bereiken doelgroep (ex-gedetineerde moeders) (Menting, Orobio de Castro, Wijngaards-de Meij, & Matthys, 2014). Raadpleeg hiervoor verder de *Richtlijn Multiprobleemgezinnen* (Van der Steege & Zoon, 2015), *Richtlijn KOPP* (Van der Zanden et al., 2015), *Richtlijn Kindermishandeling* (Vink et al., 2016), *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen* (Anthonijsz, Spruijt, & Zwikker, 2015) (richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming).

Kinderen hebben recht op basisvoorzieningen om gezond en veilig te kunnen opgroeien. Wanneer er aanvullende hulp wordt verleend voor financiële, psychische of veiligheidsproblemen, zal de jeugdige hier ook van profiteren.

Ad 4. Is er sprake van andere kind-gebonden problemen?
Andere problemen kunnen tegelijk voorkomen met ernstige gedragsproblemen, waaronder een autismespectrumstoornis, (verschijnselen van) ADHD, een depressieve stemming (of een depressieve stoornis) en een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Oppositioneel en agressief gedrag kunnen voorkomen bij kinderen en jongeren met een autisme spectrum stoornis, bijvoorbeeld wanneer ze niet begrijpen wat andere personen bedoelen of wanneer hen gevraagd iets anders te doen dan waarvoor ze belangstelling hebben. Oppositioneel en agressief gedrag kunnen op die manier de kenmerkende verschijnselen van een autisme spectrum stoornis overdekken. Anders geformuleerd kan een autisme spectrum stoornis schuilgaan onder de oppervlakte van gedragsproblemen (Matthys, 2011; Matthys & Van West, 2014).

Aan opstandig gedrag kunnen aandachtsproblemen ten grondslag liggen. Moeite om de aandacht te richten en gericht te houden kan de indruk wekken dat het kind opstandig is en slecht luistert (Matthys, 2016).

Ook depressieve problemen kunnen schuilgaan onder de oppervlakte van gedragsproblemen. Bovendien kan een depressieve stemming zich bij jeugdigen uiten in ontstemdheid en prikkelbaarheid (Matthys, 2011; Matthys & Van West, 2014). Een depressieve stemming kan ook het gevolg zijn van traumatisering (Lindauer, 2014).

Het is daarom nodig om bij ernstige gedragsproblemen te overwegen of er niet primair sprake is van een depressieve stoornis (of een depressieve stemming), ADHD (of ADHD-symptomen), een autismespectrumstoornis (ASS), een trauma- en stressgerelateerde stoornis, of stoornissen in het gebruik van alcohol en andere middelen.

Daarnaast kunnen ernstige gedragsproblemen *samengaan* met ADHD of ADHD symptomen, met een depressieve stoornis of een depressieve stemming, met traumatisering of een Post Traumatische Stress Stoornis. Wanneer ADHD en ernstige gedragsproblemen samen voorkomen, is de problematiek van de gedragsproblemen ernstiger en hardnekkiger (Matthys, 2016). Ook van het samengaan van ernstige gedragsproblemen met andere problemen of stoornissen mag men aannemen dat dit leidt tot een meer complexe en moeilijker te behandelen problematiek. Tot andere problemen behoren ook lichamelijke problemen. Wanneer chronische ziekten zoals diabetes of astma voorkomen, wordt de behandeling van zowel deze ziekten als de gedragsproblemen gecompliceerder. Chronische ziekten kunnen prikkelbaarheid uitlokken, zij kunnen een belasting vormen voor de relatie van de ouders met de jeugdige en de aansluiting bij leeftijdgenoten belemmeren. Verder is het altijd belangrijk oog te hebben voor lichamelijke factoren zoals een achterstand in de motorische ontwikkeling en in de taal-spraakontwikkeling.

Dit is bijvoorbeeld ook het geval bij middelengebruik. Daarbij vormt middelengebruik een risicofactor voor het ontstaan van gedragsproblemen en vormen gedragsproblemen een risicofactor voor het ontstaan van problematisch middelengebruik (zie verder de *Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Wits et al., 2015)).

Mogelijk komen hechtingsstoornissen vaker dan bij toeval voor bij ernstige gedragsproblemen. Een problematische gehechtheidsrelatie vergroot het risico op het ontstaan van gedragsproblemen en een screening op gehechtheid is dan ook nodig (zie de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, & Thoomes-Vreugdenhil, 2014)).

Bij meisjes is vaker dan bij jongens sprake van comorbiditeit met angst en depressie. Dat wil zeggen dat meisjes naast ernstige gedragsproblemen ook vaak internaliserende problematiek laten zien, zoals angst depressie en suïcidale neigingen (Belknap & Holsinger, 2006; Hipwell & Loeber, 2006).

De eerder genoemde screeningslijsten CBCL/TRF/YSR, de SDQ en de SEV kunnen helpen zicht te krijgen op sommige andere problemen. De CBCL/TRF/YSR heeft voor ADHD-verschijnselen de schaal Aandachtsproblemen, voor emotionele problemen hetzij de brede band schaal of het domein Internaliserend gedrag hetzij de schaal Angstig/depressief of andere schalen.
De SDQ heeft voor ADHD verschijnselen de schaal Hyperactiviteit/aandachtstekort en er is een schaal Emotionele problemen. De SEV heeft schalen voor de ADHD-verschijnselen, namelijk aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit en voor angst- en stemmingsverschijnselen, namelijk angst in het algemeen, sociaal angstig gedrag en angstig-depressief gedrag.

Er is aanvullende diagnostiek nodig wanneer er een vermoeden is van een andere stoornis of verwante problemen zonder dat een stoornis kan worden gediagnosticeerd, zoals een Angst- of Stemmingsstoornis, ADHD, Autisme Spectrum Stoornis (ASS), een Trauma en Stress-Gerelateerde Stoornis waaronder Reactieve Hechtingsstoornis en Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), of stoornissen in het gebruik van alcohol en andere middelen. In deze diagnostiek kan worden achterhaald of de ernstige gedragsproblemen de uiting zijn van een andere stoornis of andere problemen, dan wel of andere stoornissen of problemen tegelijk voorkomen. Voor de diagnostiek van deze stoornissen wordt verwezen naar het Protocol classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en jongeren met traumagerelateerde problematiek (Beer, Verlinden, & Lindauer, 2013), de *Richtlijn ADHD* (De Boer et al., 2016), de *Richtlijn Middelengebruik* (Wits et al., 2015), de *Richtlijn Problematische gehechtheid* (De Wolff et al., 2014), de *Richtlijn Stemmingsproblemen* (Meeuwissen et al., 2015) (richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming) en de *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005), de *Richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis en gedragsstoornis bij kinderen en jongeren* (Matthys & Van de Glind, 2013) (richtlijnen voor de jeugd-GGZ), de *JGZ-Richtlijn Autismespectrumstoornissen* (Van Berckelaer-Onnes, Anzion, Sinnema, & Van de Glind, 2015) en de *JGZ-Richtlijn Angst* (Bolier, Speentjes, Volker, & Sinnema, 2016).

De jeugdprofessional kan vermoeden dat de jongere een LVB heeft. Een LVB is geen directe oorzaak voor het ontstaan van probleemgedrag. Het hebben van een licht verstandelijke beperking vergroot wel het risico op het ontwikkelen van gedragsproblemen. Dit komt enerzijds doordat verschillende factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van gedragsproblemen vaker bij jeugdigen met een LVB voorkomen, zoals problemen met

impulscontrole, met het overzien van oorzaak-gevolgrelaties, in het bijzonder het overzien van de gevolgen van (hun) gedrag voor anderen (Douma et al., 2012) en anderzijds doordat jeugdigen met een LVB sneller overvraagd worden en als gevolg daarvan gedragsproblemen ontwikkelen. Voor diagnostiek bij jeugdigen met een LVB wordt verwezen naar de *Richtlijn Diagnostisch onderzoek LVB* (Douma et al., 2012). Deze richtlijn geeft aanbevelingen voor diagnostici om een jeugdige, maar ook een ouder met een LVB/zwakbegaafdheid in staat te stellen een zo betrouwbaar mogelijke bijdrage te leveren aan het diagnostisch proces naar zijn problematiek. Bij aanvullende diagnostiek is het eveneens van belang om te achterhalen of de gedragsproblemen geen gevolg zijn van problemen in de spraak-taalontwikkeling (Carr, 2006), een achterstand in het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau, hoogbegaafdheid of niet-aangeboren hersenletsel.

De keuze voor aanvullende diagnostiek wordt altijd gemaakt in overleg met een GZ-psycholoog of Orthopedagoog-Generalist en indien hier aanleiding voor is, met een Kinder- en Jeugdpsychiater. Aanvullende diagnostiek maakt duidelijk (1) of er sprake is van ernstige gedragsproblemen die het gevolg zijn van de eerder beschreven factoren bij de jeugdige kind- en omgevingsgebonden factoren die kenmerkend zijn voor ernstige gedragsproblemen (zie paragraaf 1.2 en 1.5.3), (2) of de problemen het gevolg zijn van andere kind-gebonden problemen zoals ADHD (of verschijnselen van ADHD), een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) of een depressieve stoornis (of een depressieve stemming), (3) er naast ernstige gedragsproblemen ook andere kind-gebonden problemen voorkomen. Dit onderzoek moet leiden tot gedeelde besluitvorming met ouders en de jeugdige of de problemen waarvoor de jeugdige werd aangemeld behandeld zullen worden:

1. in het kader van de problematiek van ernstige gedragsproblemen;
2. in het kader van andere problematiek (dus het kind en gezin wordt overgedragen aan hulpverleners die zich richten op andere problematiek);
3. in het kader van een samenwerking tussen hulpverleners die zich richten op ernstige gedragsproblemen en hulpverleners die zich richten op een andere problematiek.

Bij het stellen van de prioriteit welk type problematiek eerst te behandelen is het van belang oog te hebben voor de problematiek die op de voorgrond staat. De behandeling van andere problematiek kan belemmerd worden door ernstige gedragsproblemen. Dan valt te overwegen om de behandeling eerst te richten op de ernstige gedragsproblemen en pas hierna op de andere problematiek. Wanneer eerst de andere problematiek wordt behandeld is het van belang te onderzoeken of daarmee ook de gedragsproblemen verminderen. Wanneer dit niet het geval is, is het van belang deze te behandelen volgens de aanbevelingen in deze richtlijn. Dergelijke afwegingen komen niet alleen aan de orde in een overleg tussen professionals, maar worden besproken met de ouders en de jeugdige.

Ernstige gedragsproblemen kunnen ook dusdanig hardnekkig zijn en leiden tot zeer ernstige nadelige gevolgen dat consultatie met of verwijzing naar de Jeugd-GGZ/Kinder- en jeugdpsychiatrie aangewezen is (zie de *Richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis en gedragsstoornis bij kinderen en jongeren* (Matthys & Van de Glind, 2013)).

Ad 5. Wat is de leeftijd van het kind?

Een belangrijke factor bij de keuze voor een interventie is de leeftijd van het kind/de jongere, de daarmee samenhangende omvang en invloed van de omgeving en zijn cognitieve vaardigheden en behoeften. Bij (jonge) kinderen (twee tot twaalf jaar) vormt de opvoeding het belangrijkste aanknopingspunt voor beïnvloeding van gedragsproblemen. Vanaf ongeveer acht jaar zijn de cognitieve vermogens van kinderen dusdanig ontwikkeld, dat ook zij een aanknopingspunt vormen voor beïnvloeding (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017; Matthys & Van West, 2014).

Wanneer kinderen ouder worden en de basisschoolleeftijd achter zich laten, is het nodig de jongere zelf actiever te betrekken bij de behandeling. De invloed van leeftijdsgenoten en de bredere omgeving op deze leeftijd neemt toe en vormt daarom een aanknopingspunt voor beïnvloeding (Carr, 2006). Bovendien neemt met het stijgen van de leeftijd de complexiteit van de problematiek toe, in de vorm van andere tevens voorkomende problemen, zoals stemmingsproblemen, traumatisering, seksueel risicovol gedrag en middelenmisbruik. Ook is de problematiek door de langere duur meer ingesleten en daarmee moeilijker te beïnvloeden (Matthys, 2011). Ten slotte staan kinderen op die leeftijd minder open voor hulp verstrekt door volwassenen dan kinderen tot twaalf jaar. Interventies dienen zich daarom te richten op verschillende niveaus (gedrag, cognitief) en systemen (gezin, school, vriendenkring, buurt, club), terwijl tevens specifieke deskundigheid vereist is om de jongere te motiveren aan de interventies deel te nemen.

Op basis van bovenstaande ontwikkelingspsychologische en omgevingsinvloeden worden drie leeftijdscategorieën onderscheiden (Leman, Bremner, Parke, & Gauvin, 2012):

- de leeftijdsgroep 2-7 jaar;
- de leeftijdsgroep 8-12 jaar;
- de leeftijdsgroep 12-18+ jaar.

Bij kinderen van twaalf jaar kiest de jeugdprofessional op basis van een inschatting van de ontwikkeling van het kind en de gezinssituatie welke leeftijdsgroep het meest passend is voor het kind: de leeftijdsgroep tot en met twaalf jaar of vanaf twaalf jaar.

1.5.3 Verklarende diagnostiek: de derde stap

Een inventarisatie van beschermende factoren (zie paragraaf 1.3) en risicofactoren die bijdragen aan het in stand houden van gedragsproblemen, biedt de belangrijkste aanknopingspunten voor het verminderen van gedragsproblemen (De Bruyn, Ruijssenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2015). Deze inventarisatie is nodig bij de keuze voor een passende interventie en wordt ook wel verklarende of beschrijvende diagnostiek genoemd. Hierbij wordt op basis van de ontwikkeling van het kind een onderscheid gemaakt in de leeftijdsgroepen twee tot en met zeven jaar[3], acht tot twaalf jaar en twaalf jaar en ouder.

3 Vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief is het lastig om ernstige gedragsproblemen vast te stellen bij tweejarigen. Koppig en opstandig gedrag hoort immers bij de normale ontwikkeling van een tweejarige. Daarom is deze richtlijn gericht op kinderen vanaf drie jaar. Echter, een deel van de interventies kan relevant zijn om preventief in te zetten bij tweejarigen met een fors temperament, juist om ontwikkeling van gedragsproblemen te voorkomen. Dit verklaart de leeftijdsindeling van twee tot en met zeven jaar.

1.5.3.1 Factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van twee tot en met zeven jaar

De belangrijkste factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van twee tot en met zeven jaar zijn:

a) Een beginnend negatief interactiepatroon tussen ouders en kind;
b) Problemen op het gebied van boosheidscontrole;
c) Gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden;
d) Problemen op het kinderdagverblijf, de peuterspeelzaal of op school in het contact tussen leerkracht/pedagogisch medewerker of tussen leeftijdgenoten onderling.

a) Een beginnend negatief interactiepatroon tussen ouders en kind

Ouders en kinderen beïnvloeden elkaar voortdurend over en weer (zie paragraaf 1.2). Vroeg te onderkennen temperamentkenmerken van het kind (zoals prikkelbaarheid, dwars of druk gedrag; Guo & Mrug, 2018) kunnen opvoedingskenmerken uitlokken waardoor deze temperamentkenmerken zich ontwikkelen tot gedragsproblemen. Stress bij de ouders, door allerlei problemen uitgelokt, kan de opvoeding negatief beïnvloeden. Aldus kunnen negatieve interactiepatronen ontstaan (Patterson, 2016). Kenmerkend voor de ouder-kind interacties zijn:

- dwingende interacties tussen ouder en kind, waarbij een kind met dwingend of agressief gedrag zijn zin probeert te krijgen;
- veel aandacht voor ongewenst gedrag;
- - inconsequent en te toegeeflijk handelen;
- hard straffen;
- weinig aandacht voor gewenst gedrag in de vorm positieve opdrachten, prijzen en belonen.

Deze opvoedingskenmerken houden de gedragsproblemen van het kind in stand (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018).

Negatieve interactiepatronen worden doorbroken met behulp van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden (zie hoofdstuk 2). Deze interventies kunnen ook benut worden om het bredere opvoedsysteem rondom het kind (familie, school, vrije tijd) positief te beïnvloeden.

b) Problemen op het gebied van boosheidscontrole

Problemen bij het reguleren van negatieve emoties zoals boosheid (ook wel emotieregulatie of boosheidscontrole genoemd), worden gezien als één van de kernaspecten van gedragsproblemen (zie paragraaf 1.2; Bookhout, Hubbard, & Moore, 2018; Cole, Zahn-Waxler, Usher, & Welsh, 1996). Al bij kleuters zijn verschillen in emotieregulatie te ontdekken, die samenhangen met gedragsproblemen (Cole et al., 1996). Kinderen met vroeg beginnende gedragsproblemen, zouden zich minder effectieve emotieregulatiestrategieën eigen maken. Zij gebruiken meer maladaptieve dan adaptieve strategieën in emotioneel moeilijke situaties. Kinderen met gedragsproblemen vinden het lastiger om de spanningsopbouw van negatieve emoties te voelen, waardoor ze minder tijd hebben om gebruik te maken van adaptieve strategieën, zoals probleemoplossend handelen, afleiding zoeken, een moeilijke situatie accepteren, een positieve stemming oproepen of steun zoeken (Matthys & Lochman, 2017). Zij kiezen eerder voor maladaptieve strategieën, zoals opgeven, je terugtrekken of reageren met agressie.

Dergelijke emotieregulatieproblemen vergroten het risico op latere sociale en emotionele problemen, waaronder gedragsproblemen. Afwijzing door leeftijdsgenoten lijkt daarbij een belangrijke mediërende rol te spelen: emotieregulatieproblemen tijdens de vroege jeugd voorspellen afwijzing door leeftijdsgenoten in de schoolleeftijd, terwijl die afwijzing weer een voorspeller is voor bijvoorbeeld antisociaal gedrag tijdens de adolescentie (Röll, Koglin, & Petermann, 2012).

Het vaststellen van problemen op het gebied van boosheidscontrole bij het jonge kind betekent niet dat de hulpverlening zich primair op het kind zelf moet richten.
Wil je kinderen van twee tot en met zeven jaar leren hun emoties te hanteren, dan is het zaak de ouders en andere opvoeders opvoedingsvaardigheden aan te leren. De ouders en de bredere omgeving kunnen vervolgens het kind steunen en leren om te gaan met hun boosheid (Cornacchio, Bry, Sanchez, Poznanski, & Comer, 2018; Matthys & Boersma, 2018). Ouderinterventies gericht op deze opvoedingsvaardigheden hebben ook tot doel de boosheidscontrole te versterken (zie hoofdstuk 2).

c) Gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden

Kinderen hebben sociale probleemoplossingsvaardigheden nodig om tal van situaties het hoofd te bieden. Het gaat daarbij om het doorlopen van verschillende stappen voordat je reageert in een sociale situatie (ook wel proces van sociale informatieverwerking genoemd):

1. Waarnemen wat er aan de hand is: wat is het probleem?
2. Nadenken over een oplossing: wat kan je doen?
3. Nadenken over nog meer oplossingen: wat kan je nog meer doen?
4. Nadenken over de gevolgen van de oplossingen: wat gebeurt er nu als je dit doet?
5. Een keuze maken wat je het beste kan doen: wat kies ik, is het dat wat ik wil?

In het sociale informatieverwerkingsmodel van Crick & Dodge (1994) wordt aangegeven dat agressief gedrag bij kinderen het gevolg is van één of meer problemen in het informatieverwerkingsproces. Daarbinnen heeft vijandige intentietoekenning relatief veel aandacht gekregen (zie paragraaf 1.2). Onderzoek met betrekking tot sociale informatieverwerking toont aan dat kinderen met een gedragsstoornis of gedragsproblemen geneigd zijn om in een ambigue situatie vijandige attributies toe te kennen (Crick & Dodge, 1994; Orobio de Castro & Van Dijk, 2018; Orobio de Castro, Veerman, Koops, Bosch, & Monshouwer, 2002).

Een belangrijke taak in de vroege kindertijd is om te leren om je niet agressief te gedragen (Tremblay et al., 2005), bijvoorbeeld door goedaardige attributies aan te leren. Dodge (2006) oppert dat peuters – op het moment dat zij intenties 'begrijpen' – eerst aannemen dat alle provocaties door anderen samengaan met vijandige intenties van anderen, maar dat zij vervolgens pas leren dat niet alle provocaties vijandig zijn, maar bijvoorbeeld ook 'per ongeluk' kunnen zijn. Een vijandige attributiestijl kan dan gezien worden als een falen om een goedaardige attributiestijl te ontwikkelen. Onderzoek bij kleuters laat zien dat zij in staat zijn om opzettelijke en onopzettelijke acties van elkaar te onderscheiden, en dat ook al bij agressieve kleuters relatief vaak een vijandige attributie bias gevonden wordt (zie bijvoorbeeld Katsurada & Sugawara, 1998).

Het vaststellen van problemen op het gebied van sociale probleem oplossing bij het jonge kind betekent niet dat de hulpverlening zich primair op het kind zelf moet richten. Op deze leeftijd richt de hulp zich vooral op het toerusten van ouders en leerkrachten met inzichten en vaardigheden om middels de opvoeding het jonge kind te helpen beter sociale problemen op te lossen.

d) Problemen op het kinderdagverblijf, de peuterspeelzaal of op school in het contact tussen leerkracht/pedagogisch medewerker of tussen leeftijdgenoten onderling

Jonge kinderen met gedragsproblemen ondervinden vaak (ook) problemen op het kinderdagverblijf, de peuterspeelzaal of de school (zie paragraaf 1.2; Matthys, 2011). Vaak gaat dit gepaard met problematische relaties: met leerkrachten of begeleiders vanwege het afwijkende gedrag, maar ook met leeftijdsgenoten, vanwege agressief gedrag en pesten – veelal geleid door vijandige attributies (Carr, 2006). Die problematische relaties met klasgenoten zijn tevens belangrijk met het oog op afwijzing door leeftijdsgenoten: onpopulariteit bleek voorspellend voor latere isolatie in een studie bij jonge jongens, terwijl afgewezen jongens relatief veel agressief gedrag vertoonden (Dodge, Coie, Pettit, & Price, 1990). Op grond daarvan geven deze auteurs aan dat de gedragsproblemen alleen maar lijken te verergeren doordat deze jongens door afwijzing minder kwalitatief goede interacties met leeftijdsgenoten krijgen of doordat zij zichzelf terugtrekken – wat in beide gevallen het belang van positieve relaties met klasgenoten onderstreept. Tot slot worden bij kinderen met externaliserende gedragsproblemen ook relatief vaak leerproblemen gezien, maar deze lijken bij jonge kinderen nog vooral samen te hangen met de comorbiditeit met ADHD, of kenmerken daarvan zoals aandachtsproblemen en hyperactiviteit (Frick et al., 1991; Hinshaw, 1992).
Parallel aan de problemen die het kind op school (of op de peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf) ervaart, kunnen er ook moeilijkheden in de samenwerking tussen ouders en leerkracht/leiding ontstaan (Matthys, 2011; Webster-Stratton, 2007). De samenwerking tussen ouders en leerkrachten is echter essentieel: niet alleen is goede samenwerking – en regelmatige, duidelijke communicatie – één van de belangrijkste dingen als ouders willen dat hun kind het goed doet op school (Matthys & Boersma, 2017, 2018; Webster-Stratton, 2007), maar ook is de beïnvloeding van het gedrag op school noodzakelijk, aangezien de gedragsproblemen de andere kinderen op school storen en een zware belasting voor de leerkracht vormen (Matthys, 2011).

1.5.3.2 Factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van acht tot twaalf jaar

De belangrijkste factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van acht tot twaalf jaar zijn:

a) Een negatief interactiepatroon tussen ouders en kind;
b) Problemen op het gebied van boosheidscontrole;
c) Gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden;
d) Gebrekkige sociale vaardigheden;
e) Problemen op school;
f) Vrienden met negatief afwijkend gedrag;
g) Crimineel gedrag van de familie of in de buurt.

a) Een negatief interactiepatroon tussen ouders en kind

In een gezin met opgroeiende kinderen kunnen met enige regelmaat negatieve interacties voorkomen, bijvoorbeeld omdat ouders vinden dat hun kinderen zich niet aan regels of afspraken houden of zich te veel onttrekken aan interesse en toezicht van ouders of omdat kinderen vinden dat hun ouders zich te veel met hen bezighouden en hen te weinig hun eigen gang laten gaan. Dit valt onder gewone gezinsinteracties in een gezin met opgroeiende kinderen (Patterson, 2016). Wanneer er sprake is van dwingende interacties tussen ouder en kind, inconsequent en te toegeeflijk handelen, hard straffen, veel aandacht voor ongewenst gedrag en bovendien weinig aandacht voor sociaal wenselijk gedrag in de vorm positieve opdrachten, prijzen en belonen, , dan is sprake van een negatief interactiepatroon (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018) (zie paragraaf 1.2 en 1.5.3.1).

Een longitudinale studie bij tweelingen vanaf elf jaar (Burt, McGue, Krueger, & Iacono, 2005) laat zien dat zowel conflict als externaliserend gedrag niet alleen stabiel zijn over de tijd, wat met name door genetische factoren lijkt te komen, maar dat zij ook een bidirectionele relatie hebben: externaliserend gedrag voorspelt conflict, maar conflict voorspelt ook externaliserend gedrag drie jaar later. Het lijkt er daarom op dat ouder-kind conflicten deels voortkomen uit een reactie van ouders op het deels erfelijk bepaalde externaliserende gedrag van hun kind, terwijl zij tegelijkertijd ook door omgevingsmechanismes als opvoeding bijdragen aan dit externaliserende gedrag. Er ontstaat op die manier een neerwaartse spiraal.

Bij kinderen tussen acht en twaalf jaar vormt de opvoeding het belangrijkste aanknopingspunt voor beïnvloeding van gedragsproblemen.

b) Problemen op het gebied van boosheidscontrole

Problemen bij het reguleren van negatieve emoties zoals boosheid (ook wel emotieregulatie of boosheidscontrole genoemd), worden gezien als één van de kernaspecten van gedragsproblemen (zie paragraaf 1.2 en 1.5.3.1) (Bookhout, Hubbard, & Moore, 2018; Cole et al., 1996). Naarmate kinderen ouder worden hanteren ze steeds meer interne, cognitieve strategieën in plaats van externe, gedragsmatige strategieën: vanaf acht á negen jaar zijn kinderen in staat om hun emoties door middel van cognities over henzelf, hun gevoelens of anderen te reguleren (Garnefski, Rieffe, Jellesma, Meerum Terwogt, & Kraaij, 2007). Individuele verschillen tussen kinderen in emotieregulering blijven echter relatief stabiel vanaf de vroege kindertijd en zijn negatief gerelateerd aan gedragsproblemen (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Met name het gebruik van voornamelijk maladaptieve strategieën, of zowel weinig adaptieve als maladaptieve strategieën, lijkt gerelateerd te zijn aan verhoogd externaliserend probleemgedrag in deze leeftijdscategorie (Otterpohl, Schwinger, & Wild, 2016). Doordat kinderen met gedragsproblemen het lastiger vinden om de spanningsopbouw van negatieve emoties te voelen, hebben zij echter ook minder tijd om gebruik te maken van adaptieve strategieën (Matthys & Lochman, 2017).

c) Gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden

Kinderen hebben sociale probleemoplossingsvaardigheden nodig om tal van situaties het hoofd te bieden. Het gaat daarbij om het doorlopen van verschillende stappen voordat je reageert

in een sociale situatie (zie paragraaf 1.2 en 1.5.3.1). Voor kinderen van acht tot twaalf jaar met ernstige gedragsproblemen blijkt dat zij hun aandacht op minder informatie richten (Matthys, Cuperus, & Van Engeland, 1999), vaker een vijandige intentie toekennen aan het gedrag van een ander (Orobio de Castro et al., 2002), weinig oplossingen bedenken (Lochman & Dodge, 1994; Matthys, Cuperus, & Van Engeland, 1999) maar relatief veel agressieve oplossingen bedenken (Waldman, 1996). Zij achten zichzelf beter in staat dan leeftijdsgenoten om een agressieve oplossing uit te voeren en kiezen ook vaker voor een agressieve oplossing als ze de keuze krijgen tussen verschillende oplossingen (Matthys, Cuperus, & Van Engeland, 1999). Deze kenmerkende problemen in de sociale probleemoplossingsvaardigheden spelen een rol bij de instandhouding van het probleemgedrag – ook bij kinderen in de basisschoolleeftijd (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017; Orobio de Castro & Van Dijk, 2018).

Jeugdigen met een LVB hebben meer moeite met het aanleren en toepassen van sociaal probleemoplossende vaardigheden Dit vraagt extra aandacht in de diagnostiek en de behandeling en specifieke expertise (Van Nieuwenhuijzen, Vriens, Scheepmaker, Smit, & Porton, 2011).

d) Gebrekkige sociale vaardigheden

Onderzoek toont tekorten in sociale vaardigheden bij kinderen met een gedragsstoornis aan: deze kinderen hebben bijvoorbeeld onvoldoende sociale vaardigheden om alternatieve oplossingen voor sociale problemen te bedenken of zo'n oplossing ook uit te voeren (Carr, 2006). Wanneer een kind beperkte sociale vaardigheden heeft en situaties niet op adequate wijze kan aanpakken, kunnen gedragsproblemen in stand worden gehouden. Daarnaast kunnen kinderen die vanwege hun gedragsproblemen worden uitgestoten uit de groep leeftijdgenoten in onvoldoende mate sociale vaardigheden ontwikkelen (Bierman, Miller, & Stabb, 1987). Er is sprake van een tekort aan sociale vaardigheden wanneer gedragsproblemen van het kind voor een deel voortkomen uit onvermogen tot zelfstandig en adequaat hanteren van lastige sociale situaties. Deze jongeren kunnen niet voldoen aan nieuwe omgevingseisen en zijn weinig flexibel in hun aanpassingen. Het kan hierbij gaan om het te weinig vaardig zijn in het communiceren, onderhandelen, het oplossen van conflicten, samenwerken, omgaan met kritiek, omgaan met autoriteit en het maken van keuzes.

e) Problemen op school

Zoals in paragraaf 1.4.3.1 is beschreven, manifesteren ernstige gedragsproblemen zich veelal ook op school (Matthys, 2011), wat vaak gepaard gaat met problematische relaties op school (zie paragraaf 1.2; Carr, 2006), zowel tussen het kind met gedragsproblemen en andere leerlingen, tussen het kind met gedragsproblemen en de leerkracht en tussen de leerkracht en de ouders van het kind met gedragsproblemen. Tevens voorkomende leerproblemen lijken bij kinderen met gedragsproblemen vooral samen te hangen met de comorbiditeit met ADHD, of kenmerken daarvan zoals aandachtsproblemen en hyperactiviteit (Frick et al., 1991; Hinshaw, 1992). Zowel de lage schoolprestaties als moeilijkheden in de omgang met leeftijdgenoten op school of de leerkracht op school kunnen gezien worden als in stand houdende factoren van ernstige gedragsproblemen (Carr, 2006).

f) Problemen met leeftijdgenoten

Zoals eerder aangegeven lopen kinderen met gedragsproblemen het risico om te worden 'uitgestoten' door sociaal vaardige kinderen (zie paragraaf 1.2; McDonald & Gibson, 2018). Dit heeft niet alleen als risico dat ze minder prosociale ervaringen op kunnen doen, maar dat vergroot ook het risico ze ook steeds meer toetrekken naar andere kinderen met gedragsproblemen. In de schoolleeftijd tot in de adolescentie kunnen gedragsproblemen, zoals liegen, stelen en vandalisme positief bekrachtigd worden door (deviante) leeftijdsgenoten. Bovendien wanneer het kind op dwingende en ergerlijke wijze met anderen omgaat en anderen zwichten voor dit gedrag dan blijft dit gedrag bestaan of wordt erger (negatieve bekrachtiging) (Patterson, 2016; Piehler, 2016; Reid, Patterson, & Snyder, 2002). Omgang met deviante leeftijdsgenoten zorgt er bovendien voor dat kinderen bloot worden gesteld aan deviante modellen (d.w.z. leeftijdsgenoten die met hun deviante gedrag het slechte voorbeeld geven). Deviante vrienden kunnen daarom een belangrijke in stand houdende factor van gedragsproblemen zijn (Utrzan, Piehler, & Dishion, 2018), zeker in combinatie met een subcultuur die criminaliteit goedkeurt (bijvoorbeeld een buurt met hoge criminaliteitscijfers; zie onderdeel g) of in omgevingen waar er weinig kansen voor kinderen zijn in termen van opleiding en werk (Carr, 2006; Fite et al., 2018).

Voor jeugdigen met een LVB geldt dat zij makkelijker negatief beïnvloedbaar zijn door leeftijdsgenoten, maar ook overvraging lijkt een rol te spelen (Teeuwen, 2012). De LVB is vaak niet aan het uiterlijk te herkennen, met als gevolg dat er vaker meer van hen gevraagd of verwacht wordt dan zij werkelijk kunnen of aankunnen. Dit kan leiden tot gevoelens van frustratie en falen, wat zich vervolgens kan uiten in opstandig gedrag.

g) Crimineel gedrag van de familie of in de buurt

Verschillende longitudinale studies laten zien dat het hebben van een antisociale ouder een sterke voorspeller is van gedragsproblemen, gedragsstoornissen en delinquentie bij kinderen (zie bijvoorbeeld Murray & Farrington, 2010). Het hebben van antisociale ouders tijdens de schoolleeftijd behoort tot één van de sterkste voorspellers van ernstige en gewelddadige delinquentie tijdens de late adolescentie en jong-volwassenheid (Lipsey & Derzon, 1998). In het bijzonder is detentie van één van de ouders een sterke voorspeller van antisociaal gedrag tijdens de kindertijd (Murray, Farrington, & Sekol, 2012).

Daarnaast laat een recente meta-analyse (Chang, Wang, & Tsai, 2016; Fite et al., 2018) het negatieve effect van opgroeien in een slechte buurt op fysieke agressie zien – zelfs wanneer gecorrigeerd wordt voor individuele kindkenmerken door multi-levelanalyses. Hoewel er geen consensus bestaat over de vraag op welke leeftijd een slechte buurt het meest schadelijk zou zijn, werden in deze zelfde meta-analyse grotere effecten voor jongere kinderen gevonden, wat zou suggereren dat de buurt een groter effect heeft bij kinderen dan bij jongeren.

Criminele ouders wonen bovendien relatief vaak in slechtere buurten, waardoor de verleiding om crimineel gedrag te vertonen binnen deze gezinnen extra groot wordt. Dit is te begrijpen vanuit de general theory of crime (Gottfredson & Hirschi, 1990), die stelt dat een gebrek aan zelfcontrole het essentiële element bij criminaliteit is: individuen die wel over een hoge

mate van zelfcontrole beschikken denken na over de langetermijngevolgen van hun gedrag, terwijl individuen met weinig zelfcontrole dit niet doen. Op het moment dat gezinsleden met een gebrekkige zelfcontrole in een slechte buurt – met bijvoorbeeld weinig sociale controle en binding – wonen, kan de vergrote mogelijkheid om delicten te plegen ook daadwerkelijk resulteren in het plegen van meer delicten, door zowel ouders als kinderen (Nijhof, De Kemp, & Engels, 2009).

1.5.3.3 Factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van twaalf tot 18+ jaar

Met het ouder worden neemt het aantal mogelijk in stand houdende factoren toe. De belangrijkste factoren die gedragsproblemen in stand houden bij kinderen van twaalf tot 18+ jaar zijn:

a) Een (ingesleten) negatief interactiepatroon tussen ouders en kind;
b) Problemen op het gebied van boosheidscontrole;
c) Gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden;
d) Gebrekkige sociale vaardigheden;
e) Duurzame negatieve overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld;
f) Problemen op school en/of werk;
g) Vrienden met negatief afwijkend gedrag/positieve identificatie met de criminele wereld;
h) Gebrekkige vrijetijdsbesteding;
i) Crimineel gedrag van de familie of in de buurt.

a) Een (ingesleten) negatief interactiepatroon tussen ouders en kind

In een gezin met opgroeiende kinderen zullen met enige regelmaat negatieve interacties voorkomen doordat kinderen enerzijds in toenemende mate naar autonomie streven en zij anderzijds nog behoefte aan sturing en monitoring behoeven. Met name bij kinderen tussen de twaalf en vijftien jaar kan sprake zijn van fasetypische 'puberproblematiek': gedragsproblemen die mede een gevolg zijn van het in de puberteit raken van een kind en ouders die het moeite kost om hierbij aan te sluiten in hun opvoeding. Het kind gaat meer zijn eigen weg en onttrekt zich steeds meer aan de invloed van ouders. Ouders weten niet goed wat te doen en stellen (te) veel regels of gaan er te veel 'bovenop' zitten, waardoor ruzies tussen ouder en kind toenemen (Granic, Hollenstein, Dishion, & Patterson, 2003). Door dit patroon van trekken door ouders en zich onttrekken door de jongere neemt het risico op verliezen van de communicatie en verbinding toe.

Opvoedgedragingen blijven dus ook in de adolescentie (onbedoeld) bijdragen aan externaliserend probleemgedrag, met fysieke mishandeling als extreem voorbeeld van dergelijk suboptimaal opvoedgedrag, dat ook gerelateerd is aan gedragsproblemen (Capaldi & Eddy, 2015). Als dergelijke negatieve interacties steeds maar weer bekrachtigd worden door de wisselwerkingen binnen het gezin en in de samenleving, worden deze interacties en manier van probleem oplossen niet alleen routine, maar ook steeds meer gewaardeerd. In de adolescentie is bovendien het onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van de jongeren een opvoedingskenmerk dat gedragsproblemen in stand houdt (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018).

Wanneer sprake is van matige problemen kan eerst een vorm van lichte opvoedondersteuning ingezet worden om te onderzoeken of dit voldoende bijdraagt aan de verbetering van de interacties binnen het gezin (De Lange et al., 2017). Er is sprake van een (ingesleten) negatief interactiepatroon als de problemen en gevolgen ervan ernstig zijn (zie paragraaf 1.1) en wanneer:

- ouders en de jongere overwegend negatief met elkaar communiceren, waarbij zij elkaar beschuldigen, defensief op elkaar reageren en elkaar weinig tot niet steunen;
- er weinig affectie is tussen de jongere, ouders en broers/zussen;
- er gebrek aan toezicht is en ouders onvoldoende op de hoogte zijn van het dagelijks leven van de jongere (zoals waar hij is of wie zijn vrienden zijn);
- gebrek aan of inconsistente regels, waarbij ouders onvoldoende invloed lijken te kunnen uitoefenen om de jongere (bij) te sturen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (opstaan, naar school gaan, huiswerk maken, helpen bij klussen in huis);
- er vaak en te hard gestraft wordt.

In deze gevallen is een inventarisatie van de hier genoemde in stand houdende factoren nodig.

b) Problemen op het gebied van boosheidscontrole

Net als in de jongere leeftijdsgroepen (zie paragraaf 1.5.3.1 en 1.5.3.2) worden emotieregulatieproblemen bij jongeren in verband gebracht met psychopathologie, waaronder ernstige gedragsproblemen (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksema, 2011). Jongeren met ernstige gedragsproblemen onder- of overreguleren negatieve gevoelens – en met name boosheid (Bookhout, Hubbard, & Moore, 2018; Neumann, Van Lier, Frijns, Meeus, & Koot, 2011) – bij stress of frustratie, waardoor zij vaker dan andere jongeren agressief gedrag vertonen (Roberton, Daffern, & Bucks, 2012). Ook de regulatie van andere negatieve emoties blijken echter in verband te staan met ernstige gedragsproblemen bij jongeren: gebrekkige emotieregulatie met betrekking tot boosheid en verdriet hingen samen met respectievelijk fysieke en relationele agressie bij jongeren (Sullivan, Helms, Kliewer, & Goodman, 2010). De emotieregulatieproblemen zijn ook terug te zien het het gebruik van emotieregulatiestrategieën: met name het gebruik van voornamelijk maladaptieve strategieën, of zowel weinig adaptieve als maladaptieve strategieën, lijkt gerelateerd te zijn aan verhoogd externaliserend probleemgedrag (Otterpohl, Schwinger, & Wild, 2016).

c) Gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden

In paragraaf 1.4.3.1 en 1.4.3.2 is besproken, wordt aangegeven dat ernstige gedragsproblemen bij kinderen het gevolg is van één of meer problemen in het informatieverwerkingsproces en daarmee samenhangende gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden. Deze problemen liggen aan de basis van hun moeilijkheden bij het aangaan en onderhouden van relaties met niet-deviante leeftijdsgenoten (Carr, 2006) en spelen een rol bij de instandhouding van het probleemgedrag (Matthys, 2011). Bij jongeren met ernstige gedragsproblemen zien we bijvoorbeeld dat zij relatief vaak vijandige intenties toekennen, weinig oplossingen bedenken (Lochman & Dodge, 1994), relatief vaak als eerste een agressieve oplossing bedenken (Nas, Orobio de Castro, & Koops, 2005) en ook vaker voor een agressieve oplossing kiezen als ze de keuze krijgen tussen verschillende oplossingen (Graham, Hudley, & Williams, 1992).

d) Gebrekkige sociale vaardigheden

Aangezien vriendschappen en sociale relaties complexer worden tijdens de adolescentie, hebben jongeren ook nieuwe sociale vaardigheden – met betrekking tot complexere regels – nodig in vergelijking met kinderen (January, Casey, & Paulson, 2011). Zoals in paragraaf 1.4.3.2 beschreven is, toont onderzoek echter tekorten in sociale vaardigheden bij kinderen en jongeren met een gedragsstoornis aan: deze jeugdigen hebben beschikken onvoldoende over vaardigheden als communiceren, onderhandelen, het oplossen van conflicten, samenwerken, omgaan met kritiek, omgaan met autoriteit en het maken van keuzes (Carr, 2006).

e) Duurzame negatieve overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld

Als jongeren langdurig negatieve interacties hebben met hun omgeving, dan ontwikkelen zich bij hen negatieve overtuigingen (ook wel cognitieve vertekeningen genoemd) over zichzelf, anderen of de wereld (Orobio de Castro & Van Dijk, 2018). Voorbeelden van die negatieve overtuigingen zijn:

- 'Ik ben waardeloos en zal nooit iets bereiken in mijn leven.'
- 'Alles moet gaan zoals ik het wil.'
- 'De wereld is tegen mij'.
- 'Ze moeten altijd mij hebben.'

Bij individuen die sterk of frequent gebruik maken van cognitieve vertekeningen is de kans groot dat er sprake is van psychopathologie (Barriga, Gibbs, Potter, & Liau, 2001). Een meta-analyse (Helmond, Overbeek, Brugman, & Gibbs, 2015) toonde een verband aan tussen cognitieve vertekeningen en externaliserende gedragsproblemen.

Negatieve overtuigingen kleuren ook de manier waarop de sociale probleemoplossing plaatsvindt. Dit uit zich in:

- egocentrisme;
- anderen de schuld geven;
- het ergste verwachten;
- minimaliseren (bijvoorbeeld je eigen aandeel in een conflict, of de negatieve gevolgen van agressie of een delict);
- om zich niet bedreigd te hoeven voelen, ervaren ze zich als sterk, machtig en onkwetsbaar.

Zelfbeschermende (self-serving) cognitieve vertekeningen zijn gerelateerd aan externaliserende problemen (Barriga, Hawkins, & Camelia, 2008) en spelen een sleutelrol in de verklaring van antisociaal gedrag (Barriga et al., 2001). Egocentrisme vormt een drijfveer van antisociaal gedrag, terwijl 'anderen de schuld geven, minimaliseren/verkeerd benoemen en uitgaan van het ergste' empathie en schuldgevoel reduceren en cognitieve dissonantie reduceren rondom het plegen van antisociaal gedrag (Brugman et al., 2011).

f) Problemen op school

Jongeren met gedragsproblemen ondervinden vaak ook veel problemen op school. Dit kunnen problemen zijn in het contact met leerkrachten (bijvoorbeeld autoriteitsconflicten (Loeber & Burke, 2011; Matthys & Boersma, 2018), in het contact met leeftijdsgenoten (bijvoorbeeld agressief gedrag, pesten en gepest worden (Matthys & Boersma, 2018; Salmon, James, Cassidy,

& Javaloyes, 2000), spijbelen of op het gebied van schoolresultaten (bijvoorbeeld lagere resultaten dan verwacht zou mogen worden, of specifieke leerproblemen) (Hinshaw, 1992; Matthys & Boersma, 2018). Zeker wanneer deze problemen langere tijd voortduren, ontwikkelt de jongere een negatieve houding ten opzichte van school en is het risico op schorsing of het volledig afbreken van de schoolgang groot. Gedragsproblemen vormen daarmee een belangrijke risicofactor voor spijbelen en schooluitval (Dowrick, Back, & Mills, 2015). Andersom geldt echter ook dat slechte schoolprestaties een risicofactor voor gedragsproblemen en delinquentie zijn (Murray & Farrington, 2010), terwijl problemen op school en schooluitval ook de verdere kansen van jongeren beperken (bijvoorbeeld qua verder onderwijs en carrièremogelijkheden) en daarmee ook het verdere verloop van de gedragsproblemen, aangezien hiermee tevens de kans op bijvoorbeeld het wonen in een criminele buurt en contact met deviante vrienden vergroot wordt (Capaldi & Eddy, 2015).

Als gevolg van de genoemde problemen ontstaan er vaak problemen in de relatie tussen de ouders van de jongere en school.

g) Problemen met leeftijdgenoten

Leeftijdgenoten spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van jongeren tussen de twaalf en achttien jaar. Ze bieden de jongere het gevoel erbij te horen, vergroten hun eigenwaarde en bevorderen hun sociale vaardigheden. Beperkte sociale vaardigheden, tegenvallende schoolresultaten en alcohol- en druggebruik kunnen bijdragen aan uitsluiting door pro-sociale jongeren en omgang met gelijkgestemde jongeren die geen waarde hechten aan school en wel aan het gebruiken van drugs.
Omgaan met antisociale leeftijdsgenoten en het ontbreken van sterke sociale banden in de adolescentie vormt een van de sterkste voorspellers voor ernstige en gewelddadige delinquentie tijdens de late adolescentie en jong-volwassenheid (Lipsey & Derzon, 1998). Waar de belangrijkste invloed van leeftijdsgenoten op externaliserend probleemgedrag bij jongere kinderen vooral gelegen was in sociale acceptatie, speelt in de adolescentie vooral de invloed vanuit de groep leeftijdsgenoten waarmee de jongere omgaat een rol. Als een jongere zich eenmaal inlaat met een verkeerde vriendengroep wordt zijn antisociale gedrag meestal versterkt doordat de hele groep meedoet aan antisociale activiteiten en doordat dit wordt goedgekeurd door de hele groep (Piehler, 2016; Utrzan, Piehler, & Dishion, 2018). Omgang met deviante vrienden kan bijdragen aan de escalatie van antisociaal gedrag, inclusief middelenmisbruik, delinquentie, schooluitval en bendelidmaatschap (Baughman Sladky, Hussey, Flannery, & Jefferis, 2015). Bovendien, als leeftijdgenoten zwichten voor de dwingendheid van verschillende typen storend gedrag, dan wordt dit gedrag negatief bekrachtigd en onderhouden (Piehler, 2016).

Dit lijkt ook te gebeuren door het ontwikkelen van een criminele levensstijl: de invloed van deviante leeftijdsgenoten op delinquentie blijkt gemedieerd te worden door (achtereenvolgens) crimineel denken en identificering met een criminele identiteit (Walters, 2017). De jongeren versterken elkaar in een positieve identificatie met criminele activiteiten en de criminele wereld, die gezien wordt als een slimme en snelle manier om aan geld te komen en die ook een aantrekkelijk alternatief vormt als de kans op een reguliere opleiding en baan door problemen op school, in het gezin en in de wijk steeds verder afnemen.

Voor sommige jongeren geldt dat zij door een gebrek aan sociale en cognitieve vaardigheden moeilijk weerstand kunnen bieden aan druk vanuit de groep en daardoor in risicovolle situaties belanden.

h) Gebrekkige vrijetijdsbesteding

Onderzoek suggereert dat deelname aan een gestructureerde activiteiten in de vrije tijd het risico op gedragsproblemen, waaronder ook uitval op school, middelenmisbruik en delinquentie, met name bij kinderen met uit gezinnen met een lage SES verkleint.

Wanneer jongeren vooral deelnemen aan ongestructureerde en on-gesuperviseerde vrijetijdsbesteding en bijvoorbeeld met name rondhangen, dan ontneemt ze dat de kans om in contact te komen met prosociale leeftijdgenoten en zo hun sociale vaardigheden te vergroten. Verveling vergroot daarnaast het risico op het ondernemen van grensoverschrijdende activiteiten, zeker in groepsverband. Gedragsproblemen komen juist vooral voor tijdens ongestructureerde, on-gesuperviseerde sociale activiteiten met leeftijdsgenoten. Het gebrek aan structuur zorgt voor meer ruimte en tijd voor deviant gedrag; de aanwezigheid van leeftijdsgenoten maakt het eenvoudiger om deel te nemen aan deviant gedrag en maakt het gedrag meer belonend en de afwezigheid van autoriteitsfiguren vermindert de kans dat jongeren aangesproken worden op hun deviante gedrag (Osgood, Wilson, O'Malley, Bachman, & Johnston, 1996).

i) Crimineel gedrag van de familie of in de buurt

In de literatuur heeft het sterkste bewijs voor de relatie tussen het hebben van criminele familieleden en ernstige gedragsproblemen betrekking op de ouders. Antisociale ouders hebben relatief vaak ook antisociale kinderen. Diverse (longitudinale) studies hebben laten zien dat het hebben van een antisociale ouder een sterke voorspeller is van gedragsproblemen, gedragsstoornissen en delinquentie bij hun kinderen (zie bijvoorbeeld Lipsey & Derzon, 1998; Murray & Farrington, 2010) – en dit geldt in het bijzonder voor een (ex-)gedetineerde ouder (Murray, Farrington, & Sekol, 2012). Maar naast het gezin waar een kind opgroeit, is ook de buurt waarin het gezin opgroeit van belang (Fite et al., 2018). Een recente meta-analyse (Chang, Wang, & Tsai, 2016) laat bijvoorbeeld het negatieve effect van opgroeien in een slechte buurt op fysieke agressie zien – zelfs wanneer gecorrigeerd wordt voor individuele kind-kenmerken door multi-levelanalyses – hoewel dit effect mogelijk kleiner is bij jongeren dan bij jongere kinderen.

1.6 Onderzoeksmiddelen

In de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) wordt ingegaan op het gebruik van verschillende onderzoeksmiddelen voor de onderkenning van problemen en voor het onderzoek naar in stand houdende factoren. Observaties, gesprekken en vragenlijsten vormen daarbij de belangrijkste elkaar aanvullende onderzoeksmiddelen. Belangrijke informanten bij het verzamelen van informatie zijn naast de ouders en het kind, de school en belangrijke personen in het netwerk van het gezin.

In deze paragraaf zijn vragenlijsten op een rij gezet die behulpzaam zijn bij de screening en onderkenning van gedragsproblemen en bij het onderzoek naar in stand houdende factoren (Tak, Bosch, Begeer, & Albrecht, 2015).

Screening en onderkennende diagnostiek:

- Child Behavior Check List (CBCL; 1,5-5 jaar; 6-18 jaar)
- Youth Self-Report (YSR; 11-18 jaar)
- Teacher Report Form (TRF; 6-18 jaar)
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; 4-17 jaar)
- Sociaal Emotionele Vragenlijst (4-18 jaar)
- Gedragsvragenlijst voor Kleuters (GvK; 3-7 jaar)
- Vragenlijst Voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VVGK; 6-16 jaar)
- Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag van Kinderen (VOG-O; 6-19 jaar; VOG-L; 6-14 jaar) voor kinderen en jongeren met LVB
- Interactiewijzer Boven -Onder, Tegen-Samen (BOTS; 6-19 jaar)
- Semigestructureerd Klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten (SCICA; 6-18 jaar)
- Child Assessment Schedule (CAS; P-CAS; 7-17 jaar)
- Kiddie-SADS-lifetime (K-SADS-PL; 6-18 jaar)
- Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC / kindversie (9-17 jaar)

Verklarende diagnostiek:

Ouderlijke stress

- Opvoedingsbelastingsvragenlijst (OBVL; 0-19 jaar)
- Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI; 7-13 jaar)
- Nijmeegse Vragenlijst Opvoedingsouderlijke stress (NVOS; 3-14 jaar)

Gezinsfunctioneren

- Interview Dagelijkse Routine (0-17 jaar)
- Vragenlijst Gezinsproblemen (VGP; 0-21+ jaar)
- Vragenlijst Gezinsfunctioneren voor ouders (VGFO; 0-19 jaar)
- Family Relations Test (FRT; 4-12 jaar)
- Gezinsvragenlijst (GVL; 4-19 jaar)
- Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG; 4-19 jaar)
- Taxatielijst voor Ouderfunctioneren (TvO; 4-14 jaar)
- Gezinssysteemtest (GEST; 6-21+ jaar)
- Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised (OKIV-R; 8-18 jaar)
- Gezinsklimaatschaal (GKS-II; 10-21+ jaar)

Sociaal-emotioneel gedrag op school

- Schoolgedragsbeoordelingslijst gereviseerde versie (SCHOBL-R; 2,5-12 jaar)
- Volginstrument voor sociaal-emotionele ontwikkeling (VISEON; 6-13 jaar)
- SchoolVragenlijst (SVL; 9-16 jaar)
- Amsterdamse KinderGedragslijst (AKGL; 9-16 jaar)

Emotieregulatie (boosheidscontrole)

- FEEL-KJ (8-19 jaar)
- Utrechtse Coping Lijst (UCL; 14-21+ jaar)

Sociale cognitie
- Sociaal Cognitieve Vaardigheden Test (SCVT; 4-13 jaar)
- TOM-Test (5-12 jaar)
- Sociale Interpretatie Test (SIT; 7-16 jaar)
- Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT; 0-18 jaar; voor LVB)

Sociale vaardigheden
- Vragenlijst Psychosociale Vaardigheden (VPV; 9-19 jaar)

Zoals eerder in dit hoofdstuk is aangegeven zijn deze instrumenten slechts een hulpmiddel en vormt de score op een gestandaardiseerde vragenlijst een aanvulling op informatie die is verzameld uit gesprekken met en observaties van kinderen en ouders.

1.7 Conclusies

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

Er is een onderscheid tussen enerzijds storend gedrag dat voorkomt bij zich gunstig ontwikkelende jeugdigen en anderzijds ernstige gedragsproblemen. Het hoort bij de ontwikkeling van jeugdigen dat zij wel eens dwars, boos of agressief zijn.

Er zijn vijf subtypen van gedragsproblemen te onderscheiden:
1. dwars en opstandig gedrag;
2. prikkelbaar, boos en woedend zijn;
3. anderen ergeren;
4. antisociaal gedrag en
5. agressief gedrag.

We spreken pas van *ernstige gedragsproblemen* wanneer één of meerdere typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien duidelijke nadelige gevolgen voor de jeugdige of de omgeving.

Voor het vaststellen van ernstige gedragsproblemen stelt de jeugdprofessional vragen aan ouders en/of jeugdige en bredere omgeving over de verschillende typen storend gedrag en de nadelige gevolgen die dit heeft voor de jeugdige zelf of zijn omgeving. Het is daarbij belangrijk dat de jeugdprofessional in gesprek gaat met de jeugdige en ouders, zodat zij voldoende ruimte krijgen om hun mening te geven over de situatie. Aan deze mening moet passend gewicht worden toegekend, waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijd en capaciteit van de jeugdige (zie paragraaf 1.4).

Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen lopen meer risico op allerlei problemen op het gebied van school, opleiding en werk en op sociaal gebied, en lopen meer risico op risicovol gedrag, criminaliteit, druggebruik, de ontwikkeling van een vijandig wereldbeeld en de ontwikkeling van verschillende psychiatrische aandoeningen.

Andere problemen kunnen tegelijk met ernstige gedragsproblemen voorkomen, zoals een autismespectrumstoornis, een depressieve stemming (of een depressieve stoornis), stressgerelateerde stoornissen waaronder een reactieve hechtingsstoornis en posttraumatische stress-stoornis (PTSS), trauma- en/of hechtingsgerelateerde problemen, ADHD, problemen op het gebied van aandacht, concentratie en/of hyperactiviteit, lichamelijke problemen, problematisch druggebruik of een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze problemen kunnen tegelijk voorkomen met de gedragsproblemen, maar ook fungeren als in stand houdende factor van de gedragsproblemen. Wanneer hiervan een vermoeden is, is aanvullende diagnostiek nodig, bij voorkeur middels een multidisciplinaire aanpak. Daartoe wordt deze keuze altijd gemaakt in overleg met ouders en/of jeugdige, een GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist en, indien hier aanleiding voor is, met een kinder- en jeugdpsychiater.

Ernstige gedragsproblemen kunnen zo hardnekkig zijn en tot zulke ernstige nadelige gevolgen leiden dat consultatie van of verwijzing naar de jeugd-GGZ/kinder- en jeugdpsychiatrie aangewezen is Dit geldt ook voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking met hardnekkige ernstige gedragsproblemen. (zie de *Richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis en gedragsstoornis bij kinderen en jongeren (*Matthys & Van de Glind, 2013)).

Diagnostiek bij gedragsproblemen onderscheidt drie stappen die samen met ouders en/of jeugdige worden doorlopen:

1. onderkenning van de aard en ernst van de gedragsproblemen;
2. een brede oriëntatie op andere problemen;
3. inventarisatie van beschermende factoren en risicofactoren die de gedragsproblemen verklaren.

Voor verschillende leeftijdsfasen gelden verschillende in stand houdende factoren. Het is van belang om deze in stand houdende factoren te inventariseren, omdat deze factoren aanknopingspunten bieden voor de behandeling van gedragsproblemen. De in stand houdende factoren zijn:

a) een negatief interactiepatroon tussen ouders en jeugdige (2-7; 8-12; 12-18+);
b) problemen op het gebied van boosheidscontrole (2-7; 8-12; 12-18+);
c) gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden (2-7; 8-12; 12-18+);
d) gebrekkige sociale vaardigheden (8-12; 12-18+);
e) duurzame negatieve gedachten over zichzelf, anderen en de wereld (12-18+);
f) problemen op school en/of werk (2-7; 8-12; 12-18+);
g) problemen met leeftijdgenoten (8-12; 12-18+);
h) gebrekkige vrijetijdsbesteding (12-18+);
i) crimineel gedrag van familie of in de buurt (8-12; 12-18+).

Ouders spelen een cruciale rol in de vermindering van gedragsproblemen. De jeugdprofessional investeert in een goede samenwerking met de jeugdige en ouders door de aanbevelingen uit de *Richtlijn Samen met ouders en jongere beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) te volgen en door vanaf de start psycho-educatie te geven en toe te lichten waarom hij bepaalde vragen stelt of bepaalde adviezen geeft.

School vormt niet alleen een belangrijke aanvullende bron van informatie over het functioneren van het kind, maar ook een belangrijk aanknopingspunt in het verminderen van gedragsproblemen. Leerkrachten kunnen adequate opvoedingsvaardigheden laten zien ende positieve contacten tussen de jeugdige en leeftijdsgenoten stimuleren. Ook andere sociale groepen waartoe de jongere behoort (ook wel systemen genoemd) zoals de groep leeftijdgenoten in de buurt kunnen een aanknopingspunt vormen voor hulpverlening.

Diagnostiek bij jeugdigen met een LVB vraagt extra aandacht en specifieke expertise. Het is belangrijk het niveau van cognitief functioneren van de jeugdige goed in kaart te brengen, om te achterhalen of er eventueel sprake is van een LVB. Bij de afname van instrumenten en de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met de cognitieve beperking. Dit vereist specifieke deskundigheid van de jeugdprofessional. Het is belangrijk dat de jeugdprofessional hierin specifiek is opgeleid. Voor meer informatie wordt verwezen naar de Richtlijn Diagnostisch onderzoek LVB (Douma et al., 2012).

1.8 Overige overwegingen

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

Samenwerking tussen jeugdhulp 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.

De klankbordgroep geeft aan dat bij screening en diagnostiek bij kinderen van nul tot twaalf jaar vooral de omgeving de informant is. Ouders zijn daarbij belangrijke informanten. Bij kinderen van nul tot zes jaar kan spelinteractie observatie van ouder (of onderzoeker) en kind daarnaast informatie opleveren. Bij jeugdigen van zes tot twaalf jaar kan de informatie deels verkregen worden door zelfrapportage. Vanaf twaalf jaar zal de zelfrapportage van jeugdigen een grotere rol spelen. Ook het waarnemen (observatie) van kenmerkend gedrag, emoties en denkpatronen bij jeugdigen vanaf zes jaar zijn een belangrijke aanvullende informatiebron bij de diagnostiek.

Bij jeugdigen vanaf vier 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.

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. Van de SDQ en de OBVL zijn diverse taalvarianten beschikbaar, zoals Arabisch, Engels, Spaans en Turks. Het invullen van de vragenlijst in de eigen taal kan snel veel informatie geven. Een andere mogelijkheid is een tolk in te schakelen of het eigen netwerk van het gezin. Het is 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.

1.9 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies en de overige overwegingen beveelt de werkgroep het volgende sterk aan:

1. Wees je ervan bewust dat storend gedrag hoort bij de normale ontwikkeling. Spreek pas van ernstige gedragsproblemen wanneer
   - er sprake is van één of meerdere van de volgende typen storend gedrag: dwars en opstandig gedrag; prikkelbaar en driftig zijn; anderen ergeren; antisociaal gedrag; agressief gedrag;
   - én er sprake is van nadelige gevolgen voor het kind, de jongere of de omgeving;
   - én het gedrag gedurende minstens enkele maanden voorkomt.

2. Maak een inschatting van de ernst van de gedragsproblemen door na te gaan:
   - hoe lang de gedragsproblemen al bestaan;
   - hoe vaak het gedrag voorkomt;
   - in hoeveel situaties het gedrag voorkomt;
   - van hoeveel verschillende typen storend gedrag er sprake is;
   - in hoeverre er andere problemen spelen;
   - in hoeverre er nadelige gevolgen zijn.

   Maak voor het beoordelen van de ernst zo nodig gebruik van een gestandaardiseerde lijst, zoals de CBCL, YSR, TRF, SDQ en de SEV.

3. Informeer jezelf hoe risicofactoren van invloed zijn op het ontstaan en in stand houden van ernstige gedragsproblemen en hoe beschermende factoren (bijvoorbeeld informele steun) een buffer kunnen vormen voor de invloed van risicofactoren. Leg dit denkkader vanaf het eerste gesprek op een begrijpelijke en ontschuldigende manier uit. Dit maakt deel uit van de psycho-educatie en bevordert de motivatie van ouders en jeugdigen om zich in te zetten voor de diagnostiek en behandeling. Heb oog voor stress bij ouders en praktische belemmeringen die deelname aan hulp kunnen verstoren.

4. Voer diagnostiek samen met ouders en/of jeugdige uit volgens de volgende drie stappen:
   1. Onderkenning van de problemen: aard en ernst.
   2. Nagaan van andere problemen. Ga na of er sprake is van een crisis of van gezinsproblemen die een belemmerende invloed hebben op de inzet van hulp. Ga na of er sprake is van andere problemen of stoornissen bij de jeugdige. Ga na welk type problematiek op de

voorgrond staat en aanleiding vormt voor de aanmelding, om zo te kunnen bepalen waarop de behandeling zich in eerste instantie moet richten. Werk waar mogelijk en indien nodig multidisciplinair samen.

3. Nagaan van beschermende factoren en risicofactoren die de gedragsproblemen verklaren. Onderzoek, afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige, of er sprake is van de volgende in stand houdende factoren (zij vormen aanknopingspunten vormen voor de behandeling): een negatief interactiepatroon tussen ouders en jeugdige; problemen op het gebied van boosheidscontrole; gebrekkige sociale probleemoplossingsvaardigheden; gebrekkige sociale vaardigheden; duurzame negatieve gedachten over zichzelf, anderen en de wereld; problemen op school en/of werk; problemen met leeftijdgenoten; gebrekkige vrijetijdsbesteding; crimineel gedrag van familie of buurtgenoten.

Consulteer bij stap 2 een GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist wanneer er sprake is van een crisis of wanneer er sprake is van aanvullende problemen bij de jeugdige.

5. Voer de verschillende diagnostische stappen samen met ouders en/of jeugdige uit. Leg uit waarom je deze stappen neemt en je bepaalde vragen stelt. Bespreek samen de verschillende keuzemomenten en bespreek welke afwegingen er zijn op deze momenten. Neem samen met hen besluiten.

6. Onderzoek de steunbronnen in de jeugdige, het gezin of de bredere omgeving die maken dat de jeugdige en diens gezin het volhouden, ondanks de problemen die er zijn. Benut en versterk deze beschermende factoren bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding.

7. Wanneer de behandeling zich in eerste instantie op andere problemen bij de jeugdige heeft gericht (zie hiervoor de betreffende richtlijnen) en dit niet heeft geleid tot een afname van de gedragsproblemen, behandel de gedragsproblemen dan volgens de aanbevelingen in deze richtlijn.

8. Consulteer een kinder- en jeugdpsychiater bij hardnekkige ernstige gedragsproblemen die zeer ernstige nadelige gevolgen hebben. Dit geldt ook voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) met hardnekkige ernstige gedragsproblemen.

9. Investeer in samenspraak met jeugdige en ouders in een goede samenwerking met school, omdat school niet alleen een belangrijke informatiebron is, maar ook een belangrijk aanknopingspunt biedt in het verminderen van gedragsproblemen (zie hoofdstuk 5).

10. Breng bij jeugdigen met een vermoeden van een LVB of zwakbegaafdheid het niveau van cognitief en sociaal-emotioneel functioneren goed in kaart. Houd bij de afname van screenings- en diagnostische instrumenten en bij de interpretatie van de resultaten rekening met het cognitieve niveau. Pas indien nodig het taalgebruik aan, maar ook de testafname zelf. Dit vraagt om specifieke expertise. Raadpleeg voor meer informatie de *Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB.*

Hoofdstuk 2

Interventies

De uitgangsvraag van dit hoofdstuk is:
Welk type interventie is het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in welke behandelsetting het meest geëigend? Welke interventies kunnen een negatief effect hebben op gedrag?

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke interventies het meest effectief zijn om ernstige gedragsproblemen aan te pakken. Welke behandeling het meest geschikt is, hangt af van een aantal factoren.
Een belangrijke factor is de leeftijd van een jeugdige en de daarmee samenhangende omvang en invloed van de omgeving en de cognitieve vaardigheden van de jeugdige. Bij (jonge) kinderen (drie tot twaalf jaar) zijn de ouders de belangrijkste opvoedomgeving. Daarmee kunnen zij een belangrijke invloed uitoefenen op het probleemgedrag van het kind. Voor kinderen onder de twaalf jaar kunnen met een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden doorgaans goede resultaten worden behaald (onder meer Cornacchio et al., 2018; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Reyno & McGrath, 2006; Serketich & Dumas, 1996).
Vanaf ongeveer acht jaar nemen de cognitieve vermogens van kinderen dusdanig toe, dat het ook zinvol kan zijn om cognitieve gedragstherapie in te zetten. Vanaf die leeftijd is dat aanvullend aan een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden, bij zeer ernstige gedragsproblemen of wanneer enkel een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden onvoldoende resultaten boekt. Wanneer jeugdigen ouder worden en de basisschoolleeftijd achter zich laten, blijken ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden minder grote effecten te behalen (onder meer McCart, Priester, Davies, & Azen, 2006), wellicht doordat de invloed van ouders rond deze leeftijd afneemt. Daarnaast neemt de invloed van leeftijdsgenoten en de bredere omgeving op deze leeftijd sterk toe (Schaffer, 1996). Met het toenemen van cognitieve capaciteiten vanaf twaalf jaar wordt vaker gekozen voor cognitieve gedragstherapie, waarbij wel rekening moet worden gehouden met het IQ van de jeugdige.
De gedragsproblematiek is op oudere leeftijd doorgaans complexer dan bij jongere kinderen, omdat bijvoorbeeld de omgeving wijder en veeleisender wordt. Ook raakt de problematiek bij een langere duur meer ingesleten en daarmee lastiger aan te pakken. Dit maakt dat intensiever ingrijpen met gezinsinterventies vaak noodzakelijk is.
Een ander belangrijk aspect bij de keuze van een interventie is de setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt. In dit kader gaat het om het onderscheid tussen ambulante en residentiële behandeling.

In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op effectieve interventies voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. In de eerste plaats worden ambulante interventies besproken. Daarbinnen wordt het onderscheid gemaakt tussen interventies voor jeugdigen onder en boven de twaalf jaar, gezien de omvang en invloed van de opvoedomgeving en de ontwikkelende cognitieve vaardigheden. Vervolgens wordt stil gestaan bij interventies die kunnen plaatsvinden binnen de residentiële setting. Hoewel de focus van deze richtlijn niet ligt bij delinquenten blijkt dat in de praktijk interventies voor deze doelgroep ook wel worden toegepast bij ernstige gedragsproblemen. Daarom nemen we hier waar relevant ook interventies uit het jeugdstrafrecht op. Dit hoofdstuk geeft voor elke genoemde interventie de leeftijd en doelgroep

waarvoor deze bestemd is. Uitgebreidere informatie over indicaties en contra-indicaties zijn te vinden in de handleiding of methodiekbeschrijving van de betreffende interventie. Als een jeugdige (en/of zijn ouder(s)) een LVB heeft kunnen reguliere interventies op zich worden ingezet, maar die moeten wel worden aangepast aan de LVB, zoals voorgesteld in de Richtlijn Effectieve Interventies LVB (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Dit houdt bijvoorbeeld in dat het taalgebruik vereenvoudigd wordt, er kleinere stapjes worden gezet, de oefenstof concreet wordt gemaakt en er meer voorgestructureerd en vereenvoudigd wordt. Daarnaast is een veilige en positieve leeromgeving ook voor hen belangrijk en extra aandacht voor de generalisatie van het geleerde, onder andere door het betrekken van het netwerk/het gezin bij de behandeling van de jeugdige (De Wit, Moonen, & Douma, 2011).

Databank Effectieve Jeugdinterventies
Dit hoofdstuk richt zich in eerste instantie op interventies die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut. In deze databank staan jeugdinterventies die in de Nederlandse praktijk worden uitgevoerd en die door een commissie van experts zijn erkend op één van de volgende niveaus:

Erkenningsniveau	Criteria
Goed onderbouwd	3-6 jaar kinderen die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen effectief volgens sterke aanwijzingen
Effectief volgens eerste aanwijzingen	Als 'Goed onderbouwd', aangevuld met criteria voor het uitgevoerde effectonderzoek: Effectiviteit is aangetoond met een voor- en nameting. Er zijn twee studies beschikbaar, waarvan minimaal één is uitgevoerd in Nederland.
Effectief volgens goede aanwijzingen	Als 'Goed onderbouwd', aangevuld met criteria voor het uitgevoerde effectonderzoek: Effectiviteit is aangetoond met twee studies met redelijke bewijskracht (bijvoorbeeld quasi-experimenteel onderzoek zonder follow-up) waarvan minimaal één is uitgevoerd in Nederland. Voor erkenning op dit niveau volstaat ook één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht (gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep en zes maanden follow-up).
Effectief volgens sterke aanwijzingen	Als 'Goed onderbouwd', aangevuld met criteria voor het uitgevoerde effectonderzoek: Effectiviteit is aangetoond met twee Nederlandse onderzoeken met sterke bewijskracht (gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep en zes maanden follow-up) of één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht in combinatie met dergelijk onderzoek uit het buitenland.

Bron: website NJi (http://nji.nl/nl/Databank/Erkenningsprocedure-databank-effectieve-jeugdinterventies zoals bezocht op 16-10-2017).

Via *www.nji.nl/jeugdinterventies* zijn alle interventies in de Databank Effectieve Jeugdinterventies doorzoekbaar. Omdat ook interventies die niet in de Databank staan waardevol kunnen zijn voor de praktijk, wordt in paragraaf 2.9 (overige overwegingen) een aantal extra interventies genoemd. Het gaat hier vooral om interventies geschikt voor een specifieke doelgroep, zoals bijvoorbeeld LVB.

Soorten studies
Voor het lezen van dit hoofdstuk is het onderscheid tussen een primaire studie, systematische

review en een meta-analyse relevant. Een primaire studie is een enkelvoudige studie, waarin één of twee onderzoeksgroepen (interventiegroep en controlegroep) met elkaar worden vergeleken. Een systematische review geeft een overzicht van het gedane onderzoek rondom een bepaald thema. Een meta-analyse gaat nog een stap verder: daarbij worden de data uit verschillende onderzoeken bij elkaar genomen. Daarom hebben systematische reviews en met name meta-analyses over het algemeen meer bewijskracht dan primaire studies.

Effectsize
In de tekst wordt regelmatig een effectsize gegeven. De bekendste index voor deze effectgrootte is Cohens 'd'. Deze maat kan zowel een negatieve als een positieve waarde hebben. Bij een positieve waarde wijst de index op een gunstig effect van de interventie. Bij een negatieve waarde is het effect averechts. Meestal schommelt 'd' tussen -2.0 en +2.0. Onderstaand schema biedt vuistregels om het indexcijfer te interpreteren (Cohen, 1992).

Interpretatie Cohens 'd'	
een 'd' van	wijst op
0.80	een groot effect
0.50	een middelmatig effect
0.20	een klein effect
<0.00	een averechts effect

2.2 Motivatie

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat motivatie belangrijk is bij het slagen van een behandeling en daarom doorlopend aandacht verdient. De *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) geeft een beschrijving van de stadia die mensen doorlopen bij het komen tot een blijvende gedragsverandering. Op basis van het stadium waarin een cliënt verkeert kan de hulpverlener de technieken kiezen die de motivatie voor verandering vergroten (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992, zoals beschreven in Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015). De tekst hieronder integreert de teksten op pagina 35 en 39 van de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Meuwissen, & Eijgenraam, 2015) door elk motivatiestadium (cijfers) met bijbehorende technieken (letters) hieronder weer te geven:

1. Voorbeschouwing (precontemplatie): de cliënt heeft (nog) geen intentie om te veranderen, vaak door niet bewust zijn of ontkenning van het probleem. In veel gevallen ervaart de omgeving van de cliënt het probleem wel.
2. Overpeinzing (contemplatie): de cliënt is zich bewust van het probleem en overweegt wat het kan opleveren als hij zijn gedrag verandert. De motivatie om iets te gaan doen is aanwezig, maar hij onderneemt nog geen actie.
   a. 'Bewustmakende' interventies (observaties, confrontaties en interpretaties).
   b. Handelingen gericht op het laten ervaren en uitdrukken van gevoelens over het probleem en de oplossingen (rollenspel, psychodrama, rouw).
   c. Handelingen gericht op het verhelderen van de invloed van het probleem op de omgeving.

3. Besluitvorming (voorbereiding): de cliënt neemt het besluit om zijn gedrag te veranderen. Dat kan pas als hij zich bewust is van het probleem, dit ook als probleem erkent en voldoende vertrouwen heeft in zijn mogelijkheden om te veranderen.
   a. Handelingen gericht op het verhelderen van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt (onder andere verhelderen van waarden, denkbeelden, wensen).
4. Actie: de cliënt onderneemt actie om zijn gedrag te veranderen. De eigenlijke behandeling, gericht op verandering, vindt in dit stadium plaats.
   a. Handelingen gericht op het kiezen voor het zich verbinden aan actie, of het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te veranderen (keuzes maken, voornemens formuleren, doelen stellen, commitment- verhogende handelingen zoals behandelcontracten aangaan).
5. Onderhoud (consolidatie): de cliënt probeert om het nieuwe gedrag in zijn dagelijks leven te integreren.
   a. Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen).
   b. Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen).
   c. Handelingen gericht op het substitueren van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken).
   d. Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken (waaronder uitdovingstechnieken, eerst-denken-dan-doen-technieken, vermijden van risicovolle situaties).
6. Terugval: vaak is een cliënt niet in één keer in staat om het bereikte resultaat volledig te handhaven, maar vindt een terugval plaats. Daarna kan de cliënt weer in een van de eerdere stadia terechtkomen.

Deze stadia geven aan dat terugval kan worden gezien als onderdeel van het veranderproces. Het geeft de kans om te onderzoeken waardoor de gedragsverandering niet volgehouden werd en wat aandacht verdient bij de behandeling. Daarmee geeft het kansen voor nieuwe interventies. Terugval betekent dus zeker niet persé terug bij af.

2.2.1 Motivatie bij interventies voor ernstige gedragsproblemen

Er zijn veel effectief bewezen interventieprogramma's beschikbaar, maar ouders en jeugdigen maken er lang niet altijd gebruik van. Uit een meta-analyse over de deelname aan ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden blijkt dat 25 procent van de ouders niet eens start met deelname aan de interventie terwijl nog eens 26 procent in de loop van de interventie afhaakt (Chacko et al., 2016). Dergelijke problemen spelen ook bij jeugdigen en/of ouders met een LVB. Mogelijk kan dit voorkomen worden door meer aandacht te besteden aan het opbouwen van een samenwerkingsrelatie (of werkrelatie) met de ouders en de jeugdigen tijdens de diagnostische fase. Bij het opbouwen van die werkrelatie en het helpen van ouders en jeugdigen bij het beslissen over passende hulp is psycho-educatie een belangrijk middel (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.4.1 en 1.4.2). Hulpverleners die de diagnostiek verrichten dienen op de hoogte te zijn van de in stand houdende factoren en hoe interventiemethoden hierop inspelen. Zij zijn de eersten die ouders en jeugdigen hierover informeren. Bovendien moet bijzondere aandacht besteed worden aan de overgang van de fase van diagnostiek naar de fase

van behandeling vanwege de wisseling in personen. Een overdrachtsmoment waarbij beide hulpverleners overleggen met de ouders en de jeugdige kan voorkomen dat misverstanden en afnemende motivatie ontstaan.

Als de interventie is gestart is aanvullende psycho-educatie en aandacht voor de motivatie van ouders en jeugdigen van groot belang (Martinez et al., 2017), omdat het effect van bijvoorbeeld een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden afhangt van de mate waarin ouders ook daadwerkelijk deelnemen aan de sessies (DeRosier & Gilliom, 2007). Door met de ouders te bespreken waardoor de gedragsproblemen van het kind in stand worden gehouden en hoe de behandeling hierop aansluit, kan ouderbetrokkenheid bij de behandeling worden vergroot (Martinez et al., 2017).

Nock en Kazdin (2005) hebben een korte interventie ontwikkeld, de Participation Enhancement Intervention (PEI), om ervoor te zorgen dat de uitval onder ouders die een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden volgen, afneemt. Tijdens de eerste, vijfde en zevende sessie van een individuele ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden (Parent Management Training; PMT) bestaande uit acht bijeenkomsten, heeft de therapeut vijf tot vijftien minuten durende discussies met de gezinnen over onder meer de motivatie van de ouders ('Welke stappen kunt u zelf nemen om het gedrag van uw kind te verbeteren?'), de praktische barrières die ze kunnen ervaren en de oplossingen hiervoor. Er is onderzoek gedaan naar het effect van deze toegevoegde interventie: 76 gezinnen zijn random toegewezen aan alleen PMT of PMT met PEI. Wat betreft motivatie blijkt dat de ouders die PEI hebben ontvangen meer klaar zijn voor verandering, zichzelf meer in staat voelen om met behulp van PMT het probleemgedrag van hun kind te verminderen en over het geheel genomen meer gemotiveerd zijn. PEI-ouders komen vaker (6,4 van de acht keer) opdagen tijdens de sessies dan de ouders uit de controlegroep (5,2 van de acht keer). Wat betreft het uitvoeren van de geleerde vaardigheden zoals bedoeld (door de therapeut gerapporteerd bij bijeenkomst 5, 7 en 8) blijkt dat dit voor de PEI ouders hoger en van betere kwaliteit is en er een stijgende lijn in zit naarmate de training vordert.
Uit dit onderzoek blijkt dat het van belang is om aandacht te besteden aan de motivatie van de ouders. Met een kleine interventie (tussen de 5 en 45 minuten) kan er vrij veel bereikt worden. Ouders zijn meer gemotiveerd, komen vaker opdagen en ook voeren ze de geleerde vaardigheden uit zoals bedoeld, wat voor een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden van groot belang is. Het onderzoek laat zien dat motivatie niet alleen afhankelijk is van de ouders, maar ook van de mate waarin de therapeut kan motiveren.

Ook bij de bredere gezinsinterventies voor jeugdigen boven de twaalf jaar is het belangrijk om nadrukkelijk aan de motivatie van gezinnen te werken. Met name de multisysteem interventies besteden hier aandacht aan (Mos & Kaptijn, 2008). Voorbeelden van motiverende technieken zijn:

- onderzoek en bespreek stress en belasting van de ouders nu en in het verleden; richt je niet alleen op de problemen rondom de jeugdige;
- geef ouders erkenning voor opvoedspanningen uit het verleden;
- versterk bij ouders gevoelens van liefde en betrokkenheid. Hierdoor wordt de ouder-kind band sterker. Vraag ouders bijvoorbeeld fotoboeken te laten zien van hun kind uit gelukkigere tijden;

- ontwikkel hoop ('Het is nog niet te laat');
- vergroot het geloof bij ouders in de eigen invloed. Ga niet mee in de moedeloosheid, maar benadruk de krachten die ouders nog hebben en het feit dat jeugdigen bij sommige vragen en problemen nog heel veel aan hun ouders hebben.

Ook meer praktische strategieën dragen bij aan de motivatie: help gezinnen met concrete zaken bijvoorbeeld door te zorgen voor een maaltijd of de papieren van de woningbouwvereniging te regelen. Hierdoor zijn de gezinnen eerder geneigd om ook hulp te zoeken in tijden van nood. Ook een zogenaamde vijfminutensessie zorgt ervoor dat ouders betrokken blijven. Wanneer een ouder wil afhaken, stuurt de therapeut erop aan om toch even 5 minuten aan de slag te gaan en het morgen af te maken. Na de 5 minuten zijn de meeste gezinnen gemotiveerd om door te gaan (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2010).

In gezinnen waarin ouders (ook) een LVB hebben of zwakbegaafd zijn, speelt dit ook. Daarnaast hebben zij over het algemeen minder positieve ervaringen met de hulpverlening en is meer aandacht nodig voor het motiveren van de ouders. In een handreiking over het begeleiden van ouders met een LVB en multiproblematiek (Douma, De Jong, Looij, & Stremelaar, 2017) wordt extra aandacht besteed aan het motiveren van deze ouders om ondersteuning te accepteren.

Ook bij jeugdigen is het zinvol om expliciet aandacht te besteden aan motivatie. Binnen de jeugdhulp is er nog niet veel onderzoek gedaan naar de invloed van motivatie op het effect van behandeling. Wel is gebrek aan motivatie een belangrijke reden om voortijdig te stoppen met een interventie, wat de effectiviteit natuurlijk niet ten goede komt. Daarnaast lijken betrokkenheid en actieve inzet van de cliënt bij de behandeling tot betere uitkomsten te leiden (Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003). Een manier om te werken aan motivatie is met motiverende gespreksvoering. Motiverende gesprekvoering is een cliëntgerichte en directieve methode. De hulpverlener versterkt hiermee de wil van de cliënt om te veranderen (Bartelink, 2011a). Naast motiverende gesprekstechnieken kan ook een oplossingsgerichte therapie / insteek bijdragen aan de motivatie van ouders en jeugdigen (Bartelink, 2011b). Tussen motiverende gesprekstechnieken en oplossingsgerichte therapie zijn veel overeenkomsten, maar ook een aantal verschillen. Oplossingsgerichte therapie is meer gericht op hoe een cliënt kan veranderen, welke stappen hij daarvoor kan ondernemen, terwijl motiverende gespreksvoering meer gericht is op de motivatie, het 'waarom' van veranderen (Bartelink, 2011b, p. 4).

Bij de meeste interventies in de Databank Effectieve Jeugdinterventies is het vergroten van de motivatie een integraal onderdeel van de behandeling.

2.3 Ambulante interventies voor jeugdigen onder de twaalf jaar

De eerste stap in behandeling van jonge kinderen met ernstige gedragsproblemen moet bestaan uit bewezen effectieve psychosociale behandelmethoden (Comer, Chow, Chan, Cooper-Vince, & Wilson, 2013). Wanneer het onderzoek naar interventies voor kinderen met ernstige gedragsproblemen wordt bestudeerd, blijkt dat dit onderzoek zich vooral concentreert rond ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden.
Kinderen met gedragsproblemen vragen meer van de opvoedvaardigheden van ouders

dan kinderen zonder gedragsproblemen. Externaliserende gedragsproblemen bij jeugdigen worden bijvoorbeeld genoemd als een risicofactor voor het ontstaan van kindermishandeling (Vink et al., 2016). Gedragsproblemen worden niet perse veroorzaakt door inadequate opvoedingsvaardigheden, maar worden er wel mede door in stand gehouden (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2 en 1.5.3; Matthys, 2011). Het bevorderen van adequate opvoedingsvaardigheden vormt daarom een belangrijk aanknopingspunt voor het verminderen van gedragsproblemen (Matthys & Boersma, 2017). Dit geldt met name voor kinderen in de basisschoolleeftijd, omdat de invloed van de ouders dan nog groot is.
Wanneer bij kinderen van acht tot twaalf jaar onvoldoende resultaten worden behaald met een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden, is aanvullende cognitieve gedragstherapie aangewezen. Ook bij zeer ernstige gedragsproblemen is de combinatie van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden met cognitieve gedragstherapie voor het kind zeer verdedigbaar.
Jeugdigen met LVB kunnen ook als zij twaalf jaar of ouder zijn nog profiteren van een ouderinterventie. De mogelijkheden van CGt zijn bij hen juist beperkter, door het lagere cognitieve (en sociale en emotionele) niveau.

2.3.1 Ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden

Ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden richten zich op interactiepatronen tussen de ouders en het kind (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2 en 1.5.3). Wanneer ouders zwichten voor het dwarse, dwingende of agressieve gedrag van het kind dan moedigen ze hiermee ongewild het ongewenste gedrag aan. Als dit vaak gebeurt, neemt de kans toe dat het kind dit ongewenste gedrag vaker vertoont (Patterson, 2002). Het gevolg is dat de ouders meer stress krijgen. Zij ergeren zich steeds meer aan het ongewenste gedrag. Dit beïnvloedt dan weer de manier waarop ze met hun kind omgaan. Zo ontwikkelen zich de volgende opvoedingskenmerken (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018). De ouders geven opdrachten op een onvriendelijke manier. Hun aandacht gaat vooral naar ongewenst gedrag. Dit gedrag bestraffen ze vaak en als dat niet werkt worden de straffen harder. Vaak is er weinig aandacht voor gewenst gedrag: de ouders geven voor dit gedrag weinig complimenten. Deze opvoedingskenmerken spelen een rol in het ontstaan van gedragsproblemen bij jonge kinderen en het in stand houden van gedragsproblemen bij kinderen in de schoolleeftijd en de adolescentie (Patterson, 2016; Reid, Patterson, & Snyder, 2002).

Vanaf de jaren ‘60 van de vorige eeuw is het steeds gebruikelijker om ouders in te zetten om het gedrag van hun kinderen te beïnvloeden. Dit gebeurde nadat duidelijk werd dat ouders hier met bepaalde technieken heel goed toe in staat zijn. Het inzetten van ouders heeft een aantal voordelen ten opzichte van interventies gericht op de jeugdige. Zo wordt hiermee het probleem van de generaliseerbaarheid ondervangen. Dat wil zeggen dat nieuw gedrag doorgaans moeilijk overdraagbaar is van de setting waar het in geleerd wordt naar de dagelijkse situatie. Dit geldt niet voor ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden omdat de vaardigheden direct worden aangeleerd aan de ouders en dus in de dagelijkse situatie. Ook is een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden kosteneffectief (Johnson & Katz, 1973, in Richardson & Joughin, 2002).

Er bestaan verschillende varianten van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden, maar globaal zijn er overeenkomsten te noemen. Veel ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden beslaan tussen de zes en tien bijeenkomsten (Reyno & McGrath, 2006; Serketich & Dumas, 1996). Intensievere ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen beslaan regelmatig tussen de 15 en 25 sessies. Een bijeenkomst duurt tussen de 45 en 150 minuten. Volgens Kazdin (2005) delen de verschillende varianten ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden ook inhoudelijk een aantal kenmerken.
De therapeut werkt voornamelijk met de ouders en leert hen alternatieve manieren om het probleemgedrag van hun kind te beïnvloeden. Ouders worden gestimuleerd om bepaalde technieken en opvoedstrategieën te gebruiken en krijgen de mogelijkheid om te zien hoe de technieken worden ingezet. Ouders oefenen zelf deze technieken en opvoedstrategieën met behulp van rollenspellen en huiswerkopdrachten.

Ouders krijgen tijdens de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden kennis en inzicht in de ontwikkeling van hun kind, de ontwikkeling van probleemgedrag en hun eigen rol en functie binnen dit geheel. Per bijeenkomst staat vaak één opvoedingsvaardigheid of -techniek centraal. Deze wordt met behulp van ondersteunend materiaal (zoals een dvd) weergegeven en ouders leren wanneer en hoe ze de opvoedingsvaardigheid of de techniek kunnen gebruiken. De verschillende vaardigheden en technieken bouwen op elkaar voort, waardoor er uiteindelijk een samenhangend geheel ontstaat. Ook is er tijdens de sessies vaak ruimte voor groepsdiscussie en kunnen de ouders elkaar motiveren en ondersteunen.

2.3.1.1 Algemene effecten ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden voor jeugdigen met gedrags- problemen. Hierdoor is het onderzoek op een hoger niveau komen te staan: er worden lastigere onderzoeksvragen beantwoord (zoals voor wie is het wel en niet effectief?) en er zijn relatief veel meta-analyses en reviews beschikbaar (Kazdin, 2005).
Opvallend in het onderzoek naar de effecten van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden is dat de nadruk ligt op kinderen in de voorschoolse en de basisschoolleeftijd, met een gemiddelde leeftijd van rond de zes jaar (onder meer Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Reyno & McGrath, 2006). Op deze leeftijd nemen de ouders een aanzienlijk deel van de sociale omgeving van het kind in, waardoor het aannemelijk is dat zij een grote invloed kunnen uitoefenen op het gedrag van het kind. Zodra een kind ouder wordt en de adolescentie bereikt, neemt de invloed van de ouders af, waardoor een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden mogelijk minder effect heeft. Daarnaast neemt de invloed van leeftijdsgenoten en de bredere omgeving op deze leeftijd sterk toe (Schaffer, 1996).

In het algemeen blijkt dat ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden in meer of mindere mate effectief zijn in het verminderen van probleemgedrag (onder meer Dretzke et al., 2009; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Michelson, Davenport, Detzke, Barlow, & Day, 2013; Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay, & Jennings, 2009; Piquero, Jennings, Farrington, Diamond, & Gonzalez, 2016). Uit de meta-analyse van Serketich en Dumas (1996) blijkt dat de

effectgroottes voor ouders en kinderen op vier van de vijf uitkomstmaten (algemene kind-uitkomsten, kind-uitkomsten gerapporteerd door respectievelijk de ouders, een observator en een leraar) groot zijn (tussen de 0.73 en 0.86). De studie laat zien dat een gemiddeld kind van wie de ouders een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden hebben gevolgd, beter functioneert dan ruim 80 procent van de kinderen van wie de ouders geen ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden hebben gevolgd. In de meta-analyse van Lundahl, Risser en Lovejoy (2006) zijn de gevonden effectgroottes iets minder groot, namelijk tussen de 0.42 en 0.66 op alle drie de uitkomstmaten (gedrag van zowel het kind als de ouder en perceptie van de ouder). Dit verschil wordt mogelijk verklaard door een striktere methodologie die gehanteerd wordt bij recentere studies. De studies uit de meta-analyses die zowel een follow-up meting als een controlegroep gebruiken, laten zien dat de effectgroottes bij de follow-up meting klein tot middelmatig zijn vergeleken met de controlegroep (0.21 tot 0.45), maar middelmatig tot groot wanneer dit wordt vergeleken met de nameting van de experimentele groep (0.62 tot 0.87). De meeste follow-up metingen van studies uit deze meta-analyse zijn gedaan binnen een jaar na beëindiging van de training.
In de meta-analyse van McCart en anderen (2006) is de gemiddelde effectgrootte van dertig studies klein tot middelmatig (0.47, variërend van -.06 tot 1.68). De vier studies die ook een follow-up meting rapporteren, hebben een gemiddelde effectgrootte van 0.22, variërend van 0.01 tot 0.34. Een recente meta-analyse van Weisz et al. (2017) vond dat het gemiddelde effect middelmatig was, zowel direct na afloop van de interventie (effect size 0.46), als bij follow-up (effect size 0.44). Daarmee lijkt het erop dat de effect sizes gestabiliseerd zijn en niet nog verder zullen dalen.

Ook op de lange termijn zijn er verschillen in de effectiviteit van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden (Van Aar, Leijten, Orobio de Castro, & Overbeek, 2017). De meeste studies laten zien dat er na afloop van de training geen veranderingen in het gedrag van het kind meer plaatsvinden. Dat wil zeggen dat de effecten van een interventie ook na afloop ervan meestal behouden blijven. Bij een deel van de studies was dit echter anders. In 16 procent van de studies uit de meta-analyse van Van Aar en anderen (2017) nam na afloop van de interventie het probleemgedrag weer toe. Bij 12 procent nam het juist verder af. Het bleef onduidelijk wat de oorzaak was van de verschillen in verloop van de problematiek na afloop van de interventie. Deze verschillen werden niet verklaard door de onderzochte interventiekenmerken (duur tussen einde van de interventie en de follow-up meting, welk interventieprogramma, aantal sessies, manier waarop de informatie wordt gebracht, het gebruik van opfrissessies, en interventiesucces tijdens de looptijd van de interventie), kind-kenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit, en ernst van problemen bij start), of studiekenmerken (aanwezigheid van een controleconditie, type informant, en type instrument). Het bleef daardoor onduidelijk wat de oorzaak was van de verschillen in verloop van de problematiek na afloop van de interventie.

Hoewel alle bovenstaande meta-analyses vrij positieve resultaten van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden laten zien, zijn er verschillen in de resultaten. Deze verschillen in de gevonden effectgroottes komen voort uit de verschillen in kwaliteit en opzet van de interventies, maar ook uit verschillen tussen de meta-analyses. Hierbij valt te denken aan andere uitkomstmaten, een andere leeftijdsgroep, inclusiecriteria en de gekozen analyses.

2.3.1.2 Factoren die de effectiviteit beïnvloeden

Uit de algemene uitkomsten komt naar voren dat ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden met bepaalde kenmerken meer resultaten behalen dan andere. Ook geldt voor ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden, net zoals bij andere interventies, dat de effecten ervan per gezin sterk kunnen wisselen, afhankelijk van kenmerken van de jeugdige, de ouders of de context om het gezin heen. Hieronder wordt gekeken welke kenmerken van invloed zijn op de effectiviteit van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden.

Kind-kenmerken

Kenmerken van het kind die naast leeftijd mogelijk van invloed zijn op de effectiviteit van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden, zijn sekse, etniciteit en ernst van de problematiek.

Sekse

Het meest globale kenmerk waarop kinderen te onderscheiden zijn, is sekse. In vrijwel alle onderzoeken naar de effecten van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden zijn het ouders van jongens die een training aangeboden krijgen, waardoor onvoldoende bekend is over de invloed van de sekse van het kind op de uitkomsten van de meeste ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden (Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia, & Clark, 2005; McCart et al., 2006). Een meta-analyse naar de effecten van PCIT vond dat deze interventie even effectief is voor jongens als voor meisjes (Ward, Theule, & Cheung, 2016).

Leeftijd

Uit de vier meta-analyses waarin leeftijd als beïnvloedende factor van de effectiviteit is onderzocht, kan niet geconcludeerd worden dat leeftijd van invloed is (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Maughan et al., 2005; McCart et al., 2006; Serketich & Dumas, 1996). De onderzoeken zijn echter allemaal uitgevoerd bij kinderen in de basisschoolleeftijd. Dit hangt samen met de veronderstelling dat de invloed van ouders en dus de effectiviteit van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden afneemt naarmate kinderen de basisschoolleeftijd ontgroeien.

Etniciteit

McCart en anderen (2006) geven aan dat het problematisch is om duidelijke informatie te verkrijgen over de etniciteit van de respondenten en de eventuele invloed hiervan op de effectiviteit.
Ook Forehand en Kotchick (1996) melden dit: in onderzoeken naar ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden wordt de cultuur en etniciteit vaak vergeten, en als deze wel worden meegenomen, zijn de groepen vaak te klein om er zinnige conclusies uit te trekken. Vaak gaan ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden uit van de Europees-Amerikaanse achtergrond. Opvoedingsvaardigheden van ouders worden beïnvloed door culturele normen en waarden en culturele geschiedenis (Schaffer, 1996). Het is dan ook denkbaar dat ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden verschillende effecten behalen bij mensen met verschillende culturele achtergronden. Onderzoek heeft echter nog geen uitsluitsel

kunnen geven over de invloed van etniciteit op de effectiviteit van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden. In een Nederlandse studie was het effect van de Incredible Years interventie in gezinnen van etnische minderheden niet geringer dan in gezinnen met een autochtone achtergrond (Leijten et al., 2017; Leijten, Raaijmakers, Orobio de Castro, & Matthys, 2016).

Ernst van de problematiek
Hoewel een oudere studie vond dat de ernst van de problematiek gerelateerd was aan minder goede resultaten van de training (Reyno & McGrath, 2006), vinden recentere studies juist het tegenovergestelde. Zo concluderen Hautmann, Eichelberger, Hanisch, Plück, Walter en Döpfner (2010) dat wanneer de problemen bij aanvang ernstiger zijn, de effecten van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden beter zijn. Dit wordt ondersteund door een aantal meta-analyses (Leijten, Raaijmakers, Orobio de Castro, & Matthys, 2013; Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006). Het lijkt dus wel degelijk zo te zijn dat kinderen met ernstigere problematiek bij aanvang van de interventie de grootste vooruitgang boeken.

LVB
Hoewel bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vaker sprake is van gedragsproblemen dan bij leeftijdgenoten zonder LVB, is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies bij jeugdigen met een LVB (De Wit, Moonen, & Douma, 2011). Het meest effectief lijken die ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden die gebaseerd zijn op reguliere ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden en aangepast voor kinderen met een (L)VB (Einfeld, Tonge, & Clarke, 2013).
Een recente review geeft aan dat ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden lijken te helpen bij het verminderen van probleemgedrag bij kinderen met een verstandelijke beperking en een stoornis (Kok, Van der Waa, Klip, & Staal, 2016). Specifiek voor Samen Stevig Staan is gevonden dat het aanbieden van deze interventie in combinatie met de gebruikelijke zorg effectiever was in het reduceren van externaliserend probleemgedrag gerapporteerd door leerkrachten, het bevorderen van positief opvoeden en het verbeteren van de ouder-kind relatie dan alleen de gebruikelijke zorg (Schuiringa, Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Lochman, & Matthys, 2017).

Wat betreft het beïnvloeden van de effectiviteit van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden bij kinderen met LVB zijn er aantal factoren interessant. Zo hebben relatief veel ouders van kinderen met een LVB een laag inkomen of zijn laag opgeleid, waardoor conclusies over de invloed van een lagere sociaal economisch status voor hen relevant kunnen zijn. Uit een meta-analyse van Skotarczak en Lee (2015) naar de effecten van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden op het probleemgedrag van een kind met een (L)VB blijkt dat het aantal sessies, sessieduur en de leeftijd van het kind geen invloed hadden op het effect van de training. Het type programma (namelijk Stepping Stones Triple P en The Incredible Years) bleek een significant effect op het probleemgedrag van het kind te hebben. Daarnaast bleek dat de combinatie van groepstrainingen en individuele consultatie meer effect te hebben dan een interventie die alleen uit groepssessies of individuele sessies bestond.

Ouder- en gezinskenmerken
Daarnaast is het bekend dat een slechte huwelijkse relatie tussen de ouders hun opvoedingsvaardigheden niet ten goede komt (Rickard et al., 1982, in Reyno & McGrath, 2006). Het onderzoek dat hiernaar is gedaan, kan echter niet aantonen dat een slechte huwelijkse relatie van invloed is op de effecten van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden dan wel op de kans om de training vroegtijdig beëindigen (Reyno & McGrath, 2006). Uit dezelfde meta-analyse blijkt eveneens dat ouderlijke stress door negatieve levensgebeurtenissen (echtscheiding, werkloos raken) een kleine negatieve invloed heeft op zowel het effect van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden alsmede de kans vergroot dat ouders voortijdig de training beëindigen.

Contextuele kenmerken
Sommige oudere studies vonden dat gezinnen met een lagere sociaal economische status minder profijt hebben van een oudertraining dan gezinnen met een hogere sociaal economische status (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Reyno & McGrath, 2006), maar andere studies vonden geen effecten (e.g., Serketich & Dumas, 1996). Een recentere meta-analyse vond dat een lagere sociaal economische status alleen negatief effect had op de resultaten van ouderinterventies als het probleemgedrag bij aanvang van de interventie mild was. Bij ernstig probleemgedrag bij aanvang van de interventie was deze voor beide groepen op korte termijn even effectief. Wel bleek dat gezinnen met een lage sociaal economische status één jaar na afloop van de interventie meer moeite hadden de positieve effecten van de training vast te houden (Leijten et al., 2013). Een studie specifiek naar de effectiviteit van de Incredible Years interventie vond dat deze even effectief was voor gezinnen met lage of hoge sociaal economische status, zowel direct na afloop van de interventie als drie maanden erna (Leijten et al., 2017). Het blijft dus onduidelijk of effectiviteit van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden afhankelijk is van de sociaal economische status van het gezin.
Er is onvoldoende onderzoek verricht naar andere contextuele kenmerken dan sociaal economische status, zoals de invloed van de buurt of LVB van de ouders.

Kenmerken van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden
Naast kind-kenmerken, ouder- en gezinskenmerken en contextuele kenmerken heeft de inhoud en opzet van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden ook invloed op de effecten ervan. Zo kan het verschil maken of ouders individueel of in groepsverband de training ontvangen, of de training plaatsvindt bij het gezin thuis of bij bijvoorbeeld een jeugdhulpinstelling.

Inhoud
In de meta-analyse van Kaminski, Valle, Filene en Boyle (2008) is onderzocht welke componenten van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden al dan niet bijdragen aan het effect van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. In totaal zijn in de meta-analyse 77 studies meegenomen. De uitkomstmaten hebben betrekking op opvoedgedrag van de ouders en externaliserend probleemgedrag bij kinderen tussen nul en zeven jaar. De aanwezigheid van de volgende componenten van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden zorgen voor betere resultaten op zowel het opvoedgedrag van de

ouders, als het verminderen van gedragsproblemen bij jeugdigen:

- positieve interacties (complimenteren, enthousiast zijn);
- oefenen met het eigen kind tijdens de training.

Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de focus breder is dan het behandelen van gedragsproblemen, namelijk ook preventie van ongehoorzaamheid en strijd rond het slapen gaan. Uit de meta-analyse van Kaminski en anderen (2008) blijkt ook – anders dan men zou verwachten – dat het aanbieden van interventies aan de ouders – naast de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden – gerelateerd is aan slechtere resultaten van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om hulp bij verslaving van de ouder of een onderwijsaanbod voor de ouder. Dit wil echter niet zeggen dat het aanbieden van interventies naast de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden de oorzaak is van slechtere resultaten. Het is zeer goed mogelijk dat de overige problemen er zowel voor zorgen dat er aanvullende interventies nodig zijn, als dat de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden minder effectief is.

Een studie van Chorpita en Daleiden (2009) onderzocht welke elementen veel worden gebruikt in interventies voor kinderen en jongeren onder de negentien jaar. Bij oppositioneel of agressief gedrag bleken complimenten geven, time outs, tastbare beloningen, positieve opdrachten, probleem oplossen, differentiële bekrachtiging, voordoen, aandacht voor cognities en psycho-educatie van de ouders veel gebruikte elementen in werkzame interventies.

Aantal sessies

In de meta-analyses waarin onderzocht is of het aantal sessies een invloed heeft op het behandel effect, beslaan de meeste ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden tussen de zes en tien bijeenkomsten (Reyno & McGrath, 2006; Serketich & Dumas, 1996), en duren ze per bijeenkomst zo'n twee uur. Er zijn aanwijzingen dat ook interventies die slechts uit één sessie bestaan positieve effecten kunnen hebben op gedragsproblemen (Schleider & Weisz, 2017), maar het ontbreken van objectieve metingen en een follow-up meting zijn beperkingen van deze studies. De meta-analyse van Serketich en Dumas (1996) laat zien dat het aantal sessies (in deze meta- analyse gemiddeld 9,5 sessies) niet van invloed is op de effectgrootte. In andere meta-analyses worden geen uitspraken gedaan over de invloed van het aantal sessies op het effect van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. Voor Incredible Years is gevonden dat meer bijgewoonde sessies gerelateerd was aan betere uitkomsten (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013).

Vorm

Ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden kunnen zowel individueel als in groepsverband worden aangeboden. Voor beide vormen zijn voor- en nadelen te noemen. In groepsverband hebben ouders bijvoorbeeld veel sociale steun aan elkaar en kunnen ouders van elkaar leren (peer learning), wat bij individuele ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden niet het geval is. Bij individuele ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden is er daarentegen weer meer tijd voor individuele behoeften en oefenen, maar dit is ook duurder. De vraag is of een bepaalde vorm van ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden effectiever is dan de andere. In de meta-analyse

van McCart en anderen (2006) zijn dertig studies naar ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden meegenomen. Zestien daarvan vonden in groepsverband plaats, veertien werden individueel aangeboden. Uit de analyses blijkt dat er geen significant verschil bestaat wat betreft de effect- groottes tussen de twee varianten. Dit komt ook naar voren in de meta-analyse van Serketich en Dumas (1996). In deze meta-analyse zijn uiteindelijk 26 studies meegenomen, en omdat sommige studies uit meerdere groepen bestonden, waren er 36 vergelijkingen mogelijk. Bij 22 groepen werd de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden individueel uitgevoerd, bij dertien in groepsverband. Het effect van de training werd echter niet door de vorm beïnvloed. Dit beeld wordt bevestigd door de studie van Thomas en Zimmer-Gembeck (2007) waar geen verschil in effectsize wordt gevonden tussen een individuele of een groepsaanpak van Triple P. In de meta-analyse van Lundahl, Risser en Lovejoy (2006) werd wel een verschil gevonden tussen de twee vormen. Hieruit bleek dat het gedrag van het kind direct na afloop van de training significant meer is verbeterd wanneer de ouders een individuele ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden hebben ontvangen (dertien studies), vergeleken met een groepstraining (33 studies), een combinatie van groep en individueel (vier studies), zelfstandig uitgevoerde ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden (lezen van een opvoedboek, bekijken van filmpjes e.d.) (acht studies) en een combinatie van zelfstandig uitgevoerde ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden en individueel (één studie). Voor het gedrag en de perceptie van de ouder maakte de vorm van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden geen verschil. Uit dezelfde meta-analyse bleek dat de gezinnen met een lage sociaal economische status minder profiteren van een training in groepsverband, en geholpen zijn met een individuele training.

Ook is met een meta-analyse onderzocht of het voldoende is dat ouders alleen het trainingsmateriaal ontvangen en er dan zelf, zonder interactie met een therapeut, mee aan de slag gaan (Tarver, Daley, Lockwood, & Sayal, 2014). Zelfrapportage van ouders liet een afname van externaliserend probleemgedrag zien, maar dit was niet het geval wanneer het gedrag van de kinderen door onafhankelijke observatoren wordt gescoord. Wanneer dit soort zelfgestuurde trainingen direct werden vergeleken met trainingen onder begeleiding van een therapeut was een trend te zien waarbij begeleide trainingen effectiever waren (Tarver et al., 2014).

Setting

Een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden kan op verschillende locaties plaatsvinden, bijvoorbeeld in een buurthuis of school, bij een jeugdhulpaanbieder of, in het geval van een individuele training, bij het gezin thuis. Het is denkbaar dat de setting waarbinnen de training plaatsvindt van invloed is op de effecten ervan. Hier is nog maar weinig onderzoek naar gedaan, omdat de meeste studies in een klinische setting plaatsvinden. Zo ook de meta-analyse van McCart en anderen (2006) waarin dertig studies naar ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden zijn meegenomen. Slechts één van deze studies vond plaats in een niet-klinische setting (school), waardoor het effect van de setting op de uitkomsten van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden niet meetbaar is.

De laatste jaren zijn ook de digitale interventies in opkomst. Eén review en meta-analyse bekeek het effect van digitale ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden die ontworpen waren om plaats te vinden zonder directe betrokkenheid of met slechts minimale ondersteuning van behandelaren (Baumel, Pawar, Kane, & Correl, 2016). De trainingen lieten een kleine tot matige vermindering van het probleemgedrag zien bij jonge kinderen (0,40-0,82). Hierbij waren programma's met interactieve componenten effectiever dan programma's met alleen passieve onderdelen (DVD kijken). Hoewel deze studies aantonen dat digitale interventies effect kunnen hebben ten opzichte van een controle conditie waarin niets wordt gedaan, is het niet bekend of digitale interventies beter werken dan reguliere ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden. Ook interventies waarbij technologie wordt gebruikt in aanvulling op contact met een hulpverlener zijn veelbelovend, maar onderzoek hiernaar staat nog in de kinderschoenen (Matthys & Lochman, 2018).

Als het onderzoek naar factoren die de effectiviteit van ouderinterventies wordt samengevat, zijn er meestal geen sterke aanwijzingen voor beïnvloeding van het resultaat van de behandeling. Uitzondering hierop is de ernst van de problemen bij aanvang van de behandeling: hoe ernstiger de problemen bij aanvang van de behandeling, hoe meer vooruitgang er doorgaans geboekt wordt. Dit komt waarschijnlijk (deels) doordat er bij deze jeugdigen meer ruimte is voor verbetering (Weeland, Chhangur, Van der Giessen, Matthys, Orobio de Castro, & Overbeek, 2017).

Er zijn verschillende ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Voor de leeftijd **twee tot en met zeven jaar** zijn dit:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Incredible Years (basis) (Webster-Stratton, 2007)	3-6 jaar	kinderen die een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, of het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen		effectief volgens sterke aanwijzingen
Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2015)	0-6 jaar	opvoeders met problemen bij sensitief opvoeden of grenzen stellen, resulterend in problemen in de ouder-kindrelatie en (een verhoogd risico op) externaliserende gedragsproblemen bij het kind	als ook sprake is van gehechtheids-problematiek; kan ook toegepast worden bij pleegouders, adoptieouders en professionele opvoeders in de kinderopvang	effectief volgens sterke aanwijzingen
PCIT (Eyberg, 1999)	2-7 jaar	kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders die opvoedingsproblemen ervaren	kan specifiek worden ingezet in pleeggezinnen, gezinnen waarbij sprake is van fysieke kindermishandeling en multiprobleemgezinnen	effectief volgens eerste aanwijzingen
PMTO (Albrecht, Van Leeuwen, & Tjaden, 2010)	4-12 jaar	gezinnen met één of meer kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit		effectief volgens eerste aanwijzingen
STOP4-7 (De Mey, Messiaen, Van Hulle, Merelevede, & Winters, 2005)	4-7 jaar	kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag	biedt een geïntegreerde benadering van de betreffende kinderen, hun ouders en hun leerkrachten	effectief volgens eerste aanwijzingen
Basic Trustmethode (Polderman, 2016)	2-12 jaar	kinderen met (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen en hun (professionele) opvoeders, waarbij tevens sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie	als ook sprake is van gehechtheids-problematiek	effectief volgens eerste aanwijzingen
Triple P Niveau 4 en 5 (Blokland, 2019)	3-12 jaar	Niveau 4 is voor ouders die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben voor het omgaan met milde tot ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. Triple P niveau 5 richt zich op dat deel van de doelgroep waarbij niveau 4 onvoldoende resultaat heeft vanwege bijkomende risicofactoren in het gezin.		effectief volgens eerste aanwijzingen

Voor de leeftijd van **acht tot twaalf jaar** zijn dit:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Minder boos en opstandig: de oudertraining (i.c.m. de kind-training; Van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003)	8-12 jaar	voor kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders	ook geschikt als naast de gedragsproblemen andere problemen spelen of een andere stoornis (zoals ADD/ADHD) aanwezig is bij het kind; combineert ouderinterventie gericht op opvoedings-vaardigheden met CGt bij het kind	effectief volgens goede aanwijzingen
Basic Trustmethode (Polderman, 2016)	2-12 jaar	kinderen met (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen en hun (professionele) opvoeders, waarbij tevens sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie	als ook sprake is van gehechtheids-problematiek	effectief volgens eerste aanwijzingen
PMTO (Albrecht, Van Leeuwen, & Tjaden, 2010)	4-12 jaar	gezinnen met één of meer kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit		effectief volgens eerste aanwijzingen
BASTA! (Hoogenboezem & Van Veluw, 2013)	6-12 jaar	kinderen die vanwege het plegen van delicten en/of signaalgedrag in aanraking zijn gekomen met de politie of een andere verwijzende instantie	systeemgerichte interventie: richt zich niet alleen op het kind, maar ook op de ouders/verzorgers, school en woonomgeving	goed onderbouwd
Ouders van Tegendraadse Jeugd, de oudertraining (Schlüter, Berger, & Van Harten, 2006)	8-16 jaar	ouders van jeugdigen tussen de 8 en 16 jaar met (verhoogd risico op) strafbaar gedrag		goed onderbouwd
Samen Stevig Staan (Van 't Hof, Eikelenboom, Matthys, Van Nieuwenhuijzen, & Orobio de Castro, 2009)	9-16 jaar	jeugdigen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen	Combineert ouderinterventie gericht op opvoedings-vaardigheden met kind-training	goed onderbouwd
Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT) (Haspels, Teunissen, Egas Reparaz, Van Leeuwen, & Verdonk, 2009)	7-12 jaar	kinderen in groep 4 tot en met 8 van de basisschool die openlijk en/of heimelijk probleemgedrag vertonen en/of in een bepaalde mate moeite hebben met het aanvaarden van autoriteit		goed onderbouwd

Triple P Niveau 4 en 5 (Blokland, 2019)	3-12 jaar	Niveau 4 is voor ouders die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben voor het omgaan met milde tot ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. Triple P niveau 5 richt zich op dat deel van de doelgroep waarbij niveau 4 onvoldoende resultaat heeft vanwege bijkomende risicofactoren in het gezin.		effectief volgens eerste aanwijzingen

2.3.2 Cognitieve gedragstherapie onder de twaalf jaar

Cognitieve gedragstherapie richt zich op de problemen van kinderen bij het reguleren van negatieve emoties zoals boosheid (ook wel emotieregulatie of boosheidscontrole genoemd) en op hun gebrekkige probleem oplossende vaardigheden (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2 en 1.5.3). Naarmate kinderen ouder worden hanteren ze steeds meer interne, cognitieve strategieën in plaats van externe, gedragsmatige strategieën: vanaf acht á negen jaar zijn kinderen in staat om hun emoties door middel van cognities over henzelf, hun gevoelens of anderen te reguleren (Garnefski et al., 2007). Individuele verschillen tussen kinderen in emotieregulering zijn gerelateerd aan gedragsproblemen (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Met name het gebruik van voornamelijk maladaptieve strategieën, of zowel weinig adaptieve als maladaptieve strategieën, lijkt gerelateerd te zijn aan verhoogd externaliserend probleemgedrag in deze leeftijdscategorie (Otterpohl, Schwinger, & Wild, 2016). Doordat kinderen met gedragsproblemen het lastiger vinden om de spanningsopbouw van negatieve emoties te voelen, hebben zij minder tijd om gebruik te maken van adaptieve strategieën (Matthys & Lochman, 2017).

Daarnaast hebben kinderen sociale probleemoplossingsvaardigheden nodig om tal van situaties het hoofd te bieden. Het gaat daarbij om het doorlopen van verschillende stappen voordat ze reageren in een sociale situatie (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2 en 1.5.3). Voor kinderen van acht tot twaalf jaar met ernstige gedragsproblemen blijkt dat zij hun aandacht op minder informatie richten (Matthys, Cuperus, & Van Engeland, 1999), vaker een vijandige intentie toekennen aan het gedrag van een ander (Orobio de Castro et al., 2002), weinig (sociale) oplossingen bedenken (Lochman & Dodge, 1994; Matthys, Cuperus, & Van Engeland, 1999) maar relatief veel agressieve oplossingen bedenken (Waldman, 1996). Zij achten zichzelf beter in staat dan leeftijdsgenoten om een agressieve oplossing uit te voeren en kiezen ook vaker voor een agressieve oplossing als ze de keuze krijgen tussen verschillende oplossingen (Matthys, Cuperus, & Van Engeland, 1999). Deze kenmerkende problemen in de sociale probleemoplossingsvaardigheden spelen een rol bij de instandhouding van het probleemgedrag – ook bij kinderen in de basisschoolleeftijd (Matthys, 2011; Matthys & Lochman, 2017; Orobio de Castro & Van Dijk, 2018).

De centrale aanname in de cognitieve gedragstherapie is dat wat individuen voelen en hoe ze zich gedragen, bepaald wordt door wat zij denken, en dat positieve en negatieve ervaringen het denken beïnvloeden. Voor verdiepende informatie over de achtergronden van cognitieve gedragstherapie wordt verwezen naar hoofdstuk 4. Informatie over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen wordt onder 'Interventies voor jeugdigen vanaf twaalf jaar' gegeven. In onderstaande wordt informatie gegeven voor zover deze relevant is voor kinderen tussen de acht en twaalf jaar.

2.3.2.1 Inhoud

De volgende vaardigheden komen aan bod in de cognitieve gedragstherapie: herkennen van een sociaal probleem, juist interpreteren van dit probleem, bedenken van verschillende oplossingen voor het probleem, voorspellen van de gevolgen van de oplossing, voor- en nadelen van de verschillende oplossingen afwegen, en de beste oplossing kiezen; herkennen van gevoelens met in het bijzonder boosheid, herkennen van verschillende vormen van ernst van boosheid, leren hoe om te gaan met hoog oplopende boosheid (Matthys, 2011; Matthys & Boersma, 2017). Gezien de jonge leeftijd van de kinderen worden bovenstaande vaardigheden op een concreet niveau aangeleerd. Bijvoorbeeld aan de hand van foto's, emotiekaarten of striptekeningen leren ze gevoelens bij anderen herkennen en benoemen. Ook wordt er gebruik gemaakt van videobeelden.
Bijvoorbeeld van twee kinderen, van wie de één de ander wil helpen met een bouwwerk van blokken en al dan niet per ongeluk het bouwwerk omgooit. Hier leren kinderen dat de intentie van anderen belangrijk is, en dat gedrag van anderen vaak goed bedoeld is.

2.3.2.2 Effecten

Uit een meta-analyse van cognitieve gedragstherapie bij kinderen onder twaalf jaar met antisociaal gedrag blijkt dat de effectgrootte klein is (0.23) (McCart et al., 2006). Een recentere meta-analyse bij jeugdigen van gemiddeld tien jaar oud vond een gemiddelde effectsize van 0.50 (Smeets et al., 2015) in afname op agressief gedrag. Een derde studie vond dat interventies voor kinderen tot ongeveer tien jaar, gericht op onder andere zelfcontrole, emotie begrip, sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen gemiddeld genomen effectief waren in het bevorderen van zelfcontrole en het reduceren van delinquentie (Piquero et al., 2016), Aangetoond werd dat het effect van de combinatie van cognitieve gedragstherapie met de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden in opvoedingsvaardigheden groter is dan het effect van elk afzonderlijk (Kazdin, Siegel, & Bass, 1992). Gezien ook de grote inzet van het gezin die de deelname aan beide behandelingen tegelijk vergt, komt deze combinatie vooral in aanmerking bij zeer ernstige problemen. Ook is er een indicatie voor de combinatie als met een beknopte ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden onvoldoende effect werd bereikt.

Er zijn verschillende interventies van dit type opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Voor de leeftijd van **acht tot twaalf jaar** zijn dit:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Kanjertraining (Vliek, 2015)	4-15 jaar	klassen in het regulier en speciaal onderwijs en jeugdigen die problemen ervaren in de omgang met anderen		effectief volgens sterke aanwijzingen
Alles Kidzzz (Kruuk, 2009)	9-12 jaar	kinderen met een verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag op de basisschool, waaronder het vertonen van reactief en proactief agressief gedrag, ongehoorzaamheid en liegen.		effectief volgens goede aanwijzingen
Ik kies voor Zelfcontrole (De Boo & Liber, 2014)	8-12 jaar	kinderen met externaliserende gedragsproblemen	de training wordt gegeven op basisscholen in achterstandswijken en betrekt leerkracht en ouders	effectief volgens goede aanwijzingen
Minder boos en opstandig: de kind-training (i.c.m. de oudertraining; Van de Wiel, Hoppe, & Matthys, 2003)	8-12 jaar	voor kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders	ook geschikt als naast de gedragsproblemen andere problemen spelen of een andere stoornis (zoals ADD/ADHD) aanwezig is bij het kind; combineert ouderinterventie gericht op opvoedings-vaardigheden met CGt bij het kind	effectief volgens goede aanwijzingen
Samen Stevig Staan (Van 't Hof et al., 2009)	9-16 jaar	jeugdigen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen	combineert ouderinterventie gericht op opvoedings-vaardigheden met kind-training	goed onderbouwd
Signalering en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag (SPRINT) (Haspels et al., 2009)	7-12 jaar	kinderen in groep 4 tot en met 8 van de basisschool die openlijk en/of heimelijk probleemgedrag vertonen en/of in een bepaalde mate moeite hebben met het aanvaarden van autoriteit		goed onderbouwd

Onderzoek specifiek naar de training Minder boos en opstandig heeft laten zien dat jeugdigen die deze training volgen op de lange termijn minder nicotine en cannabis gebruiken dan jeugdigen die de gebruikelijke zorg hebben ontvangen (Zonnevylle-Bender, Matthys, Van de Wiel, & Lochman, 2007).

2.4 Ambulante interventies bij jeugdigen vanaf twaalf jaar

Interventies voor jeugdigen vanaf twaalf jaar richten zich zowel op interactiepatronen binnen het gezin als op de omgeving buiten het gezin (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2 en 1.5.3). Binnen het gezin kunnen ouders en de jongere overwegend negatief met elkaar communiceren, waarbij zij elkaar beschuldigen, defensief op elkaar reageren en elkaar weinig tot niet steunen. Er kan sprake zijn van weinig affectie is tussen de jongere, ouders en broers/zussen. Er kan ook sprake zijn van een gebrek aan of inconsistente regels of van vaak en te hard straffen (Stormshak, DeVargas, & Cardenas, 2018). De interventie dient zich zo nodig te richten op een gebrek aan toezicht door ouders die onvoldoende op de hoogte zijn van het dagelijks leven van de jongere (zoals waar hij is of wie zijn vrienden zijn).

Gedragsproblemen kunnen ook buiten het gezin voorkomen, op school of in de buurt. Wanneer het kind of de jongere op dwingende en ergerlijke wijze met anderen omgaat en anderen zwichten voor dit gedrag dan blijft dit gedrag bestaan (Reid, Patterson, & Snyder, 2002). Door op te trekken met andere kinderen met gedragsproblemen, vooral in een buurt waar veel criminaliteit voorkomt, leren kinderen en jongeren antisociaal gedrag (Utrzan, Piehler, & Dishion, 2018). Zij komen met de politie in contact vanwege het gebruik en misbruik van alcohol en drugs. Risicovol gedrag, ook op het gebied van seksualiteit, kan resulteren in traumatische ervaringen (Lindauer, 2014). Tenslotte worden sommige kinderen en jongeren met storend gedrag afgewezen door hun leeftijdgenoten (McDonald & Gibson, 2018). Hierdoor worden ze eenzaam. Wanneer ze een misdaad plegen worden ze ook wel *lone wolf* genoemd.

Behalve op bovengenoemde interactiepatronen richten interventies, met name de cognitieve gedragstherapie, zich ook op de problemen met emotieregulatie en sociaal probleem oplossende vaardigheden die eerder bij kinderen onder twaalf jaar werden besproken (zie paragraaf 2.3.2).

Wanneer het onderzoek naar interventies voor jeugdigen boven de twaalf jaar met ernstige gedragsproblemen wordt bestudeerd, dan blijkt dat dit onderzoek zich vooral concentreert rond bredere gezinsinterventies en cognitieve gedragstherapie.
Naarmate de leeftijd van een jeugdige vordert, brengt de jeugdige steeds meer tijd buiten het gezin door. De sociale omgeving van de jeugdige is nu ook uitgebreid met bijvoorbeeld de wijk, sportverenigingen en andere vrijetijdsbesteding. Daarnaast nemen de cognitieve vermogens toe. Dit biedt nieuwe kansen voor gedragsverandering, namelijk middels cognitieve gedragstherapie. Bij jeugdigen met LVB zijn met betrekking tot zowel betrekken van de omgeving, als cognitieve gedragstherapie de mogelijkheden beperkter, door het lagere cognitieve (en sociale en emotionele) niveau.

Wanneer kinderen ouder worden en naar het voortgezet onderwijs gaan kunnen gedragsproblemen afnemen. Dit kan komen door biologische veranderingen, maar ook doordat ze toegang krijgen tot andere omgevingen, die rijk kunnen zijn aan beschermende factoren. Een verandering van school kan bijvoorbeeld leiden tot een nieuwe positieve vriendengroep of tot het opbouwen van contact met een positief betrokken mentor. Echter, bij de kleine groep waarbij de gedragsproblemen blijven voortbestaan na de basisschoolleeftijd, worden

deze problemen ernstiger en nemen verder toe. Deze toename kan komen door het grotere beroep dat wordt gedaan op de vaardigheden om buiten het gezin te functioneren en om aan te sluiten op de behoeften vanuit de maatschappij, leeftijdsgenoten en school (AACAP, 1997, in Woolfenden, Williams & Peat, 2009). Ook bestaat het gedrag langer, waardoor het meer is ingesleten. Het komt ook voor dat pas op latere leeftijd gedragsproblemen ontstaan. Dat de problemen ernstiger en lastiger aan te pakken zijn wanneer jeugdigen ouder zijn, betekent niet dat er niets kan veranderen. Voor deze leeftijdsgroep behaalt een combinatie van cognitieve gedragstherapie en interventies binnen het gezin de beste resultaten.

2.4.1 Bredere interventies in het gezin

Ook bij jongeren vanaf twaalf jaar blijft het belangrijk om ouders bij de interventie te betrekken, ook omdat externaliserende gedragsproblemen bij jeugdigen een risicofactor zijn voor het ontstaan van kindermishandeling (Vink et al., 2016). Het is echter vanaf twaalf jaar vaak nodig om breder in te zetten en niet alleen te richten op de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het gaat hierbij enerzijds om interventies die naast de opvoedingsvaardigheden van de ouders de communicatieve vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden van alle gezinsleden aanpakken (gezinstherapie). Anderzijds gaat het om interventies die multimodaal inzetten en dus ook de school en omgeving betrekken.

2.4.1.1 Algemene effecten bredere interventies in het gezin

Een belangrijke studie is de review van Woolfenden, Williams en Peat (2009). Hierin zijn na strikte selectie acht onderzoeken naar gezinsinterventies voor jeugdigen tussen de tien en zeventien jaar opgenomen.
Het gaat hier om jeugdigen met een normoverschrijdende gedragsstoornis en/of bij wie sprake is van delinquentie. In elke studie zijn de deelnemers random toegewezen aan een gezins- of opvoedinterventie of aan een controlegroep. De controlegroep bestond onder meer uit een wachtlijst of de in dit geval gebruikelijke zorg (care as usual), zoals uithuisplaatsing, individuele begeleiding of maatschappelijk werk. Op basis van een aantal uitkomstmaten is gekeken of gezins- of opvoedinterventies betere resultaten behalen dan een wachtlijst of de gebruikelijke zorg. Er werden geen verschillen gevonden op de volgende uitkomstmaten: gedrag van de jeugdige, opvoedingsvaardigheden / geestelijke gezondheid van de ouders, gezinsfunctioneren/gezinsrelaties. Eén studie vond dat uithuisgeplaatste jeugdigen van wie de ouders een gezinsinterventie volgden, minder vaak wegliepen (30,5 procent) dan de jongeren uit de controlegroep (57,8 procent). Ook is gekeken naar de langetermijneffecten voor de betrokken jeugdigen. Hieruit blijkt dat bij follow up na één tot twee jaar het aantal arrestaties is verminderd wanneer er een gezinsinterventie is ingezet. Daarmee samenhangend is het aantal dagen verblijf in een detentie korter bij de groep waar een gezins- of opvoedinterventie is ingezet. Alhoewel deze resultaten niet direct iets over de mate van de gedragsproblemen zeggen, geven ze wel indirect aan dat deze waarschijnlijk verminderd zijn. Tot slot zijn er in deze review geen verschillen gevonden tussen opvoed- en gezinsinterventies enerzijds en gebruikelijke zorg anderzijds wat betreft de omgang met leeftijdsgenoten.

2.4.1.2 Gezinstherapie

Gezinstherapie is een interventievorm waarin niet alleen de opvoedingsvaardigheden van de ouders getraind worden, maar ook de communicatieve en probleemoplossende vaardigheden van alle gezinsleden aan bod komen. Gezinstherapie is gericht op het veranderen van de interacties tussen gezinsleden, het verbeteren van het functioneren van de individuele leden van het gezin en van het gezin als geheel. Omdat de leden van gezinnen met kinderen met ernstige gedragsproblemen elkaar vaker beschuldigen, defensief op elkaar reageren en elkaar minder steunen, probeert de behandelaar de onderlinge communicatiepatronen te veranderen. In de therapie leren gezinsleden te verduidelijken welk gedrag zij van elkaar verwachten, elkaar positief te bekrachtigen, problemen constructief te bespreken en gezamenlijk oplossingen voor problemen te vinden. Ook leren ze dat negatief ervaren uitingen soms heel begrijpelijke te duiden achtergronden hebben. Bijvoorbeeld verdriet en onmacht van ouders die leiden tot agressie.

Voorbeelden van **gezinstherapie** die in Nederland worden uitgevoerd en zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn:

I

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Ouderschap met liefde en grenzen (Hoogsteder, 2017)	12-18 jaar	Jongeren die delictgedrag en matige tot ernstige gedragsproblemen vertonen		effectief volgens eerste aanwijzingen
Ouders van Tegendraadse Jeugd (Schlüter, Berger, & Van Harten, 2006)	8-16 jaar	ouders van jeugdigen tussen de 8 en 16 jaar met (verhoogd risico op) strafbaar gedrag		goed onderbouwd
Relationele gezinstherapie (Tjaden & Albrecht, 2015)	12-18 jaar	jongeren (IQ > 55) met (ernstige) externaliserende gedragsproblemen (waaronder het plegen van een of meer delicten) en hun gezinnen		goed onderbouwd
Samen Stevig Staan (Van 't Hof et al., 2009)	9-16 jaar	jeugdigen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen	combineert ouderinterventie gericht op opvoedings-vaardigheden met kind-training	goed onderbouwd
Triple P Niveau 4 en 5 (Blokland, 2019)	3-12 jaar	Niveau 4 is voor ouders die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben voor het omgaan met milde tot ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. Triple P niveau 5 richt zich op dat deel van de doelgroep waarbij niveau 4 onvoldoende resultaat heeft vanwege bijkomende risicofactoren in het gezin.		effectief volgens eerste aanwijzingen

Een in de praktijk uitgevoerde studie vergelijkt Relationele gezinstherapie met de gebruikelijke zorg die jeugdigen in hun proeftijd krijgen (Sexton & Turner, 2010). Hiertoe zijn in totaal 917 jongeren tussen de dertien en zeventien jaar random toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Als uitkomstmaat is recidive gekozen. Het blijkt dat jongeren in beide groepen even vaak recidiveren, namelijk in 22 procent van de gevallen. Nader onderzoek laat echter zien dat wanneer de therapeut de interventie therapietrouw uitvoert, het recidivepercentage verlaagt naar 14,5 procent. Relationele gezinstherapie lijkt dus vooral effectief als het trouw wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

2.4.1.3 Multisysteem interventies

De rationale achter multisysteem interventies is dat ernstige gedragsproblemen veroorzaakt worden en in stand blijven door factoren in het gezin, de familie, de school, de omgang met leeftijdgenoten en de buurt. De behandeling dient zich dus ook op al die gebieden of systemen te richten. Daarom wordt een pakket van interventies aangeboden, gericht op het gezin van de jeugdige, op de jeugdige zelf en als dat nodig is op de school, vriendengroep, buurt of verdere familie. Multisysteeminterventies bevatten naast systemische interventies vaak ook cognitief-gedragstherapeutische elementen. Afhankelijk van de factoren die in een individueel geval het probleemgedrag in stand houden, worden de interventies gekozen.

Voorbeelden van **multisysteeminterventies** die in Nederland worden uitgevoerd en zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Multisysteem Therapy (MST) (Henggeler et al., 2010)	12-18 jaar	jongeren met ernstige gedragsproblemen bij wie plaatsing dreigt in de (gesloten) jeugdzorg én hun ouder(s)	het is niet nodig dat een jongere zelf gemotiveerd is om zijn of haar gedrag te veranderen	effectief volgens sterke aanwijzingen
Multidimensionele Familietherapie (MDFT) (Rigter, 2015)	12-19 jaar	jongeren met vaak meervoudig probleemgedrag: criminaliteit en/of verslaving (alcohol, drugs, gokken, gamen) aangevuld met spijbelen, weglopen en die daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen		effectief volgens sterke aanwijzingen (voor cannabisgebruik); effectief volgens eerste aanwijzingen (bij delinquentie)
Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST) (Hoogsteder, 2016b)	12-18 jaar	jongeren van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen met een matig of hoog recidiverisico		goed onderbouwd

Er is vrij veel onderzoek gedaan naar MST, bijvoorbeeld waarin MST wordt vergeleken met de gebruikelijke zorg (Butler, Baruch, Hockey, & Fonagy, 2011). Een dergelijk onderzoek dat

in Nederland is uitgevoerd (Asscher, Deković, Manders, Van der Laan, & Prins, 2013) liet zien dat MST effectiever is in het verminderen van externaliserend probleemgedrag, ODD en CD symptomen en vermogensdelicten dan de gebruikelijke zorg. Ook was MST effectiever dan de gebruikelijke zorg in het vergroten van ouderlijke gevoelens van competentie en positieve dimensies van opvoeden en zorgde het voor een grotere toename in het contact tussen de jongere en pro-sociale leeftijdgenoten. Effecten waren hetzelfde voor jongeren van verschillende etnische achtergronden en leeftijden. Er was echter een belangrijk verschil tussen jongens en meisjes: meisjes die MST volgden lieten een afname in zelfvertrouwen zien, in combinatie met een toename in hun gevoel dat ze falen. De onderzoekers suggereren daarom dat het wellicht goed is om in de MST behandeling bij meisjes aandacht te besteden aan depressieve symptomen en het gevoel te falen (Asscher et al., 2013).

Er zijn ook meta-analyses uitgevoerd. Drie daarvan worden in onderstaande besproken. Curtis, Ronanen en Borduin (2004) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van MST. In de meta-analyse zijn elf studies meegenomen, gebaseerd op zeven databestanden. De studies vonden plaats tussen 1987 en 2002 in Amerika. De doelgroep bestaat deels uit gewelddadige en chronische delinquenten, maar ook uit jeugdigen met een drugsverslaving of met verwaarlozende ouders. De uitkomstmaten zijn in vijf domeinen geclusterd: individu (problemen ouder/jeugdige), gezin (zoals stress, interacties), leeftijdsgenoten (zoals omgang met antisociale leeftijdsgenoten), naar school gaan en delinquente activiteiten (zoals aantal arrestaties, drugsgebruik). De jongeren uit de controlegroep ontvingen een actieve interventie zoals een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden of individuele therapie. De gemiddelde effectgrootte van deze studie komt uit op 0.55. De effectgrootte op het domein gezin is het grootst, namelijk 0.57. De kleinste effectgrootte is gevonden voor het domein leeftijdsgenoten. In 2009 is er een review gepubliceerd door Littell, Campbell, Green en Toews met minder positieve resultaten. Op basis van een uitgebreide literatuursearch zijn er acht RCT's naar de effecten van Multisysteem therapie (MST) opgenomen in de review. De studies vonden plaats tussen 1990 en 2004 in drie verschillende landen (zes in de USA, één in Canada en één in Noorwegen). Een deel van de betrokken doelgroep bestond uit delinquenten. De jongeren uit de controlegroep ontvingen een actieve interventie, bijvoorbeeld care as usual of individuele therapie. Uitkomstmaten die in deze review zijn onderzocht zijn onder meer gedragsproblemen, relaties met leeftijdsgenoten, gezins-functioneren en delinquentie. Globaal lijkt het of de meeste resultaten iets ten gunste van MST uitvallen, alhoewel het om kleine verschillen gaat. De grootste, enig onafhankelijke en in Canada uitgevoerde studie kan geen verschillen vinden tussen MST en care as usual. Niet alle uitkomstmaten van deze review zijn even relevant voor deze richtlijn. Wanneer wordt gekeken naar de uitkomstmaat externaliserend gedrag dan is de effectgrootte daarvoor -0.18, dus iets ten gunste van MST.
Een recentere meta-analyse vond dat MST kleine, maar significante verbeteringen liet zien op de uitkomstmaten delinquentie, psychopathologie, middelengebruik, gezinsfactoren, uithuisplaatsing en factoren met betrekking tot leeftijdgenoten (Van der Stouwe, Asscher, Stams, Dekovic, & Van der Laan, 2014). De auteurs concluderen verder dat MST vooral effectief lijkt te zijn voor jeugdigen onder de vijftien jaar, die bij aanvang ernstige problemen hebben.

MDFT werd oorspronkelijk vooral ingezet bij jeugdigen die overmatig drugs gebruiken, maar wordt inmiddels breder toegepast. Nederlands onderzoek (Hendriks, Van der Schee, & Blanken, 2011) laat zien dat MDFT en cognitieve gedragstherapie even effectief zijn in het verminderen van cannabisgebruik bij jongeren tussen dertien en achttien jaar oud. Ook in het buitenland is onderzoek gedaan naar de effecten van MDFT. Liddel, Dakof, Parker, Diamond, Barrett en Tejeda (2001) vonden dat MDFT iets effectiever is in het verminderen van drugsgebruik in vergelijking met enkel groepstherapie voor jeugdigen, of een op educatie gerichte gezinsinterventie met meerdere gezinnen tegelijk. Dit geldt zowel na afloop als bij de follow up na één jaar. Op de andere uitkomstmaten 'acting-out' gedrag, schoolcijfers en competenties van het gezin zijn er geen noemenswaardige verschillen gevonden.
Een meta-analyse vond dat MDFT een effectieve interventie is voor jongeren die overmatig middelengebruik laten zien en daarnaast gedragsproblemen hebben (Van der Pol et al., 2017). MDFT was het meest effectief voor jongeren met ernstig middelengebruik of ernstige gedragsproblematiek. Een belangrijke bevinding was dat MDFT effectief is in verschillende settings, even effectief is voor jongens als voor meisjes, voor jongeren met verschillende culturele achtergronden en ongeacht sociaal economische status (Van der Pol et al., 2017).

2.4.2 Cognitieve gedragstherapie

De centrale aanname in de cognitieve gedragstherapie is dat wat individuen voelen en hoe ze zich gedragen, bepaald wordt door wat zij denken en vice versa. Bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen is veelal sprake van vaststaande opvattingen, zoals 'ik ben waardeloos' of 'ze moeten altijd mij hebben', waardoor ze sociale informatie vaak verkeerd interpreteren. Bijvoorbeeld: ze interpreteren reacties van anderen bij voorbaat als vijandig en reageren daar dienovereenkomstig op. In een cognitief gedragstherapeutische training worden deze automatische cognities uitgedaagd. Jeugdigen wordt geleerd dat ze ook vanuit een ander perspectief naar dezelfde situatie kunnen kijken en dat ze op een andere wijze kunnen reageren. Het gaat doorgaans om het leren van vaardigheden gericht op het vergroten van de mogelijkheden tot zelfcontrole- of agressieregulatie, en om het aanleren van sociale en probleemoplossende vaardigheden, zoals een klacht uiten, hulp vragen en onderhandelen.
Met de term cognitieve gedragstherapie worden uiteenlopende interventies aangeduid. De afgelopen jaren zijn er diverse meta-analyses verschenen waarin is nagegaan of er verschil is in de uitkomsten van de uiteenlopende cognitief gedragstherapeutische aanpakken.

2.4.2.1 Algemene effecten cognitieve gedragstherapie

Meta-analyses laten op consistente wijze zien dat cognitief gedragstherapeutische interventies gemiddeld genomen positieve effecten hebben op gedragsproblemen (onder meer Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010). Onder de term gedragsproblemen wordt hier bedoeld: delinquentie, agressie, geweld, externaliserend gedrag. Die effecten verschillen echter significant in grootte. Litsche, Vaughn en McCrea (2010) geven een overzicht van meta-analyses naar interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen. Hierin zijn negen meta-analyses naar cognitieve gedragstherapie opgenomen. De gemiddelde effectgrootte is 0.53, variërend tussen 0.23 tot 1.15. De meta- analyse van McCart en anderen (2006) komt uit op een gemiddelde effectsize van 0.35. In een andere meta-analyse bleek cognitieve gedragstherapie ook effectief in het verminderen van externaliserende symptomen in jeugdigen met ODD (effectsize 0.79) en CD

(effectsize 1; Battagliese et al., 2015). Een derde meta-analyse geeft aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie of een combinatie van gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie, meer vooruitgang in gedrag laten zien in de periode tussen het eind van de interventie en de follow-up meting dan gedragstherapie of gezinstherapie (Fossum, Handegård, Adolfsen, Vis, & Wynn, 2016).

2.4.2.2 Factoren die de effectiviteit beïnvloeden

Ook voor cognitieve gedragstherapie geldt dat er in sommige gevallen betere resultaten worden behaald dan in andere gevallen. Een deel van de onderzoeken die worden beschreven richten zich op de uitkomstmaat recidive en vinden plaats binnen een residentiële setting. Deze richtlijn focust niet op delinquente jongeren (zie paragraaf 2.1). De studies geven informatie over de effectiviteit van elementen uit de cognitieve gedragstherapie en zijn daarom opgenomen.

Landenberger en Lipsey (2005) en Lipsey, Landenberger en Wilson (2007) onderzochten de effectiviteit van verschillende cognitief gedragstherapeutische interventies voor jongeren en volwassenen met een gedragsstoornis en delinquent gedrag. Om te bepalen welke elementen tot de beste resultaten leiden is in deze studies voor elke onderzochte interventie nagegaan uit welke elementen deze bestaat. In de studie van Lipsey, Landenberger en Wilson (2007) is daarnaast bekeken welke factoren verantwoordelijk zijn voor de verschillen in effectgroottes, dat wil zeggen: in welke situaties betere resultaten bereikt worden.

In de studie van Landenberger en Lipsey (2005) zijn diverse elementen van de cognitief gedragstherapeutische interventies onderzocht. Omdat deze elementen een goed beeld geven van de inhoud van cognitief gedragstherapeutische interventies, zijn deze hieronder opgenomen. Het gaat om:

- Training in cognitieve vaardigheden (cognitive skills): het trainen van algemene vaardigheden op het gebied van het nadenken en het nemen van beslissingen, zoals ‘stop en denk na voordat je wat doet’, het bedenken van alternatieve oplossingen, het
- evalueren van consequenties en het nemen van een besluit over het toepassen van gedrag;
- Training in cognitieve herstructurering (cognitive restructuring): activiteiten en oefeningen gericht op het herkennen en aanpassen van eigen denkfouten (cognitive
- distortions), zoals anderen de schuld geven, het delict minimaliseren; ‘criminogeen denken’;
- Het trainen van probleemoplossende vaardigheden (interpersonal problem solving skills): het leren omgaan met conflicten, leren rustig te reageren, een eigen mening
- Formuleren en omgaan met groepsdruk, bijvoorbeeld leren ‘nee’ te zeggen en weg te gaan;
- Training van sociale vaardigheden (social skills training): training in prosociaal gedrag, andermans gevoelens in acht nemen, sociale omgang juist interpreteren;
- Het trainen van het herkennen van boosheid en de uitlokkers daarvan en vervolgens controle uitoefenen over de boosheid (woedebeheersing);
- Training van moreel redeneren (moral reasoning): leren nadenken en redeneren over goed gedrag en fout gedrag met als doel de morele ontwikkeling op een hoger niveau te brengen.
- Het trainen van aandacht voor het slachtoffer (victim impact): activiteiten die erop gericht zijn om de impact van het eigen gedrag op het slachtoffer in beeld te krijgen;
- Terugvalpreventie (relapse prevention): situaties leren herkennen waarin een hoog risico op terugval bestaat en die risico’s leren beperken.

Uit de analyses blijkt dat deelnemers aan trainingen met bovenstaande elementen gemiddeld 25 procent minder recidiveren dan personen uit de controlegroep. Sommige onderdelen lijken de effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie te verhogen. Met cognitieve herstructurering, woedebeheersing en interventies waarin naast de groepsbenadering ook een individueel behandelelement was opgenomen, bleken de beste uitkomsten bereikt te worden, zoals een recidivereductie tot wel 50 procent.

Wanneer de cognitieve gedragstherapie werd toegepast bij jongeren met een hoog recidiverisico, er sprake was van goede uitvoering van de interventie en de aanpak ingepast werd in een breder pakket van interventies, was het resultaat beter dan wanneer dat niet het geval was. Ook is gekeken of de intensiteit (variërend van één tot tien keer per week), en de totale lengte van de training (variërend tussen de vijf en 104 weken) van invloed is op de effectiviteit. De interventies met een hoge intensiteit en een langere totale duur, bleken betere resultaten te boeken (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007). Omdat de spreiding van de hoeveelheid sessies in deze studie zo groot is, zijn hier lastig conclusies aan te verbinden.

In een meta-analyse hebben Sukhodolsky, Kassinove en Gorman (2004) ook specifieke elementen van cognitieve gedragstherapie bekeken, zoals het trainen van vaardigheden, het leren herkennen van gevoelens, probleemoplossing en een combinatie van elementen. De vaardigheidstraining en combinatieaanpak bleken het beste te werken ter vermindering van agressief gedrag. Het trainen van probleemoplossende vaardigheden bleek goed te werken voor het verminderen van gevoelens van boosheid en woede. Interventies waarin gebruik werd gemaakt van voordoen, rollenspel, het geven van feedback en huiswerkopdrachten bleken betere uitkomsten te hebben dan interventies zonder die elementen. Er zijn geen verschillen in de effectiviteit gevonden wat betreft de ernst van de problematiek, het aantal sessies, groeps- of individueel aanbod, de ervaring van de therapeut of de locatie van de uitvoering.

McCart en anderen (2006) hebben in een meta-analyse de resultaten van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden en cognitieve gedragstherapie onderzocht. Wat betreft cognitieve gedragstherapie concluderen zij dat de gemiddelde effectsize 0.35 is. Ook blijkt cognitieve gedragstherapie effectiever naarmate
de leeftijd van de jeugdige toeneemt (in deze studie tussen de vijf en achttien jaar). Omdat in slechts een klein deel van de opgenomen studies de etniciteit of het geslacht van de jeugdige is gerapporteerd, bleek het niet mogelijk om te kijken of de effecten voor verschillende groepen anders zijn.

Smeets en anderen (2015) onderzochten in een meta-analyse de effecten van cognitieve gedragstherapie bij het verminderen van agressief gedrag in kinderen en jongeren. Zij vonden dat cognitieve gedragstherapie gemiddeld genomen effectief was in het verminderen van agressief gedrag (effectsize 0.50). Effectiviteit was gelijk ongeacht gender, leeftijd, wel versus geen klinische diagnose, duur van de behandeling, setting (klinisch, school of thuis) en interventietype (individuele, groeps- of gezinsinterventie) (Smeets et al., 2015).

Dekker (2014) heeft onderzoek gedaan naar welke (cognitieve) gedragsinterventies het meest effectief zijn voor jongeren met een LVB en externaliserende gedrags- en/of psychiatrische problematiek. Zij concludeert dat een gedragsmatige interventie, zoals anger management zeer effectief lijkt en ook het inzetten van bekrachtigers of beloningen, zoals bij operante conditionering (token economy) lijkt effectief. Bij anger management worden in het begin van de behandeling ontspanning- en ademhalingsoefeningen gedaan. In een latere fase worden deze oefeningen gekoppeld aan rollenspellen of discussies waarin stressvolle situaties centraal staan. Zo leren de jongeren de ontspanningsoefeningen te koppelen aan de stressvolle situaties en leren ze beter met dat soort situaties omgaan. Token Economy is onderdeel van een gedragstherapie en maakt gebruik van tokens (beloningen) voor van tevoren geformuleerde positieve gedragingen die de jongere laat zien op van tevoren vastgestelde tijden of intervallen. Deze tokens gelden als positieve bekrachtiger van het gewenste gedrag (Dekker, 2014).

Interventies die zich richten op cognitieve gedragstherapie bij jongeren **vanaf twaalf jaar** en die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Agression Replacement Training (ART) (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998)	12-23 jaar	jongeren die problemen hebben met het reguleren van agressief gedrag		effectief volgens goede aanwijzingen
Sociale Vaardigheden op maat (Hoogsteder, 2013)	15-21 jaar	jongeren met probleemgedrag dat voor een deel voortkomt uit onvermogen tot zelfstandig en adequaat hanteren van lastige sociale situaties	start residentieel en kan ambulant worden voortgezet	effectief volgens eerste aanwijzingen
Agressieregulatie op maat ambulant (zie *www.nji.nl/jeugdinterventies*)	16-24 jaar	jongeren met een forse agressieproblematiek		effectief volgens eerste aanwijzingen
Agressieregulatie op maat ambulant 16- (Hoogsteder, 2016a)	12-16 jaar	jongeren met (ernstige) agressieproblematiek	richt zich naast de jeugdige ook op de opvoeder(s) van de jeugdige	goed onderbouwd
Tools4U (Albrecht & Spanjaard, 2011)	12-23 jaar	jongeren die één of meerdere delicten hebben gepleegd, zoals openlijke geweldpleging, mishandeling, vernieling, of diefstal (in vereniging)/ inbraak; daarnaast is er sprake van cognitieve en/of sociale vaardigheidstekorten die een rol hebben gespeeld bij het delict	wordt door de rechter als leerstraf opgelegd	goed onderbouwd

Alleen jij bepaalt wie je bent (Hartog, Van Vredendaal, & Cremers, 2017)	12-18 jaar	jongeren die onderwijs volgen bij een praktijkschool of op de basis- of kaderberoepsgerichte leerweg van het VMBO.		goed onderbouwd
Samen Stevig Staan (Van 't Hof et al., 2009)	9-16 jaar	jeugdigen met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen	combineert ouderinterventie gericht op opvoedings-vaardigheden met kind-training	goed onderbouwd
So Cool (zie *www.nji.nl/jeugdinterventies*)	12-18 (uitloop naar 23) jaar	jongeren met een IQ van 50-85, met een gemiddeld risico op recidive die tekorten vertonen in de sociale probleemoplossings-vaardigheden	wordt door de kinderrechter als leerstraf opgelegd	goed onderbouwd
Training Agressie Controle (TACt regulier) (Spanjaard & Albrecht, 2014)	12-18 jaar	jongeren (IQ hoger dan 85) met antisociaal en agressief gedrag	wordt door de kinderrechter als leerstraf opgelegd; heeft een LVB variant: TACt Plus	goed onderbouwd
Training Agressie Controle Plus (TACt Plus) (Albrecht, Hemminga, & Breg, 2014)	12-18 jaar	jongeren (IQ 50-85) met antisociaal en agressief gedrag	wordt door de kinderrechter als leerstraf opgelegd	goed onderbouwd

2.5 Residentiële interventies

Wanneer jeugdigen (semi-)residentieel verblijven worden er specifieke interventies ingezet. Dit kan op individueel niveau, maar ook voor de hele groep. Deze behandelingen zijn niet alleen gericht op de context binnen de instelling, maar richten zich ook op de omgeving van de jongere buiten de instelling.

Het plaatsen van jeugdigen in een residentiële instelling is een zwaar middel en een uiterste maatregel die zeer terughoudend moet worden toegepast. Hieraan gaat een zorgvuldige afweging vooraf, waarbij eerst andere alternatieven moeten worden overwogen. Het verdient de voorkeur om een jeugdige indien mogelijk in een gezinsvervangende situatie te plaatsen, bijvoorbeeld een pleeggezin. Als een beslissing wordt genomen over het scheiden van ouders en kind moet een kind over een dergelijke beslissing zijn/haar mening kunnen geven. Aan de beslissing een kind uit huis te plaatsen dient een participatief proces vooraf te gaan waarin het kind en de ouders zorgvuldig worden betrokken. Voor beslissingen over uithuisplaatsing kunnen hulpverleners gebruik maken van de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Ten Berge, & Van Vianen, 2015). Wees ervan bewust dat kinderen die uit hun gezin zijn gehaald kwetsbaar zijn en recht hebben op passende en bijzondere zorg en bijzondere bescherming.

Zoals gezegd kunnen jeugdigen in een pleeggezin worden geplaatst. Dit verdient de voorkeur boven plaatsing in een residentiële instelling. Hierbij is het van belang dat ook de gedragsproblemen worden behandeld: alleen plaatsing in een pleeggezin is onvoldoende om

de problemen aan te pakken. Daarbij moet opgemerkt worden dat kinderen ouder dan tien jaar met ernstige gedragsproblemen en die al meerdere keren geplaatst zijn in een ander pleeggezin een groot risico lopen op een breakdown (zie de *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Baat, Van den Bergh, & De Lange, 2015). Een interventie die in de therapeutische pleegzorg kan worden ingezet en is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies, is:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Treatment Foster Care Oregon-Adolescenten	12-18 jaar	jongeren met complexe gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag, en met een gemiddeld tot hoog recidiverisico	combineert training van ouders met het oefenen van vaardigheden en gedrag door de jeugdige	goed onderbouwd

TFCO-A behelst in het kort de opname van een jeugdige in een pleeggezin waarin de pleeg- ouders getraind zijn in opvoedingsvaardigheden volgens het model van PMTO. Deze pleegouders worden intensief ondersteund in de uitvoering van hun taak, zodat zij een jeugdige met gedragsproblemen aan kunnen. De jeugdige zelf ontvangt individuele cognitieve gedragstherapie en andere hulp die nodig is. De ouders uit het gezin van herkomst krijgen training in opvoedingsvaardigheden. Na enkele maanden gaat de jeugdige terug naar huis en is er voorzien in enkele maanden begeleiding van ouders en jeugdige in de nieuwe situatie thuis. Diverse Amerikaanse overzichtsstudies noemen dit een effectieve interventie in het voorkomen van recidive. De positieve resultaten gelden zowel voor jongens (Chamberlain, 2003), als voor meisjes. Uit een recentere studie van Chamberlain, Leve en De Garmo (2007) blijkt dat TFCO-A recidive voorkomt bij meisjes die twee jaar eerder aan de interventie hadden deelgenomen, gemeten in het aantal opnamedagen in gesloten instellingen, contact met politie en justitie en zelf gerapporteerde delicten. Ook Engels onderzoek (Biehal, Ellison, & Sinclair, 2011) laat zien dat TFCO-A ervoor zorgt dat er sprake is van minder recidive. Echter, in het jaar nadat de jeugdigen hun pleeggezin verlaten gaat de recidive weer omhoog naar een vergelijkbaar niveau als dat van de controlegroep.

Ook bij residentiële zorg is een belangrijk uitgangspunt dat het enkel plaatsen van een jeugdige met ernstige gedragsproblemen naar een residentiële setting onvoldoende is om de specifieke problemen aan te pakken. Naast deze plaatsing dienen er dus altijd interventies te worden ingezet. Zoals gezegd kunnen interventies zowel op de groep als individueel worden ingezet. Het is mogelijk om tijdens het residentiële verblijf ook al te starten met interventies in het gezin van de jeugdige (bv. RGT, MST, MDFT) en deze bij terugplaatsing in het gezin ambulant voort te zetten.

In het kader van residentiële jeugdhulp zijn de strategieën van Kok (1995) helpend. Om jeugdigen met gedragsproblemen te kunnen helpen, moeten de eerste-, tweede- en derdegraadsstrategieën zijn ingevuld. Met de eerstegraadsstrategie wordt het dagelijks opvoedend handelen op de residentiële behandelgroep bedoeld. Hiervoor biedt hoofdstuk 3 aanknopingspunten. Het gaat erom dat er een dusdanig positief leefklimaat wordt gerealiseerd dat jeugdigen zich goed voelen en gedragsverandering mogelijk is. Daarnaast moeten er interventies worden ingezet die specifiek gericht zijn op het aanpakken van de gedragsproblemen. Dit noemt Kok de

tweedegraadsstrategie. De interventies genoemd in paragraaf 2.4.2 (cognitieve gedragstherapie) kunnen veelal ook worden ingezet binnen een (semi-)residentiële setting, voor jeugdigen vanaf ongeveer acht jaar. Daarnaast bestaan er interventies die specifiek binnen een (semi-) residentiële setting kunnen worden ingezet.
Met de derdegraadsstrategie bedoelt Kok dat de inzet van eerstegraads- en tweedegraadsstrategieën altijd worden ingekleurd voor het specifieke kind met eigen behoeften en mogelijkheden.

Voorbeelden van interventies die in een residentiële setting kunnen worden toegepast en die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Agressieregulatie op maat (residentieel) (Hoogsteder, 2015)	16-21 jaar	jongeren met ernstige agressieproblematiek die verblijven in een residentiële voorziening (JeugdzorgPlus-instelling of een Justitiële Jeugdinrichting) wegens gedragsproblemen	maakt gebruik van cognitieve gedragsmatige aanpak	effectief volgens goede aanwijzingen
Sociale Vaardigheden op maat (Hoogsteder, 2013)	15-21 jaar	jongeren met probleemgedrag dat voor een deel voortkomt uit onvermogen tot zelfstandig en adequaat hanteren van lastige sociale situaties	start residentieel en kan ambulant worden voortgezet	effectief volgens eerste aanwijzingen
Een solide basis voor de toekomst	14-19 jaar	meisjes in JeugdzorgPlus-inrichtingen met tekorten in het gevoel van eigenwaarde en sociale competenties		goed onderbouwd
Groepsactiviteiten Richtend op Individuele Progressie (GRIP) (Drent, 2016)	12-18 jaar	jongeren met een LVB die extreem probleemgedrag vertonen en geplaatst zijn in een JeugdzorgPlus-instelling		goed onderbouwd
In Control! – LVB (zie *www.nji.nl/jeugdinterventies*)	12-21 jaar	jongeren die in een justitiële jeugdinrichting verblijven en een IQ hebben tussen 75 en 80 gecombineerd met problemen in de sociale aanpassing	focust op probleemoplossings-training, maar ook op het herkennen van lichaamssignalen en daaropvolgend het toepassen van ontspannings-technieken	goed onderbouwd

Mocht een jongere niet meer thuis kunnen wonen en een gezinsvervangende situatie geen optie zijn, dan kan gekeken worden naar residentiële jeugdhulp, met als allerlaatste optie plaatsing in de gesloten jeugdhulp. Meer informatie over residentiële jeugdhulp is terug te vinden in de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Addink, Haspels, & Geurts, 2015) en de *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Bartelink, Ten Berge, & Van Vianen, 2015).

2.6 Verstandelijke beperking

Interventies en aandachtspunten voor jeugdigen met een LVB zijn opgenomen in de lopende tekst. Voor jeugdigen met een ernstige verstandelijke beperking is de onderstaande interventie opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies:

Interventie (referentie)	Leeftijd	Bedoeld voor	Bijzonderheden	Erkenningsniveau
Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)	0-18 jaar	jeugdigen met meervoudige problematiek: ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag, bij wie sprake is van pathogene zorg	geschikt als eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding (onder andere aandacht, gedragstherapeutische aanpak) en leefsituatie (o.a. competentievergroting, aanpassingen in de omgeving) niet het gewenste effect hadden	effectief volgens eerste aanwijzingen

2.7 Wat werkt niet?

Er is nog weinig bekend over wat niet werkt. Verschillende studies naar residentiële, niet-residentiële, justitiële en niet-justitiële interventies die gericht zijn op preventie, reductie of behandeling van antisociaal gedrag en delinquentie van jongeren tussen 12 en 21 jaar laten overwegend positieve effecten zien. De meest omvangrijke studie is die van Lipsey en Wilson (1998). Deze auteurs analyseerden tweehonderd studies en bekeken het verschil tussen residentiële en ambulante interventies. Gemiddeld bleken de verschillende typen interventies een recidivereductie van 12 procent te bewerkstelligen. De uitkomsten van de programma's verschilden echter zeer. Zo blijkenoverlevingstochten niet te leiden tot vermindering van gedragsproblemen. Dit betekent overigens niet dat het onderzoek aangeeft dat alle activiteiten, gebaseerd op ervaringsleren niet effectief zijn. Dit geldt wel specifiek voor overlevingstochten. Ook programma's gericht op afschrikking, zoals het brengen van een bezoek aan een gevangenis en gesprekken met volwassen gevangenen, hebben geen of zelfs negatieve uitkomsten.

Zowel bij groepstrainingen als bij residentiele behandeling bestaat het risico op 'deviancy training'. Onder 'deviancy training' wordt verstaan dat door in groepsverband te praten over regel overtredend en delinquent gedrag, dit gedrag positief wordt bekrachtigd met als gevolg een toename van geweld, delinquent gedrag en middelengebruik. Het van elkaar leren van de verkeerde dingen kan er ook toe leiden dat groepsbehandelingen een averechts of negatief effect hebben (Dishion, McCord, & Poulin, 1999).

2.8 Conclusies

Op basis van bovenstaande tekst trekt de werkgroep een aantal conclusies. Deze conclusies zijn gebaseerd op sterk wetenschappelijk bewijs verkregen uit voornamelijk buitenlands onderzoek:

Bij kinderen tot twaalf jaar, is een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden effectief in het verminderen van (ernstige) gedragsproblemen. Dit komt vooral omdat ouders een aandeel hebben in het instandhouden van de problemen en veel kunnen bijdragen aan het verminderen ervan. Als de resultaten van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden tegenvallen

door de ernst van de problematiek of als sprake is van zeer ernstige gedragsproblemen dan is vanaf acht jaar aanvullende cognitieve gedragstherapie aangewezen.

Er is veel onderzoek gedaan naar onder welke omstandigheden en met welke kenmerken een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden de beste resultaten boekt. Wat betreft kenmerken van het kind is gebleken dat bij ernstigere problematiek betere resultaten worden geboekt. Voor een effect van sekse, leeftijdsvariatie binnen de basisschoolleeftijd en etniciteit van het kind is geen bewijs gevonden.

Wat betreft ouderkenmerken als sociaal economische status en de huwelijksrelatie tussen ouders is er nog geen eenduidige conclusie te trekken. Er zijn wel aanwijzingen dat ouderlijke stress een negatieve invloed heeft.

Er is geen overeenstemming op basis van onderzoek - of een gebrek aan onderzoek - dat bepaalde kenmerken van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden (aantal sessies, groeps- versus individueel, setting waarin deze wordt aangeboden) van invloed zijn op de effecten van een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden.

Het aanbieden van andere interventies aan de ouders naast de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden is gerelateerd aan een geringer effect van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om hulp bij verslaving van de ouder of een onderwijsaanbod voor de ouder. Dit wil echter niet zeggen dat het aanbieden van interventies naast de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden de oorzaak is van slechtere resultaten. Het is zeer goed mogelijk dat de overige problemen er zowel voor zorgen dat er aanvullende interventies nodig zijn, als dat de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden minder effectief is. Geef daarom wel aandacht aan andere problematiek in het gezin als deze de effectiviteit van de behandeling in de weg kan staan.

Wanneer er binnen een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden wordt gewerkt aan positieve interacties (complimenteren, enthousiast zijn) en er wordt geoefend met het eigen kind, dan zorgt dat voor betere resultaten op het opvoedgedrag van de ouders en het verminderen van gedragsproblemen bij jeugdigen.

Bij jeugdigen vanaf twaalf jaar zijn de problemen doorgaans ernstiger. De beste aanpak bij deze groep is cognitieve gedragstherapie in combinatie met een gezinsinterventie.

Cognitieve gedragstherapie sluit aan bij de groeiende cognitieve vermogens van jeugdigen boven de twaalf jaar. In geval van ernstige problematiek bij kinderen tussen de acht en twaalf jaar kan cognitieve gedragstherapie aanvullend aan een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden worden toegevoegd. Dit geldt ook voor situaties waarin een ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden te weinig resultaten oplevert.

Er bestaat onderzoek naar onder welke omstandigheden en met welke kenmerken cognitieve gedragstherapie de beste resultaten behaalt. Hieruit blijkt dat cognitieve gedragstherapie

effectiever is naarmate de jeugdige ouder wordt, er gebruik wordt gemaakt van cognitieve herstructurering en woedebeheersing, en waarbij – naast de groepsbenadering – een individueel behandelelement is opgenomen. Ook wanneer er gebruikt wordt gemaakt van voordoen, rollenspellen, het geven van feedback en huiswerkopdrachten, blijken de resultaten beter.

Een aantal factoren blijkt niet eenduidig van invloed op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie, namelijk het aantal sessies, groeps- of individueel aanbod, de ervaring van de therapeut of de locatie van uitvoering.

Er is onvoldoende onderzoek gedaan om te kunnen bepalen of sekse, etniciteit en LVB/IQ (van zowel jeugdige, als ouders) van invloed zijn op de effecten.

Bij LVB jongeren lijken anger management en operante conditionering effectieve elementen van CGT.

Voor jeugdigen vanaf twaalf jaar worden vaak bredere gezinsinterventies ingezet. De effecten van deze interventies blijken klein tot middelmatig. De effecten van bredere gezinsinterventies nemen toe wanneer deze therapietrouw worden uitgevoerd.

Wanneer jeugdigen met ernstige gedragsproblemen binnen een (semi) residentiële setting worden geplaatst, is het noodzakelijk om gerichte interventies in te zetten. Het gaat hierbij om (individuele- of groeps-) interventies die worden aangeboden naast de specifieke opvoeding op de groep. Zowel cognitieve gedragstherapie als specifieke interventies voor (semi)residentiële voorzieningen zijn hiervoor geëigend.
Het is belangrijk dat interventies worden uitgevoerd zoals deze bedoeld zijn en effectief zijn gebleken. Wanneer dit niet gebeurt dan gaat dit ten kosten van de effectiviteit.

Overlevingstochten en interventies met als aanpak afschrikking hebben geen effect op het verminderen van gedragsproblemen.

2.9 Overige overwegingen

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

Het is belangrijk om de omgeving van de jeugdige met gedragsproblemen bij de zorg te betrekken. Kennis bij de omgeving (bv. ouders, school, vrienden) over de achtergrond van de jeugdige en de vaardigheden die tijdens de interventie worden/zijn aangeleerd kan helpen om terugval te voorkomen. In verband met privacy moet dit áltijd gebeuren in samenspraak met jeugdige en ouders. Ervaring leert dat sommigen dit niet willen uit (al dan niet gegronde) angst voor negatieve gevolgen als de omgeving weet dat men hulp heeft gehad. Zorgvuldigheid met informatieoverdracht is dus zeer belangrijk.

Participatie is een voortdurend proces van informatie-uitwisseling. Nadat de hulp gestart is, moet worden gemonitord en geëvalueerd met jeugdigen en de ouders of de hulp ook leidt tot

de gewenste effecten. Het is daarbij belangrijk dat jeugdigen en ouders ook de kans krijgen om kritiek te uiten op de gestarte hulp en suggesties aan te dragen voor het vervolg. Tijdens de interventie is aandacht nodig voor het in laten slijten van nieuw gedrag. Als resultaten achterblijven, kan het nodig zijn de gekozen aanpak te wijzigen of opnieuw diagnostiek te verrichten om zo te achterhalen of de problematiek juist is beoordeeld en of gewerkt wordt aan de juiste in stand houdende factoren. Ook kan het nodig zijn om advies of hulp in te roepen van specialisten met aanvullende expertise, bijvoorbeeld vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie, de verslavingszorg of de zorg voor kinderen met een licht verstandelijke beperking.

Wanneer de uitvoering van een interventie tot onvoldoende resultaat leidt, adviseren ouders om een vorm van langdurige ondersteuning in te zetten om zorg te dragen voor het inslijten van nieuw geleerde vaardigheden bij de ouders en hun kind(eren). Deze kan verzorgd worden door de wijkteammedewerker of een schaduwcoach. Het is daarbij belangrijk om te blijven inzetten op de kernelementen met voldoende intensiteit.

De effectiviteit van hulpverlening wordt door meer bepaald dan alleen een interventie. Ook algemeen werkzame factoren spelen hierbij een rol. Algemeen werkzame factoren betreffen de ingrediënten van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep. Bekende voorbeelden van deze factoren zijn (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010):

- aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- goede kwaliteit van de relatie cliënt-behandelaar;
- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering);
- een goede ‘match’ van de aanpak met het probleem en de hulpvraag;
- uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden;
- professionaliteit (goede opleiding en training) van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Algemeen werkzame factoren dragen in belangrijke mate bij aan de effectiviteit van hulp. Daarnaast komt het in de praktijk vrijwel niet voor dat er slechts één interventie wordt ingezet bij deze doelgroep: interventies worden gestapeld en ook daarbuiten wordt er op meerdere manieren hulp verleend.
Toch is het om een aantal redenen gerechtvaardigd om hier in te zoomen op losse interventies. Ten eerste bevatten interventies technieken die feitelijk als algemeen werkzame factoren opereren. Denk hierbij aan het structureren van de hulp door doelgericht te werken. Ten tweede bevatten interventies technieken die invloed hebben op de kwaliteit van de algemeen werkzame factoren, zoals technieken die helpen om de kwaliteit van de therapeutische relatie goed vorm te geven. Ten slotte zijn er in de literatuur aanwijzingen te vinden dat door het gebruik van specifieke methodieken – mits goed geïmplementeerd – er een betere koppeling tot stand komt tussen de problemen waar de jeugdige / de opvoeder mee kampt en de aanpak (Van Yperen et al., 2010).

Het feit dat het weinig voorkomt dat er een enkele interventie wordt ingezet, wil niet zeggen dat ‘stapelen’ de voorkeur zou moeten hebben. Dit geldt des te sterker als er weinig aandacht

is voor therapietrouw: het uitvoeren van de interventie zoals bedoeld. Stapelen kan leiden tot een opeenhoping van 'halve interventies'. In zo'n geval verdient het verbeteren van de oorspronkelijke interventie de voorkeur.

Het aanbieden van andere interventies naast de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden is gerelateerd aan slechtere resultaten van de ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. In de praktijk is echter consensus over de noodzaak van aandacht voor de bijkomende problemen van gezinnen. Andere problemen kunnen zodanig in de weg staan dat ouders zich daardoor onvoldoende kunnen richten op hun oudertaak. Hulp in de vorm van bijvoorbeeld materiële ondersteuning of behandeling van psychische problemen van ouders kan dan nodig zijn. Een multidisciplinaire aanpak, een goede coördinatie van de zorg en een inschatting van de belastbaarheid van ouders is dan nodig.

Veel ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden die in onderzoeken worden aangehaald beslaan ongeveer tien bijeenkomsten. In de praktijk kan dit aantal echter oplopen tot boven de twintig sessies (bijvoorbeeld bij Incredible Years en PMTO). Het aantal sessies verschilt dus per ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. Een belangrijk punt hierbij is dat het erom gaat dat interventies worden uitgevoerd zoals ze worden ontwikkeld en effectief wordt geacht.

Eerder is aangegeven dat uitval een serieuze bedreiging is voor ouderinterventies gericht op opvoedingsvaardigheden. Het is daarom belangrijk expliciet aandacht te besteden aan de motivatie van gezinnen.

In de jeugdhulppraktijk wordt voor het versterken van de emotieregulatie ook regelmatig psychomotore therapie of speltherapie ingezet. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer CGT niet geïndiceerd is op basis van leeftijd of problematiek of wanneer CGT niet de gewenste effecten heeft. Praktijkdeskundigen geven aan dat ook de inzet van deze vormen van therapie gericht moet zijn op het vergroten van cognitieve vaardigheden (zoals probleemoplossende vaardigheden) en het leren reguleren van emoties. De effectiviteit van psychomotore therapie of speltherapie voor ernstige gedragsproblemen is nog niet door onderzoek vastgesteld.

In de Practice parameters voor psychodynamische therapie (Kernberg, Rityo, Keable, & the AACAP CQI, 2012) wordt genoemd dat deze vorm van therapie met succes toegepast is voor externaliserende problemen in het milde tot matige gebied van ernst. Vertaald naar deze richtlijn is deze vorm van therapie niet aangewezen voor het gebied van de duidelijk ernstige problemen (zie hoofdstuk 1), maar komt deze wel in aanmerking voor het gebied van matig ernstige problemen.

Tegenwoordig is er in de media veel aandacht voor opvoeding in de vorm van verschillende opvoedprogramma's. Het voordeel daarvan is dat opvoeding daarmee een onderwerp is waarover gesproken mag worden. Het nadeel is dat ouders – en professionals soms ook – bij het voortduren van de gedragsproblemen onterecht kunnen denken alles al te hebben gedaan op dit gebied, zonder effect. In dit kader is een tweetal opmerkingen op zijn plaats. Ten eerste:

wanneer onderdelen van deze programma's bekeken worden, dan stoelen deze allemaal in meer of mindere mate op dezelfde principes als bovengenoemde interventies. In die zin sluiten deze programma's aan bij de huidige stand van de kennis. De tweede opmerking betreft het gevaar van slechte uitvoering. Het goed uitvoeren van deze interventies luistert zeer nauw: de effecten worden teniet gedaan wanneer de uitvoering niet zorgvuldig is. Het loont daarom om in de gevallen waarbij ouders denken alles al geprobeerd te hebben de uitvoering onder de loep te nemen.

Er zijn in de praktijk grote verschillen tussen instellingen voor residentiële jeugdhulp in de mate waarin ouders al tijdens het verblijf van de jongere in de instelling worden betrokken bij de behandeling. Op dit moment wordt onderzoek gedaan naar het programma Gezinsgericht Werken als veelbelovend middel om ouderbetrokkenheid te vergroten.

Om jeugdigen met een LVB te laten profiteren van een interventie is het noodzakelijk de interventie en de randvoorwaarden aan te passen aan de vaardigheden, beperkingen en mogelijkheden van deze jeugdigen. Op basis van literatuuronderzoek en inter- views met professionals hebben De Wit, Moonen en Douma (2011) de Richtlijn Effectieve Inter- venties LVB ontwikkeld. Hierin worden aanbevelingen gedaan voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies. De aanbevelingen hebben betrekking op de volgende factoren:

- uitgebreidere diagnostiek voorafgaand aan de interventie;
- afstemming van de communicatie tussen jeugdige en hulpverlener;
- concreet maken van de oefenstof;
- voorstructureren en vereenvoudigen van oefenstof en informatie;
- betrekken van het netwerk en generalisatie van het geleerde naar andere situaties en om-gevingen;
- creëren van een veilige positieve leefomgeving.

Interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes lijken met bovenstaande aanpassingen, positieve effecten te hebben in de behandeling van jeugdigen met een LVB (Didden & Moonen, 2007; Schuiringa, Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, & Matthys, 2009).

Voor de LVB doelgroep is ook een variant van MST ontwikkeld die weliswaar niet is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies, maar waarmee in de praktijk goede resultaten worden geboekt.

Aan de klankbordgroep is de vraag voorgelegd of het nodig is te differentiëren voor verschillende groepen, op basis van geslacht en etnische achtergrond.
Volgens praktijkdeskundigen is het in algemene zin belangrijk dat een interventie aansluit bij de doelgroep. Wat betreft geslacht is het vaak niet nodig te differentiëren. Wel laat onderzoek zien dat het zinvol kan zijn om andere accenten te leggen. Zo zijn meisjes bijvoorbeeld gevoeliger voor afwijzing door ouders en leeftijdgenoten (Kroneman, 2009). Voor meisjes is het vooral van belang om te richten op een betere ouder-kind relatie, en dan met name de moeder-kind relatie (Kroneman, Hoeve, & Van der Laan, 2012).

Voor jongeren met een andere culturele achtergrond en hun ouders blijven de grote lijnen hetzelfde. Wel is het belangrijk dat op detailniveau de gegeven voorbeelden en rollenspellen aansluiten. Ook moet goed worden nagegaan of er sprake is van een goede communicatie omdat taalproblemen en culturele aspecten gauw tot misverstanden leiden wat een verminderde motivatie of uitval tot gevolg kan hebben. Het is in sommige culturen bijvoorbeeld niet gebruikelijk om te zeggen dat je iets niet begrijpt of om iemand met een hogere positie in een gesprek aan te kijken.

2.10 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies en de overige overwegingen beveelt de werkgroep het volgende sterk aan:

1. Zet, in samenspraak met jeugdige en ouders, tijdig hulp in bij vermoedens van ernstige gedragsproblemen en werk daarbij indien mogelijk multidisciplinair samen met andere professionals en de omgeving van de jeugdige. Houd hierbij rekening met de wensen van de jeugdige en zijn ouders, en met hun privacy. Naarmate een jeugdige ouder wordt, worden de problemen complexer, gaan ze meerdere milieus omvatten en zijn ze moeilijker te beïnvloeden.

2. Vergroot de kans op het starten met en actief deelnemen aan de hulp door:
   - een goede werkrelatie met jeugdige en ouders op te bouwen met begrip voor zowel de praktische belemmeringen om aan de hulp deel te nemen als voor een geringe motivatie;
   - uit te leggen op welke in stand houdende factoren de hulp zich richt en wat de risico's voor de toekomst zijn als de gedragsproblemen aanhouden (psycho-educatie);
   - aandacht te hebben voor de overgang van diagnostiek naar behandeling (bijvoorbeeld met een overdrachtsmoment).

3. Kies bij ambulante hulp aan kinderen tot twaalf jaar voor een erkende ouderinterventie gericht op opvoedingsvaardigheden. Schenk hierin aandacht aan positieve interacties tussen ouders en kind en zorg voor mogelijkheden om te oefenen met het eigen kind. Zet bij kinderen tussen de acht en twaalf jaar aanvullend cognitieve gedragstherapie in als er onvoldoende resultaat wordt geboekt met de ouderinterventie of er zeer ernstige problemen zijn.

4. Zet bij jongeren vanaf twaalf jaar gezinstherapie of een multisysteeminterventie in, en cognitieve gedragstherapie. Besteed bij cognitieve gedragstherapie aandacht aan cognitieve herstructurering, sociale probleemoplossing en woedebeheersing. Maak daarbij gebruik van voordoen, rollenspellen, het geven van feedback en huiswerkopdrachten. Maak bij een groepsaanpak ook ruimte voor een individueel behandelelement.

5. Zet bij uithuisplaatsing aanvullend specifieke interventies in voor de behandeling van de gedragsproblemen.

6. Voer interventies uit zoals bedoeld en monitor en evalueer na de start ervan met jeugdige en ouders of deze de juiste effecten hebben. Zo nee, overweeg:

- de aanpak aan te passen (bijvoorbeeld aan andere problemen bij de jeugdige of het gezin);
- opnieuw diagnostiek te verrichten om te achterhalen of er wel gewerkt wordt aan de juiste in stand houdende factoren;
- advies/hulp in te roepen van specialisten met aanvullende expertise.

7. Bied bij onvoldoende resultaat van de interventie langdurige ondersteuning (bijvoorbeeld door wijkteam of schaduwcoach). Blijf daarbij met voldoende intensiteit inzetten op de in stand houdende factoren.

8. Houd rekening met een LVB bij de jeugdige en/of zijn ouders door te kiezen voor een interventie specifiek voor deze doelgroep, of door het aanpassen van een reguliere interventie op basis van de Richtlijn Effectieve Interventies LVB.

9. Zet geen overlevingstochten of programma's gericht op afschrikking in. Deze verminderen ernstige gedragsproblemen niet.

10. Zorg voor een goede coördinatie van de hulp en multidisciplinaire samenwerking tussen (jeugd)hulpaanbieders als meerdere interventies noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld als er sprake is van meerdere problemen in het gezin en/of bij de jeugdige.

Hoofdstuk 3

Opvoedings-technieken van beroepsopvoeders

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:
Welke specifieke opvoedingstechnieken van beroepsopvoeders die jeugdigen in groepsverband behandelen (dagbehandeling en residentieel) dragen bij aan de vermindering van gedragsproblemen?

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is besproken welke interventies ingezet kunnen worden om gedragsproblemen van jeugdigen te verminderen. Daarbij zijn interventies besproken gericht op de ouders, het gezin en de jeugdige. Een deel van de jeugdigen met ernstige gedragsproblemen woont niet in de eigen gezinssituatie, maar verblijft voor kortere of langere tijd in een residentiële behandelgroep of gezinshuis. Het bieden van de juiste ondersteuning aan ouders als primair verantwoordelijken voor de verzorging en opvoeding van hun kind (jeugdige) is leidend. Uithuisplaatsing is een zwaar en uiterst middel dat zeer terughoudend moeten worden toegepast. In dit hoofdstuk staat het werk van de beroepsopvoeder centraal en diens rol bij de aanpak van gedragsproblemen, in aanvulling op de interventies gericht op de jeugdige en het gezin. Het gaat hierbij om beroepsopvoeders die in groepsverband werken met jeugdigen met ernstige gedragsproblemen, dat kan zijn in de residentiële jeugdhulp, dagbehandeling, gezinshuis of in het onderwijs. Kenmerkend voor de rol van beroepsopvoeders is dat zij de behandeling van gedragsproblemen vormgeven door middel van hun dagelijkse interactie met jeugdigen. Deze interactie en de opvoedingstechnieken die men daarbij inzet zijn hebben een grote invloed op het gedrag van de jeugdige.
Ouders, beroepsopvoeders en anderen in de omgeving van de jeugdige (zoals leerkrachten) hebben invloed op het vertonen van adequaat gedrag, maar ook (vaak onbedoeld) op inadequaat gedrag. Een inadequate respons op inadequaat gedrag van jeugdigen kan probleemgedrag van jeugdigen versterken, wat weer een negatieve reactie van een opvoeder uit kan lokken. Deze wederzijdse beïnvloeding wordt ook wel bidirectionaliteit genoemd. Wanneer een jeugdige gedragsproblemen vertoont is dit gegeven van belang. Zowel jeugdigen, ouders, beroepsopvoeders en andere personen om de jeugdige heen hebben een rol bij het veroorzaken, instandhouden en behandelen van probleemgedrag.
Er zijn diverse studies die de rol van bidirectionaliteit bij het ontstaan en instandhouden van gedragsproblemen hebben aangetoond. Zo laten Patrick, Snyder, Schrepferman en Snyder (2005) onder meer zien dat er een verband is tussen meer positieve communicatie en geobserveerde warmte tussen ouder en kind in de voorschoolse periode, en minder hoge niveaus van gedragsproblemen in groep 3. De studie van Hipwell, Keenan, Kasza, Loeber, Stouthamer-Loeber en Bean (2008) bevestigt dit beeld. Hardhandig disciplineren en een gebrek aan warmte voorspellen onder meer hogere mate van gedragsproblemen bij meisjes, en omgekeerd voorspellen een hogere mate van gedragsproblemen hardhandig disciplineren en minder warmte. Uit een studie naar bidirectionaliteit tussen beroepsopvoeders en jeugdigen bleek dat hoe meer beroepsopvoeders controle en structuur hanteren, gedragsproblemen van jeugdigen toenamen over tijd (Bastiaanssen, Delsing, Kroes, Veerman, & Engels, 2014). Volwassenen in de omgeving van de jeugdige kunnen een belangrijke rol kunnen spelen in het verminderen van de gedragsproblemen. Dit hoofdstuk bespreekt concrete opvoedingstechnieken die beroepsopvoeders binnen de jeugdhulp zelf kunnen inzetten om gedragsproblemen te doen verminderen.

De toepassing van opvoedingstechnieken in de dag- of residentiële behandeling aan jeugdigen vindt plaats in groepsverband. Om deze technieken op een effectieve manier in te kunnen zetten is een positief pedagogisch groepsklimaat een voorwaarde. Voordat ingegaan wordt op de opvoedingstechnieken wordt eerst kort aandacht besteed aan het creëren van een positief pedagogisch groepsklimaat. In de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* wordt hier uitvoeriger op in gegaan (De Lange et al., 2015).

3.2 Voorwaarden om opvoedingstechnieken effectief in te kunnen zetten

Opvoeding in groepsverband vraagt specifieke aandacht voor een goed leefklimaat op de groep. Met een goed leefklimaat doe je recht aan de gewenste structuur die nodig is wanneer jeugdigen samen leven, en houd je tegelijkertijd open oog en oor voor de individuele jeugdige en zijn/haar zorgen, eigenaardigheden, spanningen en plezier (Van der Helm & Hanrath, 2011). Ook veiligheid hoort bij een positief pedagogisch leefklimaat (zie ook hoofdstuk 2 over veiligheid van de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2015). Alleen een groep met een positief pedagogisch klimaat biedt mogelijkheden om nieuwe vaardigheden te leren (Van der Helm, 2011; Van der Helm, Klapwijk, Stams, & Van der Laan, 2009; Van der Helm, Stams, & Van der Laan, 2011). Oog hebben voor de jeugdigen vraagt daarbij om aandacht voor de werkrelatie (alliantie) met jeugdigen en een sensitief-responsieve houding. Een positief pedagogisch klimaat vermindert ook de negatieve invloeden die jeugdigen op elkaar kunnen hebben.

Bij het inzetten van opvoedingstechnieken dient het belang van de jeugdige centraal te staan (Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind, IVRK, 1989). Ook is het van belang om de jeugdige en ouders voortdurend te betrekken in de besluitvorming. Participatie is een continu proces van informatie-uitwisseling en pas betekenisvol als de jeugdige zich serieus genomen voelt. Het Kinderrechtencomité (United Nations, 2009) geeft vijf noodzakelijke stappen voor betekenisvolle participatie. In het kort: (1) voldoende toegang tot begrijpelijke informatie, (2) gehoord worden, (3) serieus genomen worden, (4) terugkoppeling krijgen over de beslissing die is genomen en (5) de mogelijkheid krijgen om te klagen over de beslissing.

1. Een positief pedagogisch leefklimaat

Op basis van onderzoek (Van der Helm, 2011, in Van der Helm & Hanrath, 2011) naar het leefklimaat en behandelmilieu binnen de residentiële jeugdhulp is een tiental aandachtspunten/tips opgesteld om een constructief leefklimaat te realiseren. De basis is dat jeugdigen en beroepsopvoeders op de residentiële behandelgroep samen iets moeten bereiken en moeten streven naar doelen die voor een deel samenhangen met een aantal ontwikkelingsopgaven van jeugdigen. Dit lukt alleen wanneer de basis (het leefklimaat) optimaal is.
De tien tips worden in onderstaande gegroepeerd en met steekwoorden toegelicht. Voor de precieze achtergrond ervan wordt verwezen naar Van der Helm en Hanrath (2011) en naar de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2015).

Aandachtspunten voor de omgang met gedrag van jeugdigen:

1. Houd rekening met de beperkingen van de doelgroep (stel kleine haalbare doelen, houd rekening met terugval, nadruk op positieve resultaten).
2. Stel grenzen in plaats van regels (niet met steeds meer regels de rust proberen te bewaren, eigen verantwoordelijkheid stimuleren).
3. Bekrachtiging (positief gedrag en positieve eigenschappen benadrukken, in plaats van alleen de negatieve kanten van het gedrag).
4. Houd rekening met coping gedrag dat onecht gedrag kan lijken (jeugdigen hebben vaak ongewenste coping technieken aangeleerd, zoals toneel spelen of liegen: keur hen hier niet op af maar vergroot hun gewenste copingvaardigheden).

Houding van de beroepsopvoeder ten opzichte van de jeugdigen:

5. Sta open voor jeugdigen, kijk en stel vragen (jeugdigen komen vaak aandacht tekort, breng veel tijd op de groep door, behandel jeugdigen als individuen, wees geïnteresseerd).
6. Wees creatief in de manier waarop je je doel wilt bereiken (denk buiten de kaders, benut de ruimte die er vanuit de instelling is om te kijken wat werkt).
7. Wees bereikbaar, neem initiatief en genereer energie voor de jeugdigen (betrek jeugdigen in hoe het beter kan, wees duidelijk en kies voor een positieve toon).
8. Wees betrouwbaar (zeg wat je doet en doe wat je zegt. Vooral deze jeugdigen hebben veel wantrouwen richting volwassenen).
9. Toon respect (jeugdigen hebben vaak een negatief zelfbeeld, en zetten daarom juist een grote mond op: blijf correct, houd fysiek afstand, maak geen grappen ten koste van anderen).

Houding van de beroepsopvoeder ten opzichte van zichzelf:

10. Bevorder emotionele stabiliteit (ken je sterke kanten, onderken je eigen onzekerheden, neem tijdig afstand en doe zo nodig een beroep op collega's).

Ook voor jeugdigen met een LVB is een positief pedagogisch groepsklimaat van belang. Op basis van gesprekken met jeugdigen met een LVB zijn tien kernwaarden opgesteld die de basishouding van iedere werknemer/begeleider vormen, te weten: luister naar mij; praat met mij en niet tegen mij; neem de tijd voor mij; neem mij serieus; vertrouw mij; laat me het (zoveel mogelijk) zelf doen; leer mij mijzelf te helpen/ontwikkelen; laat mij van betekenis zijn; geloof (in) mij en bouw mee aan mijn toekomst (Jongepier, Pellen, & Vollema, 2012). Er is ook een handreiking voor een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (Douma, 2011). Dat gaat uit van wat belangrijk is voor normaal begaafde jeugdigen, maar vult aan en specificeert waar dat nodig is om aan te sluiten bij de LVB van de jeugdigen.

Bij een constructief leefklimaat is het creëren van veiligheid een belangrijk onderdeel. Uit onderzoek komt naar voren dat uithuisgeplaatste jeugdigen kwetsbaarder zijn voor mishandeling en (seksueel) misbruik dan jeugdigen die bij hun eigen ouders wonen. Verschillende studies geven aanwijzingen dat uithuisgeplaatste jeugdigen (opnieuw) te maken

kunnen krijgen met geweld en misbruik, zowel binnen als buiten de instelling (De Lange et al., 2015). Het is belangrijk om met jeugdigen en ouders te praten over veiligheid op de groep en eventuele risico's die een jeugdige loopt in kaart te brengen (bijvoorbeeld vanwege mishandeling of misbruik wat een jeugdige in het verleden heeft meegemaakt). Voor meer informatie over veiligheid wordt verwezen naar de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2015). Jeugdigen en ouders hebben recht hebben op informatie over hun rechten binnen de instelling, namelijk waar ze terecht kunnen met een klacht en wie hun vertrouwenspersoon is (Jeugdwet, 2014; IVRK, 1989). Het is belangrijk dat ze weten wat ze kunnen verwachten, waar de grenzen liggen en wat ze kunnen doen als zij zich niet veilig voelen en/of van mening zijn dat hun rechten worden geschonden.

Samengevat geven de volgende punten een stevige basis om opvoedingstechnieken in te zetten gericht op vermindering van gedragsproblemen:

- een positief pedagogisch klimaat, waarin beroepsopvoeders oog en aandacht hebben voor individuele jeugdigen,
- waarbij de bejegening plaats vindt volgens de tien genoemde aandachtspunten,
- en jeugdigen steun en veiligheid ervaren.

In de *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2015) staan instrumenten opgenomen die beroepsopvoeders kunnen gebruiken voor het in kaart brengen en monitoren van het pedagogisch leefklimaat (De Lange et al., 2015). Met behulp van deze vragenlijsten wordt informatie verzameld bij de jeugdigen van de groep en bij beroepsopvoeders over diverse aspecten van het leefklimaat. Op basis van de verzamelde informatie kunnen beroepsopvoeders en jeugdigen met elkaar in gesprek en kunnen gezamenlijk activiteiten worden ingezet om het leefklimaat te verbeteren.

2. Alliantie, betrokkenheid en sensitieve responsiviteit

Aansluitend op bovenstaande tips en de verderop beschreven specifieke technieken waarmee ernstige gedragsproblemen kunnen worden aangepakt, is het voor beroepsopvoeders tevens van belang om aandacht te hebben voor hun (werk)relatie met de jeugdige en diens ouders, ook wel alliantie genoemd. Alliantie is een professionele samenwerkingsrelatie waarbij sprake is van een persoonlijke band of 'klik' (emotionele alliantie) en overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de wijze waarop je dat doel wilt bereiken (taakalliantie) (Roest, Van der Helm, Strijbosch, Van Brandenburg, & Stams, 2014). Een goede werkrelatie met jeugdigen en diens ouders is de basis voor het uitvoeren van technieken die ernstig probleemgedrag kunnen beïnvloeden. Onderzoek van Harder (2011) toont aan dat, wanneer de relatie tussen jongeren en beroepsopvoeders dusdanig goed is dat de jongere voelt te allen tijde een beroep te kunnen en mogen doen op beroepsopvoeders, dit sterk bijdraagt aan de tevredenheid van jongeren over de ontvangen zorg. Een goede werkrelatie is ook gerelateerd aan motivatie van jeugdigen voor behandeling, wat de kans op daadwerkelijke gedragsverandering verhoogt (Harder & Eenhuistra, 2016). Alliantie en het goed toepassen van opvoedingstechnieken beïnvloeden elkaar wederzijds (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010). Alliantie is niet alleen goede basis voor technieken, maar zorgvuldig uitgevoerde technieken bevorderen ook alliantie.

In het verlengde van alliantie is betrokkenheid een belangrijk algemeen werkzaam principe bij de aanpak van gedragsproblemen. Bij betrokkenheid gaat het erom dat opvoeders een positieve band opbouwen met het kind.
Dit is voor jeugdigen van alle leeftijden van belang (Schlüter et al. 2006; Webster-Stratton, 2007). Voorbeelden van hoe een opvoeder betrokkenheid kan tonen zijn:

- Echte tijd aan het kind besteden door regelmatig en terugkerend korte perioden (een paar minuten) betrokken te zijn bij activiteiten die het kind leuk vindt. Hierbij kan het om iets kleins gaan, bijvoorbeeld even interesse tonen in de tekening die het kind aan het maken is, de game die een jongere speelt, samen te spelen of samen een favoriet tv-programma te bekijken (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007; Webster-Stratton, 2007).
- Met jeugdigen praten: een gesprek voeren over een activiteit of interesse van de jeugdige, waarbij de beroepsopvoeder de jeugdige vraagt iets uit te leggen of nieuwsgierig is naar de mening van de jeugdige (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007; Schlüter et al., 2006).
- Genegenheid tonen, bijvoorbeeld door het kind af en toe te omarmen, knuffelen of kietelen (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007). De mate van fysiek contact is afhankelijk van de leeftijd en de problematiek van de jeugdige. Wanneer fysiek contact te bedreigend is voor de jeugdige, kan genegenheid ook getoond worden door oogcontact, een blik van verstandhouding tijdens een moeilijk gesprek, door interesse te tonen in de bezigheden van de jeugdige of door het geven van complimenten.
- Ten slotte betekent betrokkenheid ook beschikbaar zijn voor de jeugdige als deze problemen heeft en zo nodig steun verlenen. Een beroepspopvoeder is er alert op of de jeugdige ergens over wil praten of getroost wil worden en stelt zich beschikbaar op (Harder, 2011).

Tenslotte is het vertonen van sensitieve responsiviteit een belangrijk pedagogisch houdingsaspect voor beroepsopvoeders. Dit is een houdingsaspect die verwijst naar de sensitiviteit waarmee een beroepsopvoeder ingaat op signalen van een jeugdige wanneer deze zich niet goed voelt of behoefte heeft aan contact (Van IJzendoorn, Tavecchio, Riksen-Walraven, 2004). Sensitieve responsiviteit houdt naast het signaleren ook in dat een beroepsopvoeder adequaat reageert op de jeugdige. Dit is een belangrijke vaardigheid wanneer het gaat om het herkennen van leermomenten voor jeugdigen om daar als beroepsopvoeder adequaat op in te spelen. Onderzoek van het WODC (Eichelsheim & Van der Laan, 2011) bevestigt dit beeld: het laat zien dat positieve bejegening door de beroepsopvoeders ervoor zorgt dat jeugdigen zich veiliger voelen op de justitiële residentiële behandelgroep. Positieve interacties met groepsgenoten dragen hier ook aan bij, net als de band tussen beroepsopvoeders en jeugdigen.

3. Deviantietraining

Wanneer jeugdigen met ernstige gedragsproblemen bij elkaar in een groep worden geplaatst ontstaat het risico op deviantietraining. Deviantietraining houdt in dat probleemgedrag zoals pesten, intimideren en bedreigen toeneemt omdat ze dit van elkaar overnemen. Vooral in groepen jongens met gedragsproblemen blijkt snel een vorm van deviantietraining te ontstaan (Dishion, McCord, & Poulin, 1999). Dit fenomeen wordt echter niet consistent in verschillende studies terug gevonden. Handwerk, Field en Friman (2000) benadrukken bijvoorbeeld dat in verschillende studies naar groepsbehandeling van antisociale jeugdigen wel positieve effecten op het gedrag van de jeugdigen zijn gevonden. Ook Mager, Milich, Harris en Howard

(2005) vonden in hun studie geen negatieve effecten van het bij elkaar plaatsen van jongeren met gedragsproblemen. In deze studie werd de effectiviteit van probleemoplossende vaardigheidstraining onderzocht. Jongeren werden onderverdeeld in twee groepen. De ene groep bestond uit jongeren met gedragsproblemen, de andere groep uit jongeren met en zonder gedragsproblemen. In tegenstelling tot de hypothese over deviantietraining vertoonden jongeren in de homogene groep na de interventie meer aangepast gedrag tijdens de sessies en scoorden zij lager op ouder- en leraarbeoordelingen van externaliserend gedrag dan de jongeren uit de gemixte groep. In de gemixte groepen trad meer deviantietraining op: jeugdigen met weinig gedragsproblemen gingen meer probleemgedrag vertonen. Daarom is het van belang dat beroepsopvoeders oog hebben voor deviantietraining. Om deviantietraining te voorkomen is het van belang om in te zetten op een positief leefklimaat).

3.3 Gedragsbeïnvloeding volgens de operante leertheorie

Om de wederzijdse beïnvloeding tussen opvoeders en jeugdigen (bidirectionaliteit) te analyseren en bewust te kunnen hanteren, maken effectief gebleken oudertrainingen in Nederland en het buitenland gebruik van operante leerprincipes (Foolen, 2011). Deze leerprincipes gaan er vanuit dat ongewenst gedrag deels aangeleerd is en dus ook afgeleerd kan worden. Deze principes gelden ook voor jeugdigen met een LVB/zwakbegaafdheid. Zoals eerder aangegeven zijn er meerdere factoren van invloed op het ontstaan en instandhouden van gedragsproblemen (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.2 en 1.5.3). In het nu volgende wordt echter ingezoomd op hetgeen dat concreet te beïnvloeden is.

Volgens de operante leertheorie wordt het vóórkomen van bepaald gedrag bepaald door wat eraan vooraf gaat en wat erop volgt. Dit is samen te vatten in het ABC-schema, waarin de B van 'behavior' staat voor het gedrag, de A voor 'antecedent' (of ook wel eens benoemd als 'activating event') voor wat eraan vooraf gaat en de C voor 'consequence': wat er volgt op het gedrag.

A: antecedent, wat vooraf gaat aan gedrag

Hetgeen direct voorafgaat aan gedrag bepaalt grotendeels dat gedrag (Kazdin, 2005; Matthys, 2011). Bijna niemand zal de voordeur openen als er niet eerst wordt aangebeld of de telefoon opnemen als deze niet rinkelt. Wanneer het gaat over gedragsproblemen maakt het uit of dat voorafgaande als positief of negatief wordt ervaren. Wanneer een jeugdige een vriendelijk verzoek krijgt om zijn speelgoed op te ruimen, dan is de kans groter dat hij dit doet, dan wanneer iemand zegt: 'Ruim nou eindelijk eens die rotzooi op! Waarom doe je dat nou nooit?'. Ook helpt het wanneer de jeugdige op weg wordt geholpen bijvoorbeeld door samen te starten met opruimen (Matthys, 2011). Daarnaast moet een jeugdige ook weten wat 'speelgoed opruimen' inhoudt. Als hij dat niet weet, dan kan hij per definitie geen gehoor geven aan de taak. Daarom moet soms ook uitleg of instructie voorafgaan aan bepaald gedrag (Slot & Spanjaard, 2009).

B: behavior, het gedrag zelf

Hier komen de gedragsproblemen tot uiting en daarom krijgt dit onderdeel vaak de meeste aandacht. Het gedrag dat hier wordt getoond kan echter niet los worden gezien van hetgeen eraan voorafgaat en erop volgt. Het is belangrijk te beseffen dat het kind in staat moet zijn het

gedrag uit te voeren. Zoals hierboven werd vermeld, is het daarom soms noodzakelijk het kind eerst vaardigheden aan te leren (Kazdin, 2005).

C: consequence, hetgeen volgt op gedrag

Gedrag waarop jeugdigen reacties krijgen van mensen uit hun omgeving zal door het kind vaker worden getoond (onder meer Kazdin, 2005). Het hoeft hierbij niet eens te gaan om positieve aandacht. Jeugdigen krijgen vaak aandacht wanneer zij zich erg storend gedragen zoals door te schreeuwen, met spullen gooien of zich boos op de grond werpen. Dit gedrag lokt immers direct een reactie uit van de omgeving. Goed gedrag wordt daarentegen veel minder snel gezien en lokt niet direct een reactie uit.
Jeugdigen die vooral op hun storende gedrag aandacht krijgen, leren dat het loont om storend gedrag te vertonen. Dit leerproces kan echter ook omgedraaid worden. Wanneer de omgeving consequent negatief gedrag negeert en gewenst gedrag positief bekrachtigt, zal het gewenste gedrag in frequentie toenemen en het ongewenste gedrag afnemen. Jeugdigen krijgen door positieve bekrachtiging bovendien zelfvertrouwen en gaan lekkerder in hun vel zitten (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007).

Bovenstaande leertheoretische principes vormen de basis van veel oudertrainingen voor jeugdigen met (ernstige) gedragsproblemen. Hierbij leren opvoeders de achtergrond van deze principes en hoe deze concreet vorm krijgen in de interacties met jeugdigen.

3.4 Van operante leerprincipes naar opvoedingstechnieken

In deze paragraaf worden diverse technieken genoemd die gebaseerd zijn op leertheoretische principes. Deze kunnen ook worden toegepast bij jeugdigen met een LVB/zwakbegaafdheid. Eerst wordt de nadruk gelegd op de 'A' van gedrag, hetgeen eraan voorafgaat en voorwaardenscheppend is. Vervolgens komen technieken aan bod die op het gedrag volgen ('C'), en daarmee bepalen of gedrag ('B') vaker of minder vaak zal voorkomen.

Het is belangrijk te beseffen dat onderstaande technieken plaatsvinden binnen de drukke dagelijkse routine. Wanneer de technieken goed worden uitgevoerd dan duren ze kort en spelen ze in op het concreet zichtbare gedrag in het hier en nu. Jeugdigen hebben vaak al veel negatieve interactie met volwassenen ervaren. Feedback op hun probleemgedrag kan in eerste instantie leiden tot afweer bij jeugdigen. Daarbij zijn veel van de technieken die beroepsopvoeders kunnen inzetten nieuw voor jeugdigen. Dit onderstreept het belang van een positief pedagogisch klimaat waarbinnen de technieken kunnen worden toegepast.

1. Observeren

De eerste techniek betreft observeren. Observeren biedt inzicht in de gehele ABC-cyclus en wordt daarom als eerste besproken.
Gedrag kan beter worden begrepen door goed te kijken naar de situatie rondom het gedrag en niet direct interpretaties aan gedrag te geven. Deze observaties vormen vaak de basis voor het handelen van beroepsopvoeders: het biedt mogelijkheden om jeugdigen te wijzen op wat ze goed doen en mogelijkheden om alternatief gedrag te instrueren (Slot & Spanjaard, 2009). Ook

laten observaties het verband zien tussen het gedrag zelf en wat eraan vooraf gaat (De Mey et al., 2005). Wanneer een jeugdige bijvoorbeeld een driftbui krijgt omdat iemand hem schopt en zijn bal afpakt, vraagt dit om een andere reactie dan wanneer dit gebeurt omdat hij iets niet mag.
Bij observeren zijn twee vuistregels van belang (Slot & Spanjaard, 2009):

- beschrijf de observatie zoveel mogelijk in termen van waarneembaar gedrag;
- verdeel de gebeurtenis die je observeert zo veel mogelijk in afzonderlijke gebeurtenissen die tezamen een keten vormen.

Daarnaast is het bij observeren van belang de ABC van gedrag in het achterhoofd te houden: wat is de situatie waarin het gedrag plaatsvindt (A), wat is het gedrag (B) en wat zijn de gevolgen van het gedrag (C).

2. Het proactief bevorderen van gewenst gedrag (A)

Technieken die onder de A (wat vooraf gaat) van gedrag vallen, zijn technieken die voorwaarden scheppen voor gewenst gedrag.

3.4.1 Voorspelbaarheid van de omgeving, dagelijkse routine en regels

Een gestructureerde en daardoor voorspelbare omgeving helpt jeugdigen met gedragsproblemen om rustiger te blijven (De Mey et al., 2005). Binnen de residentiële jeugdhulp wordt dit aangeduid met de dagelijkse routine. Bij residentiële behandelgroep en waar jeugdigen met gedragsproblemen het dagelijks leven samen delen, bestaat bij een onvoorspelbare dagelijkse routine het risico dat de groep onrustig wordt en ongewenst gedrag gaat vertonen. Een dagelijkse routine helpt bij het creëren van een leefbare situatie (Slot & Spanjaard, 2009). Hierbij kan onderscheid worden gemaakt naar structuur in tijd, plaats, afspraken, persoon en leerkansen (De Mey et al., 2005; Slot & Spanjaard, 2009).

Bij *structuur in tijd* gaat het om dagelijkse vaste momenten zoals opstaan, ontbijten en naar school gaan. Wanneer de dagindeling enigszins voorspelbaar is, brengt dit rust bij het kind. Een hulpmiddel hierbij is de dagindeling visueel maken door middel van een dag- of weekbord, zoals dat bijvoorbeeld ook op scholen wordt gebruikt. Jeugdigen kunnen hier zelf op nakijken wat er nog te gebeuren staat. Individuele dagprogramma's bieden jeugdigen naast de groepsstructuur duidelijkheid over de eigen dagindeling.
Bij structuur in tijd zijn de overgangsrituelen een hulpmiddel. Een ritueel geeft aan dat iets stopt en iets anders begint. Een voorbeeld van een avondritueel is na het eten even spelen of tv- kijken, speelgoed opruimen, pyjama aan en wassen en tandenpoetsen, de beroepsopvoeder leest een verhaaltje voor en dan gaat het kind slapen.

Bij *structuur in plaats* gaat het om fysieke plaatsen: eten doe je aan de eettafel, huiswerk maak je achter je bureau et cetera. Ook dit draagt bij aan de voorspelbaarheid van de omgeving.

Er is sprake van *structuur in afspraken*, wanneer er heldere huisregels zijn. Voorbeelden daarvan zijn: 'De tv mag aan na 17.00 uur', 'Als je wat wilt eten of drinken, dan vraag je dat' en 'Als je iets wilt zeggen, doe je dat op een rustige toon'. Pictogrammen kunnen dienst doen als

hulpmiddelen. Bijvoorbeeld een verbodsbord op de servieskast, een tekening met een kind dat zijn jas ophangt bij de kapstok. Ook is het goed om regels op te stellen in het directe belang van de jeugdigen, zoals 'Vragen over zak- of kleedgeld stel je tijdens het groepsoverleg na de maaltijd, dan hebben we tijd om je vragen te bespreken'.

Bij *structuur in persoon* gaat het erom dat de beroepsopvoeder zelf steeds consequent reageert. Dus als een kind de tv om 16.00 uur aan wil zetten, dan moet de beroepsopvoeder verzoeken deze weer uit te zetten, en daarbij wijzen op de huisregels. Hierbij is het ook belangrijk dat het team beroepsopvoeders op dezelfde manier de regels hanteren.

Een dagelijkse routine biedt voldoende *leerkansen* wanneer binnen de routine voldoende momenten zijn opgenomen waarin jongeren kunnen oefenen met vaardigheden die nodig zijn in het hanteren van hun gedragsproblemen, maar ook vaardigheden die nodig zijn voor de normale ontwikkeling van de jeugdige. Slot en Spanjaard (2009) spreken in dit verband van een rijke dagelijkse routine, wanneer de jeugdige voldoende kan oefenen met de verschillende ontwikkelingstaken die passend zijn bij zijn leeftijd. Een rijke dagelijkse routine voor kinderen van zes tot twaalf jaar bevat leerkansen om bijvoorbeeld te kunnen oefenen met sociale vaardigheden en om te oefenen met het vergroten van zelfverzorgingsvaardigheden. Een rijke dagelijkse routine voor jongeren van twaalf tot achttien jaar bevat bijvoorbeeld voldoende leerkansen om vaardigheden te leren die nodig zijn om deel te nemen aan de maatschappij (openbaar vervoer, contact met officiële instanties), of om hun seksuele identiteit te kunnen ontwikkelen (door ruimte voor uitgaan en themagesprekken over seksualiteit in de routine op te nemen).

3.4.2 Positief herformuleren

Een zinvolle techniek is positief herformuleren. Hierbij wordt een opmerking over negatief gedrag opnieuw geformuleerd tot iets positiefs (Albrecht et al., 2010; Slot & Spanjaard, 1999; Webster-Stratton, 2007). Daardoor weet een jongeren niet alleen wat hij niet doen moet, maar vooral wat wel van hem wordt verwacht. Bijvoorbeeld, 'het is nog niet klaar' is een negatieve formulering; 'je schiet al lekker op' is een positieve formulering. Een variant hierop geeft aan wat een jeugdige juist wél moet doen. 'Houd op met schoppen' wordt dan 'Zit rustig op je stoel en vertel waar je boos over bent'. Doorgaans zijn positieve formuleringen plezierige mededelingen. Ook bij de formulering van doelen en werkpunten is een positieve herformulering van belang. Doelen als 'Niet meer schoppen en slaan als je boos bent' worden omgezet in 'Als je boos bent eerst vijf minuten afkoelen door te gamen en dan rustig zeggen wat je wilt'. Dit maakt het voor de jeugdige helder wat er verwacht wordt.

3.4.3 Effectief opdrachten geven, instrueren, voordoen en oefenen

Wanneer opvoeders gebruik maken van duidelijke vragen en opdrachten, en bovendien het gehoorzamen daarvan bekrachtigen met complimenten, dan zijn dat goede manieren om jeugdigen verantwoordelijk te maken voor hun eigen gedrag, en hen zelfvertrouwen te geven (De Mey et al., 2005).

De stappen die worden doorlopen bij het effectief opdrachten geven zijn de volgende (Albrecht et al., 2010):

1. Ga naar het kind toe en maak contact door de naam te zeggen en oogcontact te maken.
2. Geef een opdracht.
3. Blijf staan en wacht (10 seconden).
4. Prijs het opvolgen van de opdracht of instructie.

In het verlengde van opdrachten geven ligt instrueren. Bij instrueren krijgt een jeugdige eerst nieuwe vaardigheden aangeleerd. Om het verschil tussen opdrachten en instructie aan te geven volgt een voorbeeld. Een opdracht zou zijn: 'Peter, wil je rustig reageren als je kritiek krijgt?'. Dit veronderstelt dat Peter weet hoe hij dat moet doen. Als hij dit niet weet, dan is het onmogelijk om adequaat gehoor te geven aan het verzoek. In dat geval volgt instructie: 'Peter, als je kritiek krijgt, luister dan eerst naar wat de ander precies zegt, stel een vraag als je iets niet begrijpt en zeg dan rustig wat jij er zelf van vindt'.

Bij veel vaardigheden zoals sociale vaardigheden of vaardigheden in het leren hanteren van gedragsproblemen, is het zinvol dat de beroepsopvoeder dit voordoet en dat de jeugdige dit zelf ook meerdere keren oefent (Slot & Spanjaard, 2009). De stappen voor instructie met voordoen en oefenen zijn:

1. Ga naar het kind toe en maak contact door de naam te zeggen en oogcontact te maken.
2. Benoem het adequate gedrag in deze situatie.
3. Doe het gedrag voor.
4. Vraag de jeugdige wat hij gezien heeft.
5. Geef een waarom voor het adequate gedrag.
6. Laat de jeugdige oefenen.
7. Geef feedback op het oefenen.
8. Sluit af.

3.4.4 Inseinen

Bij inseinen wordt een jeugdige opmerkzaam gemaakt op het feit dat bepaald gedrag in een bepaalde situatie adequaat of juist niet adequaat is (Slot & Spanjaard, 2009). Als een beroeps-opvoeder bijvoorbeeld eerder met een jeugdige heeft besproken dat als je geen zin hebt om mee te roddelen in de groep, je het beste over een ander onderwerp kunt beginnen, dan kan hij de jeugdige inseinen als er weer geroddeld wordt. Tijdens de thee fluistert hij 'Moet je opletten!' en zegt hardop 'Hee, heb je een nieuwe broek aan? Mooie broek zeg, staat je prachtig. Waar heb je die gekocht?'.

3.4.5 Problemen oplossen

Samen probleem oplossen is een strategie die opvoeders een manier in handen geeft om met jeugdigen activiteiten te plannen, conflicten op te lossen, regels te bespreken en keuzes en afspraken te maken. Wanneer dit regelmatig gebeurt, ontstaat er tussen jeugdigen en opvoeders een sfeer van constructief overleg (Albrecht et al., 2010; Schlüter et al., 2006).

Er is een aantal stappen te onderscheiden binnen probleem oplossen (Naar: Albrecht et al., 2010; Schlüter et al., 2006; Webster-Stratton, 2007):

1. Welk doel streven we na?
   Het is van belang duidelijk te hebben welk probleem er is en welk doel wordt nagestreefd om het op te lossen. Het doel moet duidelijk, concreet, positief geformuleerd en haalbaar zijn. Een voorbeeld hiervan is: 'De gemeenschappelijke ruimte wordt en blijft netjes', of 'Om 18:00 eten we gezamenlijk de avondmaaltijd'.
2. Wat zijn mogelijke oplossingen?
   Hier wordt gebrainstormd over alle mogelijke oplossingen. Alle ideeën worden serieus genomen. Na elk geopperd idee wordt gezegd 'Dat is een idee, ik schrijf het op'.
3. Overweeg alle oplossingen
   Hier worden alle oplossingen gewogen. Wat zijn de voor- en nadelen? Deze voor- en na delen worden in twee kolommen opgeschreven. Ideeën die voor niemand een serieuze oplossing zijn ('Met de helikopter naar voetbaltraining') worden doorgestreept.
4. Kies en combineer oplossingen en maak afspraken
   Uiteindelijk blijft er een aantal oplossingen en plannen over. Hiervan wordt een plannetje opgesteld: wie moet wat doen om het doel te halen? Bijvoorbeeld: 'Merel helpt vanaf 17.00 uur met koken. Peter gaat samen met Angela vanaf 17.30 uur de tafel dekken. Om 17.55 uur roept Merel iedereen aan tafel'.
5. Voer uit en evalueer met de jeugdige
   Binnen één of twee weken wordt het plan uitgevoerd. Daarna gaat iedereen opnieuw om tafel. Is het gelukt? Wat ging wel en niet goed? Als het een activiteit is die dagelijks moet worden uitgevoerd, dan vindt evaluatie na een week plaats.

Als net wordt gestart met problemen oplossen is het aan te raden om kleine doelen te stellen, zodat de kans op succes het grootst is. Wanneer iedereen wat vaardiger wordt kunnen ook moeilijkere onderwerpen worden besproken (Albrecht et al., 2010).

Voor kinderen tussen de drie en ongeveer acht jaar is vooral het bedenken van mogelijke oplossingen (stap 2) van belang. Jonge kinderen reageren doorgaans niet erg effectief op problemen: ze gaan huilen, slaan, bij volwassenen klikken et cetera. Voor deze groep is het daarom van belang te leren dat er ook handigere oplossingen zijn. Het daadwerkelijk uitvoeren en evalueren is meer iets voor jeugdigen boven de acht jaar (Webster-Stratton, 2007). Naarmate jeugdigen de puberteit bereiken wordt deze vaardigheid steeds belangrijker, omdat het aandeel dat zij hebben in het nemen van beslissingen steeds groter wordt.

3. Bekrachtigen van gewenst gedrag (C): sociale bekrachtigingen

In het voorgaande is besproken wat opvoeders zelf voorafgaand aan gedrag kunnen doen om het gewenste gedrag van jeugdigen te bevorderen en daarmee gedragsproblemen te verminderen. In de volgende paragrafen ligt het accent op wat opvoeders volgend op gedrag (C) kunnen doen. Een belangrijk onderscheid daarbij is de reactie op adequaat of gewenst gedrag en de reactie op inadequaat of probleemgedrag. Overeenkomstig in alle opvoedtrainingen gebaseerd op de operante leertheorie, is dat de nadruk in de reactie van opvoeders op

het gedrag van jeugdigen moet liggen op het bekrachtigen van gewenst gedrag. Gedrag dat regelmatig positief bekrachtigd wordt, zal de jeugdige vaker laten zien. Het effect van bekrachtiging is het grootst wanneer de beroepsopvoeder vijf maal vaker reageert op wat de jeugdige goed doet, dan dat hij reageert op ongewenst gedrag van de jeugdige (De Groot, 2004). Dit betekent dat je vijf maal vaker positief gedrag complimenteert dan dat je ongewenst gedrag corrigeert.

Bij sociale bekrachtiging gaat het om het geven van bijvoorbeeld complimenten en aanmoediging, om zo te bewerkstelligen dat jeugdigen dit gedrag vaker gaan tonen. Jeugdigen willen doorgaans niets liever dan aandacht van hun opvoeders. Ook krijgen jeugdigen van sociale bekrachtigingen een beter gevoel van eigenwaarde en gaan ze zich beter over zichzelf voelen (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007). Verder draagt het regelmatig geven van complimenten bij aan een positief pedagogisch klimaat. Sociale bekrachtigers zoals complimenten kunnen gericht zijn op een individuele jeugdige of op een aantal jeugdigen of de hele groep. Het voordeel van sociale bekrachtigingen uitdelen is ten slotte dat deze altijd bij de hand zijn en daarnaast gratis beschikbaar (De Mey et al., 2005).
Er zijn diverse varianten van sociale bekrachtigingen. Verschillende auteurs hanteren verschillende indelingen, maar globaal is er een onderscheid te maken tussen drie vormen van sociale bekrachtiging: prijzen, complimenteren en feedback geven (Slot & Spanjaard, 2009).

1. *Prijzen*
   Bij prijzen gaat het bijvoorbeeld om het opsteken van een duim, ‘goed zo’ zeggen of glimlachen naar de jeugdige (onder meer Webster-Stratton, 2007). Hierdoor merkt de jeugdige dat hij iets goed doet. Deze strategie is heel makkelijk uit te voeren voor een volwassene en handig wanneer men de jeugdige niet uit zijn concentratie wil halen. Het nadeel van prijzen is echter dat onduidelijk is wát de jeugdige goed doet. Hiervoor is complimenteren beter bruikbaar (Slot & Spanjaard, 2009).
2. *Complimenteren*
   Complimenteren lijkt op prijzen, maar heeft de toevoeging van concreet gedrag. In plaats van ‘goed zo’ zegt de opvoeder ‘goed zo, fijn dat je zo rustig een boek leest!’. Hierdoor is voor de jeugdige ook duidelijk geworden wát hij goed doet en daardoor informatiever voor de jeugdige (Slot & Spanjaard, 2009). Een aantal voorbeelden: ‘Wat ben je lief aan het spelen, heel goed van jou!’, ‘Goed dat je even rustig in- en uitademt en nadenkt voor je wat zegt’, ‘Heel fijn dat je Marijke even helpt met haar fiets pakken’.
3. *Feedback geven*
   Bij feedback gaat het nog een stapje verder dan bij prijzen of complimenteren: de jeugdige krijgt naast het wat ook het waarom te horen. Vooral wanneer de jeugdige op zijn eigen voordeel wordt gewezen is dit een effectieve strategie. Een voorbeeld van feedback is: ‘Heel goed, dat je helpt met de tafel afruimen, dan houden we straks tijd over om samen een spelletje te doen’. Middels feedback is duidelijk wat de jeugdige goed doet, en wat voor voordeel hieruit voortvloeit. Daarmee is dit erg leerzaam. Een nadeel van feedback geven is dat het meer tijd kost dan de twee eerder genoemde vormen van sociale bekrachtiging en dat daar niet altijd tijd en gelegenheid voor is (Slot & Spanjaard, 2009).

Bij sociale bekrachtiging is het van belang dat het om oprechte bekrachtiging gaat ('Knap dat je niet reageerde op die vervelende opmerking'), zonder er een negatieve draai aan te geven (De Mey et al., 2005). Voorbeelden van een negatieve draai zijn de toevoegingen 'Waarom kan je dat niet altijd doen?' of een vergelijking met anderen jeugdigen: 'Het zou nog beter zijn als je het doet zoals Ali'.

Het is mogelijk dat het effect van sociale bekrachtigingen even uitblijft. Jeugdigen die jarenlang enkel kritiek en negatieve reacties hebben ontvangen, hebben wat tijd nodig om de bekrachtiging serieus te nemen. Aan de andere kant kan juist ook bij deze groep jeugdigen die weinig positieve aandacht krijgt, een compliment of een aai over de bol een sterk positief gevoel geven (Albrecht et al., 2010).

Sociale bekrachtiging is niet vanzelf effectief. Voor het zorgvuldig en effectief toepassen van sociale bekrachtiging gelden de volgende aandachtspunten (Naar: Albrecht et al., 2010; De Mey et al., 2005):

- maak contact met de jeugdige door de naam te zeggen en oogcontact te maken;
- wees specifiek en concreet in de aanmoediging;
- formuleer het adequate gedrag duidelijk en in positieve, gedragsmatige termen;
- geef de aanmoediging of het compliment direct en vaak;
- moedig ook kleine stapjes aan;
- wees positief in stem en gebaar, spreek je vertrouwen in het kind uit;
- wees consequent;
- aanmoedigingen zijn onvoorwaardelijk, ontkracht deze niet door er een negatieve toon aan te geven.

4. Bekrachtigen van gewenst gedrag (C): materiële bekrachtigingen

Bij materiële bekrachtiging gaat het om beloningen die zichtbaar worden gemaakt, bijvoorbeeld middels smileys, fiches of stickers. Dit kan op zichzelf al belonend werken, maar meestal is het instrumenteel in de zin dat het later wordt ingewisseld voor iets anders. Er zijn twee varianten te onderscheiden: beloningssystemen en feedbacksystemen.

Beloningssystemen

Bij beloningssystemen gaat het om 'tokens' in de vorm van muntjes, stickers of kruisjes op een kaart die op een later moment kunnen worden ingewisseld voor een beloning. Een beloningssysteem is gericht op vooraf bepaald specifiek doelgedrag. Als een jeugdige dit specifieke gedrag laat zien, verdient hij een muntje of smiley. Als de jeugdige een bepaald aantal muntjes of smileys heeft behaald, kan hij dit inruilen (verzilveren) voor een beloning, bijvoorbeeld het huren van een film, een klein cadeautje, een kwartier langer opblijven of kiezen wat er op zaterdag wordt gegeten. Een beloningssysteem wordt ingezet wanneer het gedrag complex of moeilijk is en het daarom haast niet voorkomt, maar ook bij jeugdigen die minder gevoelig zijn voor sociale beloningen (Slot & Spanjaard, 2009). Bijvoorbeeld als een jongere direct gaat schreeuwen wanneer hij boos wordt. Het doelgedrag kan dan zijn: 'Als je merkt dat je zo boos wordt dat je wilt schreeuwen, ga je even naar je kamer om muziek te luisteren en af te

koelen.' Elke keer als hem lukt dit te doen – in plaats van te gaan schreeuwen – krijgt hij een krul. Bij drie krullen mag hij een kwartier langer gamen.

Met elke verdiende beloning wordt ook een compliment gegeven, zodat het kind ook hieraan went. Uiteindelijk zal het beloningssysteem met behulp van muntjes of krullen verdwijnen en blijft alleen de sociale beloning (het compliment) over.

Een beloningssysteem heeft een aantal voordelen (Kazdin, 2005). Eén daarvan is dat het ook de beroepsopvoeder eraan herinnert aandacht te hebben voor het positieve gedrag. Ook kunnen meerdere personen bijdragen aan het systeem, zoals de leraar en ouders, wanneer het gewenste gedrag zich voordoet.

Het opzetten van een beloningssysteem omvat de volgende stappen:
- kies concreet en waarneembaar gedrag dat je wilt bevorderen en dat haalbaar is (positief formuleren);
- splits het gewenste gedrag op in kleine stapjes;
- bepaal een criterium of prestatie dat het kind moet behalen;
- bepaal een moment waarop beloningen kunnen worden verdiend, bijvoorbeeld extra gamen na de avondmaaltijd;
- leg het beloningssysteem uit aan het kind, en oefen dit zo nodig.

(Onder meer naar: Albrecht et al., 2010; Kazdin, 2005; Schlüter et al., 2006)

Er bestaat een aantal aandachtspunten bij een beloningssysteem:
- het gaat om concreet waarneembaar gedrag;
- het compliment en kruisje of smiley dient direct te volgen op het vertoonde doelgedrag;
- zorg dat de beloning dagelijks tot wekelijks kan worden verzilverd;
- leg de lat lager als blijkt dat het kind de prestatie niet kan halen;
- als het kind het criterium steeds haalt, leg de lat dan hoger of kies een ander doelgedrag.;
- gegeven beloningen niet terugnemen, houd het beloningssysteem gescheiden van de beïnvloeding van ongewenst gedrag;
- de grootte van de beloning past bij het gedrag;
- beloningen moeten aantrekkelijk zijn voor de jeugdige, het liefst zelf gekozen. Dit verhoogt de inzet en motivatie van de jeugdige voor het vertonen van het gewenste gedrag.
- beloningen zijn haalbaar voor de opvoeders en interessant voor het kind;
- betrek andere jeugdigen uit de groep waar mogelijk, om jaloezie te voorkomen.

(Naar: Albrecht et al., 2010; Schlüter et al., 2006; Webster-Stratton, 2007)

Een voorbeeld: als een jeugdige tijdens een week, vier van de vijf schooldagen om 8.15 uur op de fiets naar school zit, mag hij op zaterdag een film huren. Wanneer dit te moeilijk blijkt te zijn, kan het zinvol zijn dagelijks te belonen: Voor elke ochtend dat hij om 8.15 uur op de fiets zit, mag hij 's avonds een kwartier computeren. In dit voorbeeld is het wel van belang dat de beroepsopvoeder op zaterdag zegt dat hij een film mag gaan huren, omdat hij de afgelopen week vier dagen op tijd op de fiets zat richting school. Op die manier wordt duidelijk de link gelegd tussen het goede gedrag en de beloning (Schlüter et al., 2006).

Feedbacksystemen

Bij feedbacksystemen gaat het om het extra benadrukken van de gebruikelijke feedback. Het komt nadrukkelijk bovenop de gebruikelijke feedback (Slot & Spanjaard, 2009) en geeft het een extra accent. In tegenstelling tot het hierboven genoemde beloningssysteem, gaat het bij een feedbacksysteem niet om vooraf vastgesteld doelgedrag, maar om al het gewone dagelijkse gewenste gedrag dat een jeugdige laat zien. Een feedbacksysteem zorgt ervoor dat jongeren de feedback op hun gedrag serieus nemen. Een ander belangrijk voordeel is dat het de beroeps-opvoeders eraan herinnert dat zij meer bewust met feedback omgaan en vaker feedback geven.

Een veelgebruikt feedbacksysteem is het puntensysteem. Hiertoe krijgen jeugdigen een kaart met twee onderdelen: het aantal punten dat is verdiend en een korte omschrijving van het (on-) gewenste gedrag. Vooraf is afgesproken wat het dagelijkse minimum aan behaalde punten is voor bepaalde privileges, bijvoorbeeld 5000 punten voor tv kijken. Elke dag krijgt de jeugdige een nieuwe feedbackkaart, waarop het dagelijks verschil (verdiende punten minus de kwijtgeraakte punten) wordt uitgerekend en dus wordt gekeken of een jeugdige de privileges verdient.

5 Ombuigen ongewenst gedrag (C): aanleren nieuw gedrag

Kenmerkend voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen is dat zij zeer regelmatig problematisch gedrag laten zien, zoals het overtreden van regels, geen gehoor geven aan instructies, liegen, schoppen of schreeuwen. In het voorgaande is beschreven hoe adequaat gedrag bevorderd kan worden door het beïnvloeden van de situatie voorafgaand aan gedrag (de A) en door het bekrachtigen van gewenst gedrag. Voor het uitdoven van ongewenst gedrag hebben deze technieken sterk de voorkeur. Bij het reageren op ongewenst gedrag is een onderscheid te maken in technieken die gericht zijn op het aanleren van nieuw gedrag en technieken gericht op het uitdoven van ongewenst gedrag.

Sturende feedback

Sturende feedback is de aanduiding van een techniek die in het Engels ook wel wordt aangeduid met de term Differential Reinforcement of Other behavior (DRO). Deze techniek gebruikt men als een jeugdige tegelijkertijd gewenst en ongewenst gedrag laat zien. De beroepsopvoeder en de jeugdige focussen op wat er nog wel goed gaat. Wanneer een jeugdige bijvoorbeeld regelmatig boos van tafel loopt en nu een keer boos wordt, maar toch aan tafel blijft zitten, dan reageert de beroepsopvoeder bij sturende feedback alleen op het adequate deelgedrag en zegt ‘Wat goed dat je aan tafel blijft zitten’. Hiermee negeert hij niet alleen het ongewenste gedrag, maar bekrachtigt tegelijkertijd wat wel goed gaat. Het doel hiervan is dat het gewenste gedrag wordt voortgezet en het ongewenste gedrag stopt (Slot & Spanjaard, 2009).

Corrigerende instructie

De corrigerende instructie biedt de mogelijkheid om adequaat gedrag te instrueren op momenten dat er sprake is van inadequaat gedrag (Slot & Spanjaard, 2009).

Een corrigerende instructie is kort en krachtig en bevat zes stappen:
- Ga naar het kind toe en maak contact door de naam te zeggen en oogcontact te maken.
- Zeg wat de jongere wel goed doet.
- Zeg wat de jongere niet goed doet of nalaat.
- Noem het adequate gedrag in deze situatie.
- Geef een waarom van het adequate gedrag.
- Sluit af.

Een voorbeeld van een corrigerende instructie: 'Zeg Peter (stap 1). Super dat je je mening geeft (stap 2). Je praat alleen wel erg hard (stap 3). Zou je het nog even wat zachter en rustiger kunnen zeggen? (stap 4). Dan wordt er eerder naar je geluisterd en krijg je ook sneller een goede reactie (stap 5). Oké? (stap 6).' Wanneer de jeugdige volhardt in het ongewenste gedrag, herhaalt de beroepsopvoeder de laatste drie stappen.

6. Uitdoven ongewenst gedrag (C)

Negeren
Negeren houdt in dat een kind geen aandacht krijgt voor storend gedrag. Dit betekent dat de opvoeder bewust zijn aandacht ergens anders op richt en niet reageert op het storende gedrag van het kind. Wanneer iemand geërgerd reageert op ongewenst gedrag, is dit aandacht en zal het storende gedrag alsnog toenemen. Bij negeren is het van belang dat al het lichamelijke, verbale en visuele contact met het kind wordt verbroken. Milde vormen van ongewenst gedrag (zeuren om iets lekkers, een driftbui of door een gesprek heen praten) lenen zich hier het best voor. Dit gedrag is ongewenst, maar niet meteen gevaarlijk of schadelijk en kan daarom vaak worden afgedaan door het te negeren. Negeren kan bijvoorbeeld door weg te lopen, of door een andere jeugdige die adequaat gedrag vertoont aandacht te geven. Tegelijkertijd wordt in de gaten gehouden wanneer het kind een begin maakt met het vertonen van adequaat gedrag: hiervoor wordt het kind geprezen (Matthys, 2011).
Bij negeren kan het gebeuren dat het gedrag eerst escaleert (onder meer Kazdin, 2005; Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007). Het is van belang consequent te blijven negeren tenzij het gedrag schadelijk wordt (dan overstappen op een andere strategie zoals een time-out) of het ongewenste gedrag stopt (in dat geval prijzen dat de jeugdige ermee is opgehouden) (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2007).

Wanneer ongewenst gedrag zich voordoet in groepsverband zal de beroepsopvoeder niet altijd kunnen kiezen voor negeren. Het risico is dan groot dat jeugdigen elkaars negatieve gedrag gaan versterken. Dit kan deels ondervangen worden door de andere jeugdigen op de groep in te lichten. In groepsverband liggen andere technieken, zoals een corrigerende instructie of een time out meer voor de hand. Negeren leent zich, juist ook omdat het gedrag eerst kan escaleren, meer voor situaties waarin de beroepsopvoeder alleen is met de jeugdige. Daarbij kan gedacht worden aan het negeren van ongewenst taalgebruik tijdens een individueel gesprek of het negeren van normafwijkende uitspraken.

Time out / apart zetten
Bij een time-out gaat een kind ergens heen, waar het tijdelijk onttrokken wordt aan alle aandacht. Hierdoor is het eigenlijk een zwaardere variant van negeren. Meestal is een andere ruimte –een slaapkamer of de gang- goed bruikbaar voor een time-out, maar een afgezonderde plek in de woonkamer (zoals een stoel) kan ook (Albrecht et al., 2010).

Een aantal concrete stappen bij een time-out:
- Voer de time-out direct na het ongewenste gedrag uit.
- Zeg kort en bondig waarom het kind een time-out krijgt.
- Zet een kookwekker: een indicatie van de duur is de leeftijd van de jeugdige maal 1 minuut, met een maximum van 10 minuten.
- Geef na de time-out kort en bondig aan welk gedrag wordt verwacht.

(Naar: Albrecht et al., 2010; De Mey et al., 2005)

Een valkuil bij het uitvoeren van een time-out is dat de jeugdige weigert in time-out te gaan. Het is daarom goed om dit vooraf een aantal keer te oefenen en het kind te prijzen als het goed gaat (Kazdin, 2005). Zo leert het kind wat er wordt verwacht bij een time-out. Mocht een kind nog steeds weigeren in time-out te gaan, dan kan het zinvol zijn om iets leuks weg te nemen (zie onder sancties/straffen) (Kazdin, 2005).

Op de groep kan ook gebruik worden gemaakt van de 'even stilzitten en toekijken' techniek als een bijzondere variant van de time-out (Slot & Spanjaard, 2009). Daarbij moet de jeugdige die ongewenst gedrag vertoont naast een volwassene gaan zitten. De jeugdige overziet de activiteit, maar mag bijvoorbeeld dertig seconden niet meedoen. Na deze tijd krijgt hij de mogelijkheid om gewenst gedrag te laten zien, zoals rustig meespelen. Lukt dit niet, dan moet hij nogmaals dertig seconden toekijken.

Bij deze techniek is het belangrijk om voorafgaand aan de jeugdige uit te leggen wat deze variant van de time- out inhoudt. Dit om het gevoel van veiligheid bij de jeugdige te waarborgen. Het is ook van belang om aan de groep uit te leggen wat de bedoeling is, zodat ook zij er geen aandacht aan schenken wanneer een jeugdige een time-out krijgt. Dit gebeurt bij voorkeur op een rustig moment, wanneer er geen sprake is van een time-out.

7. Uitdoven ongewenst gedrag (C): sancties / straffen

Jeugdigen hebben recht op een respectvolle behandeling die rekening houdt met hun leeftijd. Slechts in uiterste gevallen dient te worden overgegaan tot het opleggen van sancties of straffen. Bij sancties of straffen wordt nadrukkelijk aangegeven dat bepaald gedrag niet wordt getolereerd. Straffen wordt bij voorkeur niet ingezet, maar soms is gedrag zo storend, of schadelijk voor anderen of de jeugdige zelf, dat ingrijpen noodzakelijk is. Ook kan er gekozen worden om direct te begrenzen bij ernstig grensoverschrijdend gedrag. Een straf volgt direct op ongewenst gedrag. De beroepsopvoeder moet daarbij wel in ogenschouw nemen dat straf geven een van de minst effectieve middelen van beroepsopvoeders is. Ook moet de omvang van een straf in verhouding zijn met hetgeen wat bestraft dient te worden. Met straf wordt hier een

opvoedingstechniek bedoeld met als doel ongewenst gedrag om te buigen. Vrijheidsbeperkende maatregelen die in gesloten jeugdhulp onder strikte voorwaarden wettelijk gezien mogen worden ingezet dienen niet te worden toegepast als straf. Geef de jeugdige de mogelijkheid om over de straf te klagen.

Iets leuks wegnemen
Een veelgebruikte sanctie is het wegnemen van iets leuks (Albrecht et al., 2010). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een kwartier korter tv kijken, niet computeren of niet buiten spelen. Het is van belang om niet de eerder verdiende privileges of beloning in te trekken, omdat dat afdoet aan de waarde ervan.

Iets onaangenaams toevoegen
Doorgaans is het het meest effectief wanneer er door toepassing van de technieken, beschreven in paragraaf 3.4.2 tot en met 3.4.6 direct wordt gereageerd op ongewenst gedrag (Kazdin, 2005). Wanneer ongewenst gedrag buiten het gezichtsveld van de opvoeder plaatsvindt, kan deze pas achteraf reageren en is het kwaad reeds geschied. Voorbeelden van dergelijk gedrag zijn een half uur te laat thuiskomen of geld van een andere jeugdige stelen. Hiervoor is het geven van een taak een efficiënt middel (Albrecht et al., 2010). Een taak is een karweitje van een kwartier tot een half uur. Met het uitvoeren van de taak heeft de jeugdige de mogelijkheid het ongewenste gedrag goed te maken. Voorbeelden van taken zijn onkruid wieden of een corveetaak overnemen van een gedupeerde groepsgenoot. Let erop geen dagelijkse taken als straf op te leggen: de dagelijkse taken horen er nu eenmaal bij en zijn niet als straf bedoeld.

3.5 Conclusies

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

Om gedragsproblemen op de residentiële behandelgroep goed aan te pakken, is het essentieel dat er sprake is van een goed leefklimaat. Zonder een positief pedagogisch en veilig leefklimaat is het niet mogelijk om optimaal aan gedragsbeïnvloeding te werken. Beroepsopvoeders bevorderen een positief pedagogisch leefklimaat door sensitief te zijn voor de behoeften en sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdigen, en daar goed op in te spelen (responsiviteit). Sensitief-responsief gedrag uit zich in het tonen van respect, interesse en betrokkenheid, door oog te hebben voor de behoeften van de jeugdige, rekening te houden met de beperkingen van de jeugdige, oog te hebben voor de mogelijkheden van de jeugdige, deze te bekrachtigen en creatief in te zetten bij het werken aan doelen, en door betrouwbaar en beschikbaar te zijn. Een positieve werkrelatie (alliantie) tussen de jeugdige en de beroepsopvoeder is een belangrijke voorwaarde voor het succesvol toepassen van technieken die gedragsverandering bewerkstelligen.

Samengevat geven de punten in onderstaande tabel een stevige basis om opvoedingstechnieken in te zetten gericht op vermindering van gedragsproblemen:

Voorwaarden om opvoedingstechnieken effectief in te kunnen zetten:
Een positief pedagogisch en veilig klimaat
Positieve werkrelatie tussen beroepsopvoeder en jeugdige (alliantie)
Betrokkenheid van de beroepsopvoeder bij de jeugdige
Sensitieve en responsieve houding van de beroepsopvoeder

Gedrag is bidirectioneel: jeugdigen lokken met hun gedrag een bepaalde reactie uit van hun omgeving, en kunnen daarmee bijvoorbeeld afwijzing van ouders of leraar in de hand werken. Andersom hebben mensen in de omgeving van de jeugdige ook invloed op het gedrag van de jeugdige, zowel op het ontstaan en instandhouden van ongewenst gedrag, als op het vertonen van adequaat gedrag. De overeenkomst tussen verschillende effectief gebleken oudertrainingen is dat zij operante leerprincipes inzetten om deze bidirectionaliteit in positieve zin te gebruiken. Er wordt uitgegaan van het principe dat gedrag (B) sterk wordt bepaald door hetgeen eraan voorafgaat (A) en hetgeen erop volgt (C).

Deze principes zijn concreet omgezet naar opvoedingstechnieken die ook ingezet kunnen worden door beroepsopvoeders die in groepsverband werken aan de vermindering van gedragsproblemen (in de residentiële jeugdhulp, dagbehandeling, gezinshuis of een onderwijssituatie). Beroepsopvoeders kunnen verschillende technieken inzetten om de situatie voorafgaand aan het gedrag te beïnvloeden zodat veel ongewenst gedrag voorkomen kan worden. Vaak wordt er teveel nadruk gelegd op de consequenties van gedrag, terwijl juist ook hetgeen eraan vooraf gaat van grote invloed is op het bevorderen van gewenst gedrag. Volgend op gedrag dient de nadruk te liggen op het bekrachtigen van gedragingen die wel adequaat zijn, met een verhouding van vijf maal bekrachtiging van gewenst gedrag tegenover eenmaal ombuiging van ongewenst gedrag. Wanneer de omgeving consequent negatief gedrag negeert en gewenst gedrag positief bekrachtigt, zal het gewenste gedrag in frequentie toenemen en het ongewenste gedrag afnemen. Jeugdigen krijgen door positieve bekrachtiging bovendien zelfvertrouwen en gaan lekkerder in hun vel zitten.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van technieken om proactief gewenst gedrag te bevorderen (A):

Voorwaarden om opvoedingstechnieken effectief in te kunnen zetten:
Voorspelbaarheid/ dagelijkse routine
Positief herformuleren
Effectief opdrachten geven, instrueren, voordoen, oefenen.
Inseinen
Problemen oplossen

In onderstaande tabellen wordt een overzicht gegeven van technieken die volgen op gedrag (C):

Reageren op gedrag (C): bekrachtigen van gewenst gedrag:	
sociale bekrachtigingen:	**materiële bekrachtigingen:**
prijzen;	beloningssystemen;
complimenten geven;	feedbacksystemen.
feedback geven.	

Reageren op gedrag (C): ombuigen van ongewenst gedrag:	
aanleren van nieuw gedrag:	**uitdoven van ongewenst gedrag:**
sturende feedback;	negeren;
corrigerende instructie.	time-out;
	straffen.

3.6 Overige overwegingen

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

Welk gedrag bekrachtigen en welk gedrag ombuigen?
Uit de bespreking van de technieken lijkt vanzelfsprekend te zijn wanneer deze toegepast moeten worden. Dit is echter niet altijd het geval. De vraag is wat gewenst en ongewenst gedrag is en welk gedrag je ombuigt en welk gedrag je bekrachtigt. Het risico bestaat namelijk dat opvoeders elk gedrag dat zij als lastig beschouwen proberen uit te doven en de dagelijkse routine zo vormgeven, dat een zo rustig mogelijk klimaat in de groep wordt gecreëerd. Daarmee ligt het risico van een beheersmatige aanpak op de loer. Dit is echter niet in het belang van de ontwikkeling van de jeugdige: het biedt onvoldoende mogelijkheden om nieuwe vaardigheden te leren. Het is daarom belangrijk het ontwikkelingsperspectief mee te wegen bij de vraag wat gewenst en ongewenst gedrag is. Wat voor de ene jeugdige als inadequaat gedrag wordt gezien, kan voor een andere jeugdige juist adequaat zijn. Wanneer een kind van zes jaar regelmatig onderhandelt in plaats van gezag te accepteren, dan is er sprake van ongewenst gedrag.
Een kind van zes jaar moet leren om gezag te accepteren. Wanneer het hier echter om een jongere gaat die assertiever moet worden, dan is het zeer gewenst gedrag wanneer deze gezag niet accepteert maar juist onderhandelt, en moet het gedrag worden beloond in plaats van worden omgebogen. Hiervoor is de eerder genoemde sensitieve responsiviteit van de beroepsopvoeder een voorwaarde. Deze moet immers goed de sociaal-emotionele ontwikkeling en behoefte van de betreffende jeugdige kunnen inschatten (zie ook hoofdstuk 1, paragraaf 1.1). Om een goede inschatting te kunnen maken van gedrag dat de jeugdige nog moet leren, maakt de beroepsopvoeder gebruik van observaties
in het dagelijks leven (de dagelijkse routine) en van observaties op het functioneren op de verschillende ontwikkelingstaken. Om specifiek probleemgedrag om te buigen, is het maken van een probleemanalyse in samenwerking met een gedragswetenschapper nodig. Op basis van observaties, de probleemanalyse en de analyse van risico- en beschermende factoren, wordt een behandelplan opgesteld, waarin helder is welke vaardigheden de jeugdige in het hier en nu moet leren en naar welk perspectief wordt toegewerkt. De hier beschreven technieken zet de beroepsopvoeder in om probleemgedrag te verminderen en vaardigheden te vergroten in lijn met de in het behandelplan opgestelde doelen. Voor een beroepsopvoeder van een jeugdige

met een LVB/zwakbegaafdheid is dit niet anders, al moet hij voor die inschatting wel rekening houden met de kenmerken van de LVB en het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van die jeugdige (zie ook Rot, 2013).

Ondersteunen van beroepsopvoeders in het toepassen van specifieke opvoedingstechnieken bij jeugdigen met gedragsproblemen
Wanneer er op de groep veel storend gedrag wordt vertoond, is het makkelijker gezegd dan gedaan om bovengenoemde technieken toe te passen. Het risico bestaat dat er meer nadruk komt te liggen op het beheersen van probleemgedrag dan op het bevorderen van adequaat gedrag. Ongewenst gedrag vraagt om een directe reactie, terwijl gewenst gedrag vaak ongemerkt voorbij gaat en niet direct om ingrijpen vraagt. Het vraagt van beroepsopvoeders dan ook een extra alertheid om stil te staan bij de gewenste gedragingen die jeugdigen ook laten zien naast het ongewenste gedrag dat ze vertonen. Ook moeten beroepsopvoeders bij het reageren op ongewenst gedrag van jeugdigen alert zijn op het feit dat zij enkel het gedrag van de jeugdige afwijzen zonder daarbij de jeugdige als persoon af te wijzen.

Een manier om het toepassen van de technieken te stimuleren is coaching op de werkvloer. Hierbij ervaren de beroepsopvoeders zelf, door middel van oefenen, hoe het is om de technieken toe te passen. Ook is het zinvol om tijdens regelmatig terugkerende methodische werkbegeleiding, groepsgewijs aandacht te besteden aan het uitvoeren van de opvoedingstechnieken. Waarom lukt het wel of niet? Gedragsverandering gaat met vallen en opstaan, hoe zorg je voor de lange adem. Deze werkbegeleiding vindt daarbij plaats volgens dezelfde principes als gehanteerd door de beroepsopvoeders zelf. Dit vraagt ook om werkbegeleiding voor de werkbegeleiders.

Ook zijn er fysieke hulpmiddelen die beroepsopvoeders eraan herinneren om de technieken uit te voeren. Een effectief middel hiertoe is bijvoorbeeld het feedbacksysteem. De kaart dwingt de groepswerkers om gericht aandacht te hebben voor positief gedrag dat een jeugdige vertoont. Een ander voorbeeld is te werken met armbandjes (pantybandjes) om de pols van de beroepsopvoeder. Wanneer de beroepsopvoeder bijvoorbeeld een compliment heeft gegeven, kan hij een bandje van de ene naar de andere pols verplaatsen, waarbij bijvoorbeeld de afspraak is dat aan het einde van de dag alle tien armbandjes rond de andere pols zitten. Hierdoor kunnen beroepsopvoeders oefenen met bepaald gedrag. Net als voor de jeugdigen zelf kost het tijd en herhaling om technieken eigen te maken.

Het is belangrijk de uitvoering van specifieke opvoedingstechnieken te monitoren. Dit kan bijvoorbeeld door observatie op de groep, observatie van feedbackkaarten, middels video-opnamen of door jeugdigen te bevragen op de wijze waarop ze begeleid worden.

Tenslotte is ondersteuning van beroepsopvoeders belangrijk omdat de eigen persoonlijkheid van de beroepsopvoeder van invloed is op diens handelen. De mate waarin beroepsopvoeders zelf in staat zijn om sensitief en responsief gedrag te vertonen is onder meer afhankelijk van hun eigen gehechtheidsrepresentaties (Schuengel, Kef, Damen, & Worm, 2010). Dit houdt in dat de manier waarop beroepsopvoeders zelf gehecht zijn, van invloed is op hoe zij reageren op jeugdigen.

Is het nodig te differentiëren in de toepassing van opvoedingstechnieken?
Aan de praktijkdeskundigen is de vraag voorgelegd of het nodig is te differentiëren voor verschillende groepen, op basis van leeftijd, geslacht, etnische achtergrond of LVB.

In het algemeen is het van belang om bij de toepassing van opvoedingstechnieken te differentiëren naar wat de individuele jeugdige nodig heeft. De neiging bij het werken met een groep is om alle jeugdigen op eenzelfde manier te bejegenen, onder het motto 'gelijke monniken, gelijke kappen'. Het is altijd belangrijk om goed te kijken naar individuele jeugdigen en aan te sluiten op het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau en op de individuele doelen, zoals opgesteld in het behandelplan. Daarbij ligt de nadruk bij heel jonge kinderen meer op afleiden en het kind volgen, terwijl dit naarmate kinderen ouder worden verschuift naar uitleggen, expliciet grenzen stellen en corrigeren. Bij jongeren is er steeds meer aandacht nodig voor gezamenlijk problemen oplossen en onderhandelen. Omdat er – rekening houdend met individuele verschillen en doelen – automatisch wordt gedifferentieerd, is het belangrijk om dit aan jeugdigen uit te leggen. Doorgaans begrijpen jeugdigen dit en leidt het daarom niet tot discussie.

De beschreven aanpak hoeft niet voor jongens of meisjes gedifferentieerd te worden: de strategieën blijven gelijk. Bij jeugdigen met een andere culturele achtergrond is het goed om te bedenken dat deze soms minder gewend zijn om feedback te krijgen en hun eigen mening te geven. Daarnaast kunnen normen en waarden van ouders en beroepsopvoeders over wat onder gewenst en ongewenst gedrag wordt verstaan verschillen. Als beroepsopvoeder is het belangrijk om met jeugdige en ouders in gesprek te blijven over deze verschillen in cultuur, dit kan bijdragen aan een beter wederzijds begrip. Jeugdprofessionals dienen te zijn getraind in de communicatie met jeugdigen met een andere culturele achtergrond (IVRK, 1989).

Wanneer het om jeugdigen met een licht verstandelijke beperking gaat, dan is het belangrijk om aan te sluiten bij het cognitieve niveau en het sociaal- en emotioneel ontwikkelingsniveau van de jeugdigen. De hiervoor genoemde kalenderleeftijdsgrenzen zullen niet altijd van toepassing zijn op jeugdigen met een LVB. Aandachtspunten zijn onder andere taalgebruik, concreet benoemen van gedrag, tempo, doseren en ordenen van informatie en het creëren van een veilige en positieve omgeving. Zoals geldt voor alle jeugdigen is een positieve benadering van essentieel belang bij het inzetten van opvoedtechnieken, zoals het proactief bevorderen van positief gedrag en het reageren op positief gedrag door onder andere prijzen en complimenteren. Voor jeugdigen met een LVB is het naast de positieve benadering ook belangrijk dat de aandachtspunten waar jeugdige en beroepsopvoeders samen aan werken regelmatig te herhalen. Op die manier blijft, naast wat allemaal goed gaat, ook het doel waar aan wordt gewerkt helder voor de jeugdige.

Ernstige gedragsproblemen en andere problemen
De toepassing van de opvoedtechnieken dient zorgvuldig afgestemd te worden op de individuele jeugdige. De ene jeugdige is gevoeliger voor bekrachtiging en beloning dan de andere jeugdige. Bovendien zijn sommige jeugdigen gevoelig voor een duidelijke instructie, terwijl andere jeugdigen adequater reageren wanneer zij een keuze-optie voorgelegd krijgen.

In de eerste fase van de behandeling is het dan ook belangrijk goed te observeren hoe het kind reageert op opvoedtechnieken.

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 kunnen andere problemen tegelijk voorkomen met ernstige gedragsproblemen, waaronder een autisme spectrum stoornis, (verschijnselen van) ADHD, een depressieve stemming (of een depressieve stoornis) en hechting- en/of trauma gerelateerde problemen. Het is voor beroepsopvoeders van belang om zicht te hebben op onderliggende problematiek die gedragsproblemen veroorzaakt of andere problemen die samengaan met gedragsproblemen (zie ook hoofdstuk 1, paragraaf 1.5.2). Kennis van andere problemen kan van invloed zijn op welke opvoedingstechnieken worden ingezet.

Wanneer bij een kind naast gedragsproblemen ook sprake is van bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis, kan het voorkomen dat het kind lijkt te blokkeren als er iets van hem verwacht wordt. Het is belangrijk dit kind de ruimte te bieden om eerst te herstellen en rustig te worden (eventueel door apart zetten), voordat opnieuw iets van het kind wordt gevraagd. Als een kind regelmatig halsstarrig weigert om iets te doen wat verwacht wordt, is het belangrijk om te onderzoeken of het kind vaardig genoeg is of dat de situatie veilig en voorspelbaar genoeg is voor het kind. Als een kind een depressieve stemming heeft, verdient het activeren van het kind en bekrachtiging daarvan extra aandacht. Wanneer een kind een negatief zelfbeeld heeft is het des te belangrijker om zorgvuldig positieve feedback te geven op het adequate gedrag of het proces dat geleid heeft tot bepaald gedrag en niet op de persoon. Bij hechtingsgerelateerde problematiek is het belangrijk om te observeren hoe de jeugdige omgaat met bijvoorbeeld 'apart zetten'. Als dit te beangstigend is voor de jeugdige, of deze dit ervaart als te afwijzend, dan behoeft deze techniek aanpassing. Wanneer er sprake is van andere problemen naast ernstige gedragsproblemen zie ook *Richtlijn ADHD* (De Boer et al., 2016), de *Richtlijn Middelengebruik* (Wits et al., 2015), de *Richtlijn Problematische gehechtheid* (De Wolff et al., 2014), de *Richtlijn Stemmingsproblemen* (Meeuwissen et al., 2015) (richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming) en de *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005), de *Richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis en gedragsstoornis bij kinderen en jongeren* (Matthys & Van de Glind, 2013) (richtlijnen voor de jeugd-GGZ), de *JGZ-Richtlijn Autismespectrumstoornissen* (Van Berckelaer-Onnes, Anzion, Sinnema, & Van de Glind, 2015) en de *JGZ-Richtlijn Angst* (Bolier, Speentjes, Volker, & Sinnema, 2016).

Beroepsopvoeders hebben veelal te maken met jeugdigen die vaak al nare ervaringen hebben meegemaakt. Jeugdigen zijn hierdoor extra kwetsbaar en hebben daarom recht op bescherming en zorg. Als in het verleden sprake was van verwaarlozing of mishandeling kunnen zij lijden aan trauma en/of hechtingsproblematiek. Trauma- en/of hechtingsproblemen kunnen zich uiten in ernstige gedragsproblemen. Daarom is het voor beroepsopvoeders belangrijk om oog te houden voor de oorzaken van gedragsproblemen wanneer zij technieken toepassen om gedrag te beïnvloeden.
Onder een complex trauma verstaan we het ervaren van meervoudige, chronische en aanhoudende traumatische gebeurtenissen die nadelig zijn voor de ontwikkeling (De Baat & Berger, 2018). Kinderen met trauma hebben vaak problemen met het reguleren van hun emoties. Beroepsopvoeders kunnen jeugdigen helpen met het aanleren van vaardigheden

om emoties te reguleren. Niet zozeer om boosheid te begrenzen maar vooral om te leren hoe ze oplopende spanning tijdig kunnen herkennen en vervolgens te leren hoe zij rustig kunnen worden. Jeugdigen kennen vaak niet het verband tussen hun problematische gedrag en traumatische ervaringen, uitleg daarover door de beroepsopvoeder helpt jeugdigen en hun ouders om hulp te zoeken voor trauma. Bij trauma is het belangrijk om samen te werken met specialisten zoals professionals uit de Jeugd GGZ. Er zijn vijf speerpunten voor trauma-sensitief opvoeden (uit: Basisklimaat 's Heeren Loo):

1) Veilige omgeving creëren.
   Realiseer je daarbij als beroepsopvoeder dat wanneer je veiligheid biedt dat niet wil zeggen dat een jeugdige dit zo ervaart omdat hij/zij dit niet gewend is. Wat helpt is de jeugdige controle geven over dagelijkse beslissingen. Dat is lastig, want controle geven is moeilijk bij jeugdigen die gedragsproblemen vertonen. Houdt daarbij het onderscheid van regie en controle in het oog. Ook al geef je de jeugdige controle, als begeleider behoudt je de regie over het proces. Daarmee is het duidelijk dat ondanks dat de jeugdige de controle heeft hij niet kan bepalen.
2) Positieve relaties stimuleren.
   Met jou, maar ook met anderen van binnen en buiten de jeugdhulpcontext. Hier heeft de jeugdige jouw hulp bij nodig.
3) Hulp bij emotieregulatie.
   Daarbij is het belangrijk om als beroepsopvoeder met het behandelteam van de jeugdige te onderzoeken hoe de beroepsopvoeder de jeugdige helpen kan met emotieregulatie tijdens de dagelijkse routine.
4) Ouders betrekken.
   Ouders blijven ouders ondanks dat zij (tijdelijk) geen rol meer spelen in de opvoeding. Ouders kunnen een belangrijke rol spelen bij het op gang brengen van de ontwikkeling van de jeugdige.
5) Psycho-educatie.
   Jeugdigen zien vaak zelf het verband niet tussen ervaringen uit het verleden en hun gedragsproblemen. Ook hier is het belangrijk om samen met het behandelteam af te spreken wie hierover spreekt met de jeugdige.

Problematische gehechtheid is een verzamelterm voor allerlei emoties en gedragingen van jeugdigen waaruit blijkt dat zij geen emotionele veiligheid ontlenen aan de relatie met hun ouders of verzorgers (De Wolff et al., 2014). Wanneer kinderen problemen hebben met hechten vinden ze het moeilijk om relaties aan te gaan, zij weten wel hoe ze contact kapot kunnen laten gaan. Als beroepsopvoeder is het vooral bij jeugdigen met hechtingsproblemen van belang om de eerder beschreven sensitieve responsieve houding in te nemen, op zoek gaan naar herstel in de relatie en gedrag zoveel mogelijk op positieve wijze te beïnvloeden (zie verderop bij technieken).

De mate waarin beroepsopvoeders zelf in staat zijn om sensitief en responsief gedrag te vertonen is onder meer afhankelijk van hun eigen gehechtheidsrepresentaties (Schuengel et al., 2010). Dit houdt in dat de manier waarop beroepsopvoeders zelf gehecht zijn, van invloed is op hoe zij reageren op jeugdigen.

Hoe bouw je als beroepsopvoeder een veilige gehechtsheidsrelatie op met een jeugdige? Onderstaande do's en don'ts zijn een samenvatting van een werkkaart overgenomen uit de richtlijn problematische gehechtheid. Voor meer informatie over omgaan met hechtingsproblemen wordt verwezen naar de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff et al., 2014).

Do's

- Neem de tijd om op een positieve en speelse manier contact te hebben met de jeugdige (zoals spelen, praten, of huishoudelijke taken).
- Gebruik een vriendelijke gezichtsuitdrukking en stem in contact met de jeugdige.
- Wees voorspelbaar, betrouwbaar en duidelijk naar de jeugdige toe: zeg wat je doet en doe wat je zegt.
- Luister en kijk goed naar de jeugdige. Let op lichaamstaal (ogen, mimiek, stem, lijf). Benoem wat je ziet dat de jeugdige doet en de emoties van de jeugdige en check of dit klopt
- Verplaats je in de jeugdige. Denk na over wat er in de jeugdige omgaat.
- Verhelder voor de jeugdige oorzaak en gevolg in situaties, help hem om het verband tussen een gebeurtenis, gevoel en gedrag te ontdekken.
- Probeer zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de jeugdige. Als dat niet kan, leg dan uit waarom wel/niet en verwoord daarbij dat de jeugdige zich hierdoor teleurgesteld of alleen of boos of verdrietig voelt.
- Focus zoveel mogelijk op positieve gedragingen van de jeugdige, benoem dat en prijs hem.
- Zoek naar herstel in de relatie. Jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie weten hoe ze contact kapot moeten laten gaan, maar niet hoe te herstellen nadat het mis is gegaan.
- Erken eerlijk als jij als opvoeder iets fout deed en zoek naar manieren om het goed te maken die voor jou en de jeugdige leuk/prettig zijn.
- Wees je bewust van wat er in jezelf omgaat, van wat je zelf voelt, denkt en wenst. Probeer je persoonlijke gevoelens, gedachten, wensen los te laten in de omgang met de jeugdige.

Don'ts

- Wees niet opdringerig doordat je jouw activiteiten of wensen belangrijker vindt dan de activiteiten of wensen van de jeugdige. Vermijd 'moeten'.
- Voorkom straffen waarbij je de jeugdige wegstuurt, apart zet, afwijst. Als je een straf wilt inzetten: kies er dan voor om een consequentie te maken waarbij de jeugdige iets doet dat bouwt aan jullie relatie. Bijvoorbeeld door samen een activiteit, of een karweitje te doen.
- Geef geen uiting aan je eigen gevoel van machteloosheid of onmacht in de omgang met de jeugdige, zodat de jeugdige zich afgewezen voelt.
- Vermijd activiteiten of uitjes die te veel prikkels met zich meebrengen voor de jeugdige. Emotieregulatie is vaak moeilijk voor jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie.

Opvoeders uit omgeving kind

De belangrijkste opvoeders zijn de ouders van de jeugdige. Vanaf dag één moeten deze consequent worden betrokken in de opvoeding en behandeling van de jeugdige. Maar eigenlijk

moet het verder gaan dan dat: de hulpverlener láát zich betrekken in het gezin. De ouders blijven altijd verantwoordelijk voor het kind, de hulpverlener stelt zich daarbij dienstbaar op. Het is daarom belangrijk om met de jeugdige en ouders een gezamenlijk plan te maken en dat gezamenlijk uit te voeren. Maak daarbij goede afspraken over het instandhouden van het contact. Het betrekken van ouders leidt tot positieve resultaten voor jeugdigen in residentiele hulp (onder meer Simons et al., 2017). Daarbij is het belangrijk dat er multidisciplinair wordt samengewerkt met andere professionals en de ouders en het kind om de problemen op meerdere levensgebieden in onderlinge samenhang aan te pakken.

Wanneer jeugdigen niet meer thuis kunnen wonen is er vaak meer aan de hand in een gezin. Wanneer er sprake is van een gezin met problemen op meerdere levensgebieden zijn zij vaak overbelast door de vele problemen waarmee ze te maken hebben. De vraag is dan voor de beroepsopvoeder hoe deze zo optimaal mogelijk ouders betrekken kan bij de opvoeding en behandeling van de jeugdige. Voor meer informatie over een dergelijke situatie wordt verwezen naar de *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Van der Steege & Zoon, 2015).

Bij het betrekken van de ouders is het belangrijk om rekening te houden met het perspectief van de jeugdige. Een uithuisplaatsing is in principe gericht op de terugkeer van de jeugdige naar zijn ouders. Wanneer de jeugdige niet meer zal terugkeren naar het ouderlijk huis, maar bijvoorbeeld naar zelfstandigheidstraining zal gaan, dan vraagt dit iets anders van de ouders dan wanneer het residentiële verblijf kort is en de jeugdige snel terug naar huis gaat. In het eerste geval krijgen de ouders een meer ondersteunende rol en krijgen zij vaardigheden aangereikt om constructief te communiceren. In het tweede geval krijgen ouders training in de beschreven opvoedingstechnieken (zie hoofdstuk 2 voor interventies die zich daarop richten). In beide gevallen worden ouders betrokken bij het verblijf en de behandeling van de jongere.

Het is belangrijk om ook overige opvoeders uit het systeem van de jeugdige te betrekken bij de behandeling van gedragsproblemen. Kinderen en jongeren groeien immers op binnen een bredere sociale omgeving. Dit kunnen familieleden zijn, vrienden, buren leerkrachten, sportinstructeurs enzovoort. Ter ondersteuning van de jongere kan ook nog een methodiek als JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) worden ingezet (Van Dam & Verhulst, 2016). Een jongere kiest hierbij iemand uit zijn sociale netwerk – bijvoorbeeld een favoriete tante – die optreedt als zijn steun en toeverlaat. Het is iemand die er echt helemaal voor hem is, in tegenstelling tot hulpverleners die in de ogen van veel jongeren toch aan de kant van de ouders staan. De betrokkenheid van de JIM bij de hulp zorgt er onder andere voor dat een jongere zich beter gehoord voelt.

Wanneer er in de verschillende omgevingen rondom het kind dezelfde opvoedingstechnieken worden gebruikt, dan versterkt dit het effect. Wanneer kinderen de basisschoolleeftijd bereiken, neemt de grootte van hun sociale omgeving toe. Kinderen brengen vanaf dan het grootste deel van de dag op school door. De situatie van kinderen met ernstige gedragsproblemen wordt met het betreden van het onderwijs complexer. Het kind faalt op school en kan afgewezen worden door leraar en leeftijdsgenoten, met mogelijke toename van frequentie en ernst van

de gedragsproblemen tot gevolg. In het geval van ernstige gedragsproblemen is het daarom essentieel om de school en de betreffende leraar te betrekken.

Vooral wanneer kinderen op de basisschool zitten is het zinvol om de leraar te betrekken. Kinderen in deze leeftijd brengen immers vijf dagen in de week een halve of hele dag door met dezelfde leraar. Daardoor is de invloed van de leraar op het betreffende kind groter dan op de middelbare school, waar kinderen vaak voor elk uur een andere leraar treffen. Bij kinderen op de basisschool is het daarnaast aan te raden om de intern begeleider te betrekken. Op de middelbare school zal het betrekken van bijvoorbeeld de mentor/zorgcoördinator vooral bestaan uit het (laten) monitoren van het kind: gaat hij naar de lessen en komt hij op tijd? Daarnaast kan een leraar of mentor ook meewerken aan het gebruik van beloningssystemen. Naarmate kinderen met gedragsproblemen ouder worden hebben ze doorgaans de nodige ervaring met slechte schoolresultaten, spijbelen en schorsing van school. Daarbij komt het vaak voor dat ouders en de school in een vijandig interactiepatroon zitten. Zo geven ouders vaak de schuld aan de school van de gebrekkige prestaties en de problemen van de jeugdige in de klas. Ouders horen doorgaans alleen slecht nieuws van de docenten en andere leidinggevenden. Het schoolpersoneel kan op zijn beurt de ouders verwijten dat deze de jeugdige niet helpen om beter te presteren en geven vaak aan dat de ouders niet betrokken zijn bij de schoolactiviteiten van de jongere. Dit alles kan ertoe leiden dat ouders en onderwijs helemaal geen contact meer met elkaar onderhouden, iets wat niet in het belang van het kind is (Henggeler et al., 2010). Diepgaandere informatie over het betrekken en ondersteunen van het onderwijs is terug te vinden in hoofdstuk 5.

Naast het betrekken van het onderwijs zijn er ook andere omgevingen die mogelijk betrokken moeten worden, zoals de kerk, de sportvereniging en de kinderopvang. Ook is het belangrijk om contact te hebben met andere hulpverleners rondom de jeugdige en/of het gezin. De beroepsopvoeder dient bij het uitwisselen van informatie over de jeugdige diens recht op privacy te respecteren. Hiervoor is het noodzakelijk om te kijken naar het doel en welke informatie hiervoor noodzakelijk is om te delen.

3.7 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies en de overige overwegingen beveelt de werkgroep het volgende sterk aan:

1. Ondersteun ouders door middel van oudertrainingen of gezinsinterventies (zie hoofdstuk 2) bij het toepassen van de gewenste opvoedingstechnieken in de thuissituatie met de jeugdige. Bespreek met ouders op welke wijze de opvoeding in de groep en die in de thuissituatie op elkaar kunnen worden afgestemd zodat jeugdigen op dezelfde manier benaderd worden.

2. Zorg ervoor dat ook overige opvoeders uit het systeem van de jeugdige (zoals familieleden, vrienden en leerkrachten) worden betrokken bij de hulp aan de jeugdige en dezelfde opvoedingstechnieken toepassen.

3. Zorg als beroepsopvoeder allereerst voor een positief pedagogisch en veilig leefklimaat, onder andere door oog te hebben voor individuele jeugdigen binnen de groep. Zorg daarbij voor een goede werkrelatie (alliantie) met de jeugdige, wees betrokken en hanteer een sensitieve en responsieve houding. Het belang van de jeugdige dient hierbij centraal te staan. Ook is het van belang om de jeugdige voortdurend te betrekken in de besluitvorming. Wanneer aan deze voorwaarden is voldaan kunnen opvoedingstechnieken effectief worden toegepast en kunnen nieuwe vaardigheden worden aangeleerd.

4. Creëer voortdurend situaties die het voor jeugdigen mogelijk maken om gewenst gedrag te laten zien.

5. Besteed veel tijd aan het proactief bevorderen van positief gedrag en voorkom daarmee dat je als beroepsopvoeder het merendeel van de tijd enkel reageert op ongewenst gedrag. Opvoedingstechnieken om proactief gewenst gedrag te bevorderden zijn: voorspelbaarheid creëren/een dagelijkse routine hanteren, positief herformuleren, effectief opdrachten geven (instrueren, voordoen en oefenen), inseinen en problemen oplossen.

6. Bekrachtig gewenst gedrag door jeugdigen te prijzen, complimenten te geven, feedback te geven (sociale bekrachtigingen) en belonings- en feedbacksystemen in te zetten (materiële bekrachtigingen). Doe dit vijf keer vaker dan reageren op ongewenst gedrag.

7. Buig ongewenst gedrag om door sturende en corrigerende feedback te geven, om zo nieuw gedrag aan te leren. Doof ongewenst gedrag uit door negeren, een time-out te geven of in uiterste gevallen de jeugdige apart te zetten of eventueel mild te straffen.

8. Wees bij het hanteren van opvoedingstechnieken alert op culturele verschillen, verschillen in cognitieve vermogens en andere problemen naast de gedragsproblemen (wellicht zelfs veroorzakers van gedragsproblemen) zoals een depressieve stemming (of een depressieve stoornis), (verschijnselen van) ADHD, een autismespectrumstoornis (ASS), een trauma- en stressgerelateerde stoornis waaronder reactieve hechtingsstoornis, of stoornissen in het gebruik van alcohol en andere middelen. Observeer of aanpassing van de opvoedtechnieken nodig is en pas deze zo nodig aan.

9. Organiseer methodische werkbegeleiding, monitoring en scholingsaanbod om beroepsopvoeders te ondersteunen en effectieve uitvoering van de opvoedingstechnieken te bewaken.

Hoofdstuk 4

Toepassing van cognitief-gedragstherapeutische principes door jeugdprofessionals

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:
Hoe kunnen jeugdprofessionals cognitief-gedragstherapeutische principes toepassen in de dagelijkse praktijk?

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is aan de orde gekomen dat cognitief-gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen vanaf acht jaar gemiddeld genomen positieve effecten hebben op de vermindering van gedragsproblemen (onder meer Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010). Deze cognitief-gedragstherapeutische interventies zet de therapeut bij kinderen tussen de acht en twaalf jaar aanvullend in, wanneer een gedragstherapeutische oudertraining alleen niet voldoende effectief is en bij jongeren vanaf twaalf jaar naast een systeeminterventie. In dit hoofdstuk bekijken we hoe jeugdprofessionals in een ambulante setting of beroepsopvoeders in de dagbehandeling en residentiële setting cognitief- gedragstherapeutische principes (CGt-principes) kunnen toepassen in hun dagelijks werk met jeugdigen met ernstige gedragsproblemen.

Uitgangspunt bij de beantwoording van deze vraag is dat de inzet van cognitief-gedrags-therapeutische principes (beïnvloeden van gedrag via cognities) altijd bovenop de inzet van gedragstherapeutische principes komt (beïnvloeden van gedrag via de A en C, zoals beschreven in hoofdstuk 3), en hier nooit voor in de plaats komt. Wanneer jeugdprofessionals zich richten op het vergroten van het gedragsrepertoire via de A en C en gericht zijn op het aanleren van nieuwe vaardigheden, beïnvloeden zij namelijk ook indirect cognities. Orlemans zegt hierover (2005, p.297) dat 'anders denken kan leiden naar anders doen en anders doen kan leiden naar anders denken.' In dit hoofdstuk wordt beschreven wat jeugdprofessionals of beroepsopvoeders met behulp van CGt-principes aanvullend aan de inzet van gedragstherapeutische principes kunnen doen om gedragsproblemen te verminderen, rekening houdend met het gegeven dat zij geen specialistisch opgeleide cognitief gedragstherapeuten zijn.

Het bestendigen en generaliseren van geleerde gedragsveranderingen in cognitief gedragstherapeutische interventies naar het dagelijks leven is niet vanzelfsprekend. Deze generalisatie is in residentiële programma's lastig als leeftijdsgenoten, familieleden en school niet bij de behandeling betrokken zijn (Armelius & Andreassen, 2009). Aangezien ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders een rol spelen bij deze generalisatie naar het dagelijks leven in de residentiële behandelgroep, op school en in de gezinssituatie, wordt ingegaan op de vraag hoe zij met jeugdigen kunnen oefenen in het vergroten van cognitieve vaardigheden.

The Cochrane Collaboration, een internationaal hoog aangeschreven samenwerkingsverband dat de meest recente gezondheidszorgstudies onder de aandacht brengt, heeft een review uitgebracht over de behandeling van antisociaal gedrag bij jongeren in de residentiële jeugdhulp. In deze overzichtsstudie tonen Armelius en Andreassen (2009) dat de recidive bij een follow up na 12 maanden met 10 procent gedaald is, na de inzet van cognitief-gedragstherapeutische interventies ten opzichte van alternatieve behandelingen. De review van Armelius en Andreassen (2009) heeft als voornaamste uitkomstmaat uitingen van crimineel gedrag. Ook gaat er aandacht uit naar andere gedragsmaten, onder andere op het gebied van cognitieve en sociale vaardigheden, pro-sociale relaties en zelfbeheersing (Armelius & Andreassen, 2009).

Uit onderzoek naar het effect van CGt-interventies wordt echter niet duidelijk wat de achtergrond van de professionals is die de interventies aanbieden. Er gaat in de meta-analyse van Sukhodolsky, Kassinove en Gorman (2004) aandacht uit naar 'therapist characteristics', wat zij uitdrukken in de hoeveelheid genoten opleiding. Onduidelijk is of zij daarbij specifiek opgeleide geregistreerde cognitief gedragstherapeuten bedoelen die de volledige opleiding hebben genoten. Het is verwarrend, omdat 'cognitief gedragstherapeut' een geregistreerde term is. De Nederlandse opleiding tot cognitief gedragstherapeut is een vierjarige opleiding die tot de registratie cognitief gedragstherapeut VGCt® leidt. Uit de meta-analyses blijkt verder niet duidelijk of er bij de geprotocolleerde cognitief-gedragstherapeutische interventies geregistreerd cognitief gedragstherapeuten zijn ingezet, of dat zij toezicht op de uitvoering houden, of dat zij er niet bij betrokken zijn.

Voor de beantwoording van de vraag hoe beroepsopvoeders en jeugdprofessionals cognitieve gedragstherapie kunnen inzetten, kan dus beperkt worden teruggegrepen op onderzoek. De beantwoording van deze vraag is dan ook vooral expert- en consensusbased. In dit hoofdstuk komt aan de orde wat CGt-principes inhouden, hoe cognitief-gedragstherapeutische interventies vorm krijgen in de praktijk en welke cognitief-gedragstherapeutische technieken worden ingezet. Vervolgens wordt gekeken welke cognitief-gedragstherapeutische technieken in de praktijk kunnen worden ingezet door ambulante jeugdprofessionals en beroepsopvoeders.

4.2 Cognitieve gedragstherapie bij gedragsproblemen in theorie en praktijk

Bij cognitieve gedragstherapie (CGt) staat de aanname centraal dat het gedrag van mensen beïnvloed wordt door wat zij denken. Jongeren met gedragsproblemen hebben vaak diep gewortelde opvattingen - 'ik ben waardeloos' of 'ze moeten altijd mij hebben' - waardoor ze sociale informatie vaak verkeerd interpreteren, wat hun reactie vervolgens beïnvloedt. In een cognitief-gedragstherapeutische interventie wordt aandacht besteed aan deze storende gedachten, en leren jongeren vanuit een ander perspectief naar dezelfde situatie te kijken en op een andere wijze te reageren. Ze ontwikkelen helpende gedachten en leren vaardigheden die gericht zijn op het vergroten van zelfcontrole en agressieregulatie, en ze leren sociale- en probleemoplossende vaardigheden.

4.2.1 De invloed van cognities

In de literatuur over cognities en cognitieve processen worden volgens De Lange en Albrecht (2006) verschillende accenten gelegd. De auteurs onderscheiden twee benaderingen: een benadering waarbij de nadruk vooral ligt op de inhoud van de gedachten (denkinhouden) en een benadering die meer gericht is op het proces van het denken, zoals uitgewerkt in het model van sociale informatieverwerking (De Lange & Albrecht, 2006). Bij beide benaderingen wordt gesteld dat een situatie gedachten oproept en dat deze gedachten van invloed zijn op de reactie op de situatie. Een cognitieve analyse volgens de eerste benadering gaat over de inhoud van de gedachten. Er wordt geanalyseerd welke storende of irrationele gedachten de jongere heeft die van invloed zijn op de gedragsproblemen. Voorbeelden van deze storende gedachten kunnen zijn 'ik ben waardeloos', 'je kunt beter anderen pijn doen, voordat je zelf pijn krijgt', 'ik vertrouw alleen op mezelf, want ik weet alleen wat goed voor me is' of 'ze moeten ook altijd mij hebben'.

Denkinhouden kunnen op basis van de mate van abstractheid van de gedachten ingedeeld worden in hele concrete automatische gedachten ('Dat huiswerk ga ik nooit afkrijgen, dus ik begin er maar niet aan'), leefregels ('School is mijn ding niet'') en kernovertuigingen ('Ik ben waardeloos'). Kernovertuigingen zijn het meest abstract, het zijn de basisideeën die iemand heeft over zichzelf, andere mensen en de wereld. Hieruit worden leefregels afgeleid waarin aannames en stellingen over het dagelijks leven tot uiting komen. Automatische gedachten zijn de korte, snelle gedachten die iemand heeft bij een concrete gebeurtenis. Deze worden gevoed door de onderliggende leefregels (Bartels, 2001; Beck, 1999; Ellis, 1994; Ten Broeke, Schurink, De Jongh, & Korrelboom, 2003, in De Lange & Albrecht, 2006).
Bij de tweede benadering is de analyse meer gericht op de cognitieve stappen die doorlopen worden bij het reageren op een situatie. Dodge ontwikkelde hiervoor een model voor sociale informatieverwerking (Crick & Dodge, 1994; Orobio de Castro, 2000), waarbij de reactie op een situatie bestaat uit de volgende stappen: 1. encodering (waarnemen), 2. interpretatie (betekenisverlening), 3. emotie, 4. responsgeneratie, 5. responsselectie en 6. responsuitvoering. Bij het analyseren wordt voor de verschillende stappen nagegaan hoe deze worden doorlopen en op welke manier dit het uiteindelijke gedrag beïnvloedt (De Lange & Albrecht, 2006; Matthys, 2011).
Jacobs, Muller en Ten Brink (2001) hanteren voor de analyse van cognities een indeling waarin bovenstaande benaderingen worden gecombineerd. Zij besteden zowel aandacht aan verschillende denkinhouden als aan de wijze waarop de informatie over de situatie wordt verwerkt. Hierbij onderscheiden ze vier categorieën: waarnemingen en gevolgtrekkingen (stap 1 en 2 van de informatieverwerking) en evaluaties en kerncognities (denkinhouden) (in De Lange & Albrecht, 2006).

Voor het *waarnemen* van een gebeurtenis zijn vaardigheden nodig zoals het observeren van de feitelijk waarneembare gebeurtenis, het onderscheiden van afzonderlijke gebeurtenissen en het overzien van een totale gebeurtenis. Jongeren met ernstige gedragsproblemen hebben vaak vaardigheidstekorten op het gebied van de objectieve waarneming en maken sneller waarnemingsfouten. Ze hebben vaker de neiging om selectief waar te nemen en besteden meer aandacht aan negatieve aspecten in een gebeurtenis (Orobio de Castro, 2000).

Voorbeeld van een selectieve waarneming:
Een jongere observeert bijvoorbeeld wel dat de leraar hem corrigeert, maar niet dat de leraar hem eerder tijdens de les twee keer een compliment heeft gegeven.

Het maken van *gevolgtrekkingen* betreft vaardigheden zoals jezelf de vraag stellen welke betekenis het waargenomene heeft, het afwegen van verschillende betekenissen en het trekken van de meest logische conclusie. Wanneer de leraar je corrigeert zou een logische conclusie kunnen zijn: 'Hij vindt dat ik beter moet opletten'. Onjuiste gevolgtrekkingen kunnen leiden tot gedrag dat niet adequaat is in de gegeven situatie.

Voorbeeld van een onjuiste gevolgtrekking (n.a.v. een correctie):
'Die eikel zit me gewoon op te naaien.'

Jongeren met ernstige gedragsproblemen vatten gedrag van andere jongeren en volwassenen vaker als vijandig op en interpreteren emoties van anderen eerder als boosheid of leedvermaak dan als medeleven (Orobio de Castro, 2001).

Evaluaties bevatten een oordeel over de gemaakte gevolgtrekkingen (wat vindt de jongere van het feit dat hij zo opgenaaid wordt?). Logisch kloppende evaluaties die aansluiten bij de realiteit dragen bij aan een adequate wijze van omgaan met de gebeurtenis. Storende evaluaties sluiten niet aan bij de werkelijkheid, zijn niet logisch kloppend en hebben vaak het karakter van rampdenken (iets is niet vervelend maar een absolute ramp of afschuwelijk) of van lage frustratie tolerantie (LFT; denken dat iets te lastig of moeilijk is en dat je daar niet tegen kunt) (Jacobs, Muller, & Ten Brink, 2001). Dergelijke storende evaluaties belemmeren de jongere om op een adequate manier te handelen en versterken de kans op bijvoorbeeld vermijdingsgedrag of agressief gedrag.

Voorbeeld van een storende evaluatie:
'Ik kan er niet tegen dat die eikel me zo zit op te naaien.' (lage frustratie tolerantie)
'Het is een ramp als m'n klasgenoten zien dat ik af ga.' (rampdenken)
'Als ik me op m'n kop laat zitten, ben ik een enorme sukkel!' (rampdenken)

Kerncognities of kernovertuigingen worden gevormd op basis van ideeën die een kind van jongs af aan over zichzelf, de ander en de wereld vormt. Naarmate een jongere vaker bevestigd wordt in een bepaalde overtuiging door specifieke ervaringen die hij opdoet, verankert de kernovertuiging zich dieper in de persoonlijkheid. Kernovertuigingen hebben dan ook niet alleen betrekking op een specifieke situatie maar hebben voor de persoon vaak een meer algemene geldigheid. Een opeenstapeling van negatieve ervaringen kan leiden tot diepgewortelde, negatieve, storende kernovertuigingen. Een storende kernovertuiging bevat eisende gedachten of een veroordeling van zichzelf of de ander.

Voorbeeld van storende kernovertuigingen:
'Ze moeten me met rust laten.' Of 'Ik moet gerespecteerd worden!' (eis)
'Ik ben waardeloos.' (veroordeling)

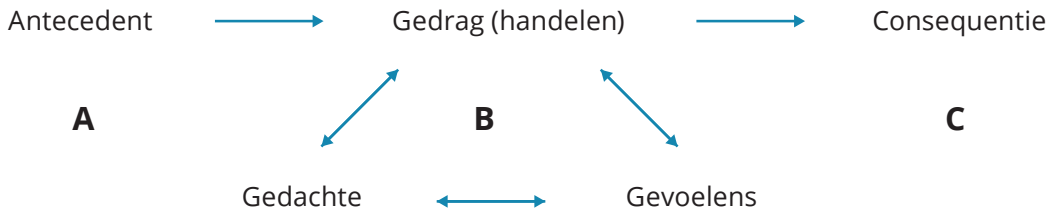
Veel voorkomende storende evaluaties en kernovertuigingen bij jongeren met ernstige gedragsproblemen zijn (DiGiuseppe, 1983):
- Alles moet gaan zoals ik het wil;
- Elk ongemak, elke pijn is verschrikkelijk; als een wens niet vervuld wordt is dat ondraaglijk;
- Ik ben waardeloos en zal nooit iets bereiken in mijn leven.

In onderstaande figuur wordt aangegeven hoe de verschillende cognitieve categorieën zich tot elkaar verhouden. Waarnemen (wat zie je dat er gebeurt?), gevolgtrekkingen maken (wat denk je dat er aan de hand is?) en evalueren (wat vind je daar dan van?) zijn opeenvolgende cognitieve stappen in reactie op een gebeurtenis. De inkleuring van waarnemingen, gevolgtrekkingen en evaluaties vindt mede plaats op basis van de aanwezige kernovertuigingen (Jacobs, Muller, & Ten Brink, 2001).

Figuur 4.1. Het verband tussen waarnemingen, gevolgtrekkingen, evaluaties en kernovertuigingen (De Lange & Albrecht, 2006).

4.2.2 De relatie tussen cognities, emoties en gedrag

In de operante leertheorie wordt voor het analyseren van gedrag gewerkt met het ABC-schema (zie hoofdstuk 3). Daarbij ligt het accent in de behandeling op het bevorderen van gewenst gedrag (B) door het beïnvloeden van de A (antecedent: situatie voorafgaand aan gedrag) en de C (consequentie: situatie volgend op gedrag). De cognitieve gedragstherapie splitst de B (behavior of gedrag) uit in gevoelens, gedachten en handelen, en richt zich op beïnvloeding van gedrag door beïnvloeding van gedachten. Om zicht te krijgen op de verschillende invalshoeken om gedrag te beïnvloeden, is het zinvol om gedetailleerd te kijken naar hoe de elementen van de



Figuur 4.2. ABC-schema uitgewerkt (De Lange & Albrecht, 2006).

B zich tot elkaar verhouden (figuur 4.2) (Bartels, 2001, in De Lange & Albrecht, 2006). De figuur geeft aan dat gedachten, gedrag en gevoelens elkaar wederzijds beïnvloeden en dat cognities in de tijd niet voorafgaan aan gevoelens en gedrag.

Het model veronderstelt dat het beïnvloeden van één van de drie elementen direct invloed heeft op de twee andere elementen. Dit betekent volgens De Lange en Albrecht (2006) dat

gedragsbeïnvloeding kan lopen via drie wegen: via het beïnvloeden van gedachten, via het beïnvloeden van gevoelens en direct door het beïnvloeden van het gedrag zelf. Dus wanneer een jongere snel boos wordt en zich in reactie op gebeurtenissen vaak agressief gedraagt, kan vanuit drie invalshoeken gewerkt worden aan vermindering van het agressieve gedrag:

- Direct, door met hem alternatief gedrag te oefenen waardoor hij leert voor zijn belangen op te komen zonder agressief te zijn.
- Via het beïnvloeden van zijn gevoelens, bijvoorbeeld door hem cognitieve, fysiologische en gedragsmatige tekenen van irritatie te leren herkennen, waardoor hij zich bewuster wordt van de opbouw van zijn boosheid, bijvoorbeeld aan de hand van een woedethermometer. Hierdoor kan de jongere eerder reageren en wordt het makkelijker voor hem om agressief gedrag te voorkómen.
- Via het beïnvloeden van zijn gedachten, bijvoorbeeld door met hem te oefenen in beter waarnemen en realistischer interpreteren en evalueren van gebeurtenissen. Hierdoor zal de jongere minder snel aanleiding zien om geïrriteerd te raken en zich minder vaak agressief gedragen.

4.3 Basismodel cognitieve gedragstherapie

Hoewel er diverse varianten van CGt bestaan, zijn de meeste interventies gebaseerd op het volgende grondmodel (Foolen & Elling, 2010):

- In de eerste sessies brengen de therapeut en de cliënt de problematiek in kaart en legt de therapeut de cognitieve gedragstherapie uit. Daarbij maakt de therapeut ook duidelijk welk 'huiswerk' hij van de cliënt zelf verlangt;
- Vervolgens sporen de cliënt en de therapeut de storende gedachten op die gekoppeld zijn aan concrete probleemsituaties en gebeurtenissen (selectieve waarnemingen, onjuiste gevolgtrekkingen, storende evaluaties en storende kernovertuigingen). Het huiswerk bestaat uit het registreren van probleemsituaties in het alledaagse leven en de gevoelens die daaraan verbonden zijn, alsook de gedachten die aan dat gevoel voorafgingen. De therapeut heeft de cliënt daarvoor een formulier of een dagboek gegeven dat hij moet invullen;
- Vervolgens onderzoeken de cliënt en de therapeut de storende gedachten. Dat wil zeggen: met behulp van informatieverzameling gaan zij kritisch na of de waarnemingen, gevolgtrekkingen en evaluaties die de cliënt heeft kloppen;
- Vaak zal blijken dat de gedachten niet of niet helemaal kloppen. Op dit punt aangekomen, zal de therapeut de cliënt stimuleren alternatieve, meer evenwichtige gedachten te formuleren. Dit gebeurt op basis van de gevonden 'bewijzen' en 'argumenten' die in de vorige fase zijn verzameld in het onderzoek naar het realistische gehalte van de gedacht en. Deze nieuw geformuleerde gedachten zullen tot een positiever gevoel en gedrag leiden;
- Als er alternatieve, meer helpende gedachten zijn geformuleerd is veel oefening nodig. Dit gebeurt in de laatste fase van de therapie met door de therapeut begeleide gedragsexperimenten in de praktijk. Deze experimenten dagen de cliënt uit om gedrag te laten zien dat ingaat tegen de storende gedachte. Bij gebeurtenissen in alledaagse situaties, waaraan storende gedachten verbonden waren die negatieve gevoelens opriepen, worden nu de alternatieve en meer evenwichtige gedachten uitgeprobeerd met behulp van alternatief gedrag.

4.4 Veelgebruikte technieken

Voor het versterken van cognitieve vaardigheden en helpende gedachten en het bevorderen van gewenst gedrag beschikt de therapeut of trainer over verschillende technieken, ontleend aan de cognitieve gedragstherapie en trainingsprogramma's gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

4.4.1 Cognitieve herstructurering

Een veel toegepaste techniek in de cognitieve gedragstherapie is het opsporen en uitdagen van storende gedachten. Daarbij worden vragen gesteld als: 'Wat zou er gebeuren als je voor het examen zou zakken?'. Storende gedachten worden uitgedaagd en getoetst op hun waarheidsgehalte en op praktische bruikbaarheid. Vervolgens gaat aandacht uit naar het formuleren van 'betere' of 'helpende gedachten', in het Engels 'coping statements' genoemd.

4.4.2 Zelfinstructietraining en hardop-denken methode

Zelfinstructietraining is bedoeld om jeugdigen te helpen hun gedrag beter te sturen via zelfinstructies. Deze zelfinstructies worden geleerd via de zogenaamde hardop-denken methode, die gebaseerd is op bevindingen van Sovjet taalpsychologen over de normale taalontwikkeling van een kind (Luria, 1961; Vygotsky, 1962; aangehaald door Braet & Scholing, 1999). Volgens deze methode worden vijf stappen doorlopen:

1. Een goed rolmodel, zoals een stripfiguur, toont hoe het kind een situatie kan analyseren, bijvoorbeeld via de zinnen: 'Stop en denk eens na', 'Kijk en luister goed' en 'Loop alle mogelijkheden na en kies dan de beste uit'.
2. Het kind voert de getoonde analyse zelf uit en het model leidt het kind door de zelfinstructies hardop te zeggen.
3. Het kind leert de zelfinstructies en oefent daarmee in verscheidene sessies via spelopdrachten.
4. Het oefenen duurt voort maar de zelfinstructies worden gefluisterd.
5. In complete stilte oefent het kind met de geïnternaliseerde zelfinstructies bij steeds complexer wordende opdrachten.

4.4.3 Probleemoplossend denken

Het vergroten van het probleemoplossend denken is een belangrijke cognitieve vaardigheid die jeugdigen aangeleerd krijgen om zo alternatieve oplossingsstrategieën te leren die effectiever zijn dan schoppen, slaan of schelden. De trainer leert de jeugdige een denkstrategie aan die bestaat uit een aantal stappen, die afhankelijk van de leeftijd complexer is. In zijn meest uitgebreide vorm bestaat probleemoplossend denken uit de volgende stappen:

1. Wat is mijn probleem? Hierin moet de jeugdige het probleem goed omschrijven en verwoorden.
2. Wat wil ik bereiken? Bij deze stap denkt de jeugdige na over het doel wat hij nastreeft.
3. Hoe los ik het op? In deze stap leert de jeugdige alternatieve oplossingen te bedenken.
4. Als ik dit doe, wat gebeurt er dan? Vervolgens bedenkt de jeugdige per voorgestelde oplossing wat de voor- en nadelen zijn.
5. Wat ga ik nu doen? Op basis van een afweging van voor- en nadelen kiest de jeugdige wat de beste oplossing is en voert deze oplossing uit.
6. Volg ik nog mijn plan? Hierin leert de jeugdige vast te houden aan de gekozen oplossing,

zich niet te laten afleiden door de omstandigheden en voorkomt hij terugvallen in oude minder gewenste oplossingen.
7. Hoe heb ik het gedaan? Bij deze evaluatie vraagt de jeugdige zich onder meer af of de keuze werkte of niet, of het al dan niet een eerlijke keuze was, of de keuze veilig was of niet en of de keuze aangename gevoelens opriep of niet.
Aan de hand van alledaagse voorvallen leren jeugdigen dit probleem oplossende model toe te passen. Die voorbeelden worden eerst door de trainer ingebracht, later door de kinderen zelf. Voorbeelden zijn: vragen om met een ander kind te spelen maar dit kind weigert, vaker uit willen dan je van je ouders mag, omgaan met druk uitgaande van een groep leeftijdgenoten om verkeerde dingen te doen. Wanneer de jeugdige een oplossing kiest waarvoor hij nog niet over voldoende vaardigheden beheerst, oefent de trainer deze vaardigheden met de jeugdige (Matthys, 2011).

4.4.4 Zelfmanagement ('de baas zijn over jezelf')

In elke cognitieve behandeling wordt in zekere zin uitgegaan van de werking van zelfsturinggedrag. Interventies kunnen gemakkelijk falen wanneer een jeugdige niet over de nodige zelfsturingvaardigheden of over zelfmanagement beschikt (Kanfer, 1975). Zelfmanagement wordt in dit verband omschreven als een cognitief proces dat uit verschillende, op elkaar volgende stappen bestaat, te weten:

1. Zelfobservatie, te bevorderen door bijvoorbeeld de opdracht om een dagboek bij te houden.
2. Doel bepalen, waarbij de jeugdige plannen maakt en alternatieven overweegt.
3. Zelfevaluatie, hetgeen kan leiden tot het bijsturen van het doel en de plannen.
4. Zelfbeloning, wat als positieve feedback zeer belangrijk is; vooral bij kinderen ligt in de beloning en in de complimenten de motivatie verscholen tot het herhalen van het positieve gedrag.

De trainer ondersteunt de jongere om 'de baas te worden over zichzelf' door hem te stimuleren zichzelf en de gevolgen van hun gedrag zorgvuldig te observeren, na te denken over de haalbaarheid van wat hij wil bereiken en aantrekkelijke en realistische doelen te formuleren, en zichzelf te complimenteren en belonen als hij iets goed heeft gedaan of te kijken hoe iets anders kan als iets niet gelukt is (zonder zichzelf de grond in te praten).

4.4.5 Omgaan met boosheid: de woedethermometer

Een hulpmiddel dat jeugdigen helpt hun agressie beter te leren beheersen is de woedethermometer. Een woedethermometer geeft de jeugdige inzicht in de spanningsopbouw van woede. Boosheid komt in verschillende gradaties voor en het is van belang om boosheid niet te laten oplopen. De trainer vult samen met de jeugdige in hoe hij zich voelt op een aantal tussenstappen tussen 0 en 100 graden (bijvoorbeeld 20, 40, 60 en 80 graden). Bij het nulpunt is de jeugdige rustig en bij 100 graden is de jeugdige woedend. De hulpverlener bespreekt met de jeugdige wat hij zelf kan doen en hoe anderen in zijn omgeving kunnen helpen om ervoor te zorgen dat hij bij de verschillende tussenstappen weer rustiger wordt (en hij stijging naar het kookpunt voorkomt). Alternatieven voor graden zijn het werken met een tienpuntsschaal of met een woedestoplicht (zie voor een uitwerking van de woedethermometer bijvoorbeeld

Spanjaard, 2005). Met name bij kinderen (acht tot ongeveer twaalf jaar) en bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking wordt het vereenvoudigde woedestoplicht toegepast.

4.4.6 Psycho-educatie

Een andere veelgebruikte techniek is psycho-educatie. Tijdens psycho-educatie wordt er gewerkt aan het vergroten van de kennis over het probleem en over de manieren waarop de cliënt hier het beste mee kan omgaan. Zo wordt uitleg gegeven over het ABC-model en de invloed die cliënten daarmee zelf hebben op hun gedrag. Dit versterkt de cognitie dat jeugdigen zelf invloed hebben en 'de baas kunnen worden over zichzelf'. Daarnaast leren jeugdigen gevoelens van henzelf en anderen beter herkennen en wordt uitleg gegeven over het verschil tussen objectieve waarnemingen en verschillende interpretaties van het gedrag en de bedoelingen van anderen. Psycho-educatie heeft daarbij als doel dat bepaalde cognities over de problemen veranderen.

4.4.7 Gedragsexperimenten

Het gedragsexperiment is een belangrijke toets binnen de cognitieve gedragstherapie. De jeugdige kan wel anders hebben leren denken in de therapie, maar de therapie heeft pas resultaat als hij zich ook anders gaat gedragen. Hiertoe zet de therapeut gedragsexperimenten op, waarbij de jeugdige wordt uitgedaagd om gedrag te laten zien dat ingaat tegen de oude storende gedachte. Een jeugdige die bijvoorbeeld als storende gedachte heeft 'als je kwetsbaar bent, dan pakken ze je', moet in de residentiële behandelgroep hulp vragen aan een groepsgenoot bij de uitvoering van een taak. Daarbij moet hij zeggen: 'Ik weet nog niet zo goed hoe dat moet' (Jacobs, Muller, & Ten Brink, 2001).

4.4.8 Indicatie- en contra-indicatiecriteria

In het algemeen verlangt CGt een zekere motivatie van de cliënt om iets aan de klachten en stoornissen te doen. Daarbij moeten de cliënten openstaan voor kritische reflectie op ingesleten gedachten die zij als normaal zijn gaan beschouwen. Zij moeten te bewegen zijn tot de gedachte dat niet een gebeurtenis buiten henzelf de klacht of stoornis veroorzaakt, maar dat hun eigen gedachtewereld daar invloed op heeft.

Een andere basisvoorwaarde is dat de cliënten in staat moeten zijn hun gedachten onder woorden te brengen en daarop te reflecteren. Cognitieve gedragstherapie vereist dat de jeugdigen verschillende cognitieve vaardigheden beheersen, die zij in de eerste vijftien jaren van hun leven geleidelijk aan ontwikkelen. Hulpverleners moeten rekening houden met grote onderlinge variaties tussen jeugdigen van dezelfde leeftijd. De hulpverlener zal van geval tot geval moeten aftasten op welk niveau een bepaald kind zich beweegt en hoe snel dat kind nieuwe informatie kan oppikken en kan gebruiken (Foolen & Elling, 2010).

Onder voorwaarden is cognitieve gedragstherapie ook geschikt voor jeugdigen met beperkte verstandelijke vermogens. Voorwaarden voor het toepassen van cognitieve gedragstherapie bij deze doelgroep zijn het hanteren van vereenvoudigd taalgebruik, het werken in kleine stappen en aandacht voor de generalisatie van oefenstof naar andere belangrijke omgevingen van de jeugdige (Didden & Moonen, 2007; Schuiringa et al., 2009; De Wit, Moonen, & Douma, 2011).

4.5 Toepassen van cognitief gedragstherapeutische principes door beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals in de praktijk

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk is aangegeven maken beroepsopvoeders allereerst gebruik van gedragstherapeutische principes, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Aanvullend hierop kunnen ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders cognitief-gedragstherapeutische principes inzetten. Wanneer de jeugdprofessional bij gedragstherapeutische principes vooral de A en C beïnvloedt om zo te werken aan gedragsverandering (zie hoofdstuk 3), worden hiermee indirect ook cognities beïnvloed. Bij de inzet van cognitief-gedragstherapeutische principes richt de jeugdprofessional zich direct op cognities om zo het gedrag te beïnvloeden. De vraag is welke van deze principes bruikbaar zijn voor het dagelijks werk van jeugdprofessionals. Volgens De Lange en Albrecht (2006) zou het accent in hun werk naast de toepassing van gedragstherapeutische principes vooral gelegen moeten zijn in het vergroten van cognitieve vaardigheden, zoals accurater leren waarnemen en het maken van logische gevolgtrekkingen. Daarnaast kunnen zij werken aan het vergroten van cognitieve vaardigheden zoals probleemoplossende vaardigheden en zelfmanagementvaardigheden (zie paragraaf 4.2.4).

De beïnvloeding van evaluaties en kernovertuigingen door ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders vindt vooral indirect plaats door het beïnvloeden van het gedrag en door bewustwording van een basisbejegening die helpende gedachten versterkt. Directe beïnvloeding van evaluaties en kernovertuigingen middels cognitieve herstructurering is hoofdzakelijk de taak van de CGt-therapeut. Deze richt zich op het ontrafelen en uitdagen van storende kerncognities en evaluaties. Ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders vervullen vervolgens een belangrijke rol in de generalisatie van cognitieve gedragstherapie naar het dagelijks leven, bijvoorbeeld door ondersteuning bij de uitvoering van gedragsexperimenten of door het stimuleren van het gebruik van de woedethermometer.

4.5.1 Vergroten van cognitieve vaardigheden: waarnemen en gevolgtrekkingen maken

Beroepsopvoeders kunnen op verschillende manieren werken aan het vergroten van waarnemingsvaardigheden. Observeren uit de tweede hand (het grondig doorvragen naar een situatie, het gedrag van de jongere en de gevolgen daarvan; zie Slot en Spanjaard, 2009) is een belangrijke gesprekstechniek om jongeren te stimuleren na te denken over hetgeen ze waarnemen. Grondig doorvragen over een bepaalde gebeurtenis helpt de jongere om nog eens goed na te denken wat er precies gebeurde. Een andere mogelijkheid om waarnemingsvaardigheden te vergroten is het gericht bespreken van groepssituaties. Deze situaties zijn door zowel de jongere als de groepsleider meegemaakt, waardoor het mogelijk wordt informatie uit te wisselen over wat zij beiden hebben waargenomen. De mogelijkheid om dat wat is waargenomen te checken, is er ook wanneer gebruik wordt gemaakt van videofragmenten. Door deze terug te draaien, kan nogmaals bekeken worden wat je nu eigenlijk ziet gebeuren. Beide soorten oefeningen leiden tot gerichte en daardoor meer accurate waarnemingen.

Het vergroten van vaardigheden om juiste gevolgtrekkingen te maken ligt in het verlengde van het bovenstaande. Wanneer de groepsleider bij observaties uit de tweede hand geen genoegen neemt met interpretaties, maar vraagt wat er dan precies gebeurde (wat deed de ander wel of juist niet?), wordt de jongere gestimuleerd hier verder over na te denken. Jongeren leren op die manier het verschil ontdekken tussen het feitelijk waarneembare en de conclusie die zij hieruit trekken. Hierop volgend kan met de jongere gekeken worden naar juiste en onjuiste gevolgtrekkingen. Uit ambigue plaatjes of videofragmenten kunnen verschillende gevolgtrekkingen gemaakt worden, waarna onderzocht wordt wat wel en niet juist zou kunnen zijn en welke gevolgtrekkingen bijdragen aan een adequate reactie.

Voorbeeld: vergroten van cognitieve vaardigheden

Tijdens de maaltijd hebben Stan en Marek samen veel lol. Ze maken rijmgrappen op het laatste woord dat iemand zegt of reageren met opmerkingen waar ze zelf erg om moeten lachen. Als Alex tegen de groepsleider zegt dat hij z'n afspraak met hem een half uur wil vervroegen, zodat hij nog kan sporten, zegt Stan met een vrouwenstemmetje half kreunend 'Oh, het is toch zo'n lekkere jongen met al die spieren. Toe, laat 'm vooral gaan sporten.' Terwijl Marek hard begint te lachen, wordt Alex boos. Hij staat op, geeft een harde klap op de tafel en schreeuwt 'BEK DICHT, KLEUTERS'. Als Stan en Marek nog harder gaan lachen, kom Alex dreigend op ze af. De groepsleider zet Alex vervolgens korte tijd apart, waarna Alex na afloop van de maaltijd zijn koud geworden eten kan opeten. Later die avond, tijdens het mentorgesprek komt de groepsleider (G) met Alex (J) terug op het voorval.

G: Hé, wat gebeurde er nou vanavond aan tafel?
J: Jee man, jij werd toch ook gek van die twee kleuters.
G: Ik merkte in ieder geval dat jij flink kwaad was. Maar wat gebeurde er nou precies?
J: Nou die twee die vroegen er gewoon om!
G: Ja, da's waar ook. Ik hoor Stan nog zeggen 'Hé Alex, schreeuw eens tegen me, alsjeblieft?'
J lacht aarzelend
G: Ok, even serieus, laten we eens kijken wat er nou gebeurde. Wat deden Stan en Marek precies?
J: Nou, toen ik je iets vroeg maakte Stan een stomme opmerking en Marek maar lachen. Die twee zitten zo vaak te zieken. En altijd moeten ze mij hebben. Ja, dan vraag je er om.
G: Deden ze dat alleen bij jou of ook bij de anderen?
J: Nou, ze moeten mij wel vaak hebben.
G: Maar als we het over vanavond hebben?
J: Ehm, nou ehm nee, ok, toen zaten ze wel de hele tijd te zieken. Ook bij de rest.
G: Kan je je nog herinneren hoe de rest reageerde?
J: (stilte) ...ehm, nee!
G: Als ik me goed herinner, reageerden sommigen helemaal niet en ik weet nog dat Jordy een bijdehante opmerking terugplaatste. Dat had als voordeel dat ze rustig konden dooreten.
J: Ja, maar ze vroegen er toch om!
G: Weet je hè, ik had ook de indruk dat niet iedereen aan tafel hen even grappig vond. Maar als je er nog eens over nadenkt, maakten ze alleen maar een flauwe grap. En een flauwe grap kan wel bere-irritant zijn, maar meer deden ze niet.
J: Nou, daar kan ik dus niet tegen.
G: ' t Lijkt erop alsof je de situatie erger maakt voor jezelf door dingen te zeggen als 'ze moeten altijd mij hebben' en 'ze vrágen erom'. Ook al was dat nu niet het geval.
J: Ja, dat kan toch niet anders?

G: Als je merkt dat je je irriteert, zou je je kunnen afvragen wat er nu eigenlijk aan de hand is. Probeer iets te denken als 'Relax! Wat gebeurt er nou helemaal! Ze maken alleen maar stomme opmerkingen. Nou en? Laat ze gaan. Daar verspil je toch geen energie aan? Ik heb wel wat beters te doen!' Kun je tenminste rustig je eten opeten!

J: Dat is makkelijker gezegd dan gedaan.

Wanneer het gebruikelijk is in een groep dit soort gesprekken te voeren kan hier in de dagelijkse communicatie op teruggegrepen worden. Wanneer een jongere zich kwaad zit te maken over zijn leraar, zegt de beroepsopvoeder bijvoorbeeld 'He stop, kijk je wel door de goede bril'?

4.5.2 Indirect beïnvloeden van storende gedachten (evaluaties en kernovertuigingen)

Wanneer beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals zich willen richten op het beïnvloeden van storende evaluaties en kernovertuigingen, doen ze dit het meest effectief door het vergroten van het gedragsrepertoire. Op basis van figuur 4.2 mag verondersteld worden dat het vergroten van het gedragsrepertoire in een bepaalde situatie effect heeft op de gedachten over die situatie. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk reeds werd aangegeven: 'Anders denken kan leiden naar anders doen en anders doen kan leiden naar anders denken (Orlemans, 2005, p. 297)'. De reden om cognities vooral te beïnvloeden door het vergroten van (praktische, sociale en emotionele) vaardigheden is tweeërlei. Om te beginnen vraagt het direct beïnvloeden van cognities door deze te ontrafelen en uit te dagen om specifieke technieken die cognitief gedragstherapeuten zich eigen maken gedurende een vierjarige opleiding. Ook van de kant van de jongere is er veel voor te zeggen om zich vooral te richten op het gedrag van de jongere. Cognitief uitdagen vraagt veel van het zelfobservatievermogen en de verbale vaardigheden van een jongere. Juist op dit punt hebben jongeren met ernstige gedragsproblemen vaak tekorten. Daarnaast hebben jongeren met ernstige gedragsproblemen doorgaans veel vaardigheidstekorten op verschillende levensgebieden. Vergroting van hun gedragsrepertoire maakt dat ze meer kunnen, ook op die gebieden waarop hun storende cognities betrekking hebben. Bovendien levert het hen tastbare succeservaringen op: ze zien dat ze dingen steeds beter kunnen, ervaren hun eigen kracht. Beide werkt versterkend voor (het ontwikkelen van) realistische cognities, die naast de storende cognities komen te staan. En ze hopelijk op termijn overvleugelen.

Voorbeeld: indirect beïnvloeden van kernovertuigingen via de gedragskant

Daan heeft als kind van zijn moeder en oudere broer veelvuldig negatieve feedback te horen gekregen. Als hij iets fout deed of kapot maakte, werd hij uitgescholden voor 'domme mongool'. Als hij iets nieuws probeerde te leren, werd hij uitgelachen en werd gezegd dat het hem toch niet zou lukken. Ook op school werd hij gepest. Hij leerde al snel dat hij het minst last van de pestkoppen had als hij af en toe een flinke klap uitdeelde. Als gevolg van matige schoolresultaten en groeiende gedragsproblemen, was ook de feedback die hij van leraren kreeg vooral negatief. Zo ontwikkelde zich de kernovertuiging: 'Ik ben waardeloos en zal nooit iets bereiken in mijn leven'. In de leefgroep komt deze kernovertuiging op verschillende manieren tot uiting. Hij laat allerlei zaken het liefst door beroepsopvoeders regelen (bellen met instanties, gesprekken met leraren etc.), zegt snel bij nieuwe dingen: 'Ja, doe het lekker zelf, daar heb ik geen zin in' en doet alleen de dingen die echt moeten op school en in de leefgroep. Ook

op school en in de leefgroep begint hij snel te vechten als anderen hem pesten.
Met Daan wordt gewerkt aan verschillende vaardigheden. Hij is gek op computers en computergames en zou graag een bijbaantje in een computerzaak willen hebben. Stapsgewijs worden vaardigheden met hem geoefend die voor hem van belang zijn bij het krijgen van een bijbaantje, zoals het voeren van een telefoongesprek, het stellen van vragen en aangeven dat je iets niet begrepen hebt. Daarbij wordt geoefend hoe je de vaardigheden toepast in goed verlopende situaties en bij doemscenario's. Op elke stap die Daan uiteindelijk zet, ontvangt hij zorgvuldige feedback, zoals 'goed dat je dat rustig zegt' of 'perfect dat je het zelf gedaan hebt'. Bij gebrek aan baantjes in een computerzaak is Daan momenteel assistent bij de computer-afdeling op school, waar hij een paar uur per week aan computers sleutelt. Met de begeleider van de computer-afdeling is afgesproken dat hij regelmatig opmerkingen maakt, zoals: 'Ik ben echt blij dat jij me helpt. Ik zat echt om je te springen.' Het vergroten van Daan's vaardigheidsrepertoire en het aanbieden van nieuwe succeservaringen, dragen bij aan het verkleinen van de invloed van de storende kernovertuiging 'ik ben waardeloos' en versterken de realistische cognitie 'ik ben oké zoals ik ben'.

Naast het vergroten van cognitieve vaardigheden en het aanreiken van succeservaringen die ingaan tegen storende kernovertuigingen, dienen beroepsopvoeders ervoor te waken storende kernovertuigingen niet impliciet te voeden. Wanneer een jongere last heeft van de storende gedachte 'ik ben waardeloos en zal nooit iets bereiken', werken opmerkingen als 'laat mij het nou maar even doen' versterkend voor deze storende cognitie en hebben daarmee een averechtse invloed op de behandeling. Bij jongeren met ernstige gedragsproblemen zijn voorbeelden van dit soort averechtse reacties:

Storende kernovertuiging	Averechtse reacties (voorbeelden)
Alles moet gaan zoals ik het wil.	- Uit angst voor boosheid de jongere z'n zin geven. Te uitgebreid verontschuldigen als een afspraak niet door kan gaan. - Uitspraken als: 'Wat belachelijk dat ... niet naar je luisterde.' 'Ik zou ook kwaad worden als ...'
Als een wens niet vervuld wordt, is dat ondraaglijk.	- Een teleurstelling altijd compenseren door iets anders dat leuk is. (bijvoorbeeld bij onverwacht niet doorgaan van een activiteit er iets anders tegenoverstellen). - Meegaan in 'uitstelgedrag' of vermijdingsgedrag. - Uitspraken als: 'Het is ook echt heel naar voor je dat ...niet door gaat.' 'Ik zal het direct voor je regelen.'
Ik ben waardeloos en zal nooit iets bereiken in mijn leven.	- Onzorgvuldige feedback, zoals 'zie je nou wel, dat je het wel kunt!' - Onnodig taken en regelzaken overnemen en iemand niet betrekken bij oplossingen. - Uitspraken als: 'Kun je nou niet voor één keer ...' 'Jij bent ook zo'n .....'
Ik ben niet geliefd. Anderen zijn tegen mij.	- Iets weigeren zonder duidelijke uitleg. - Cynische humor. - Uitspraken als: 'Spuit elf wil ook wat kwijt.' 'Ja hoor, daar heb je hem weer.'

Averechtse reacties worden voorkómen door een jongere te corrigeren op zijn gedrag, rekening te houden met de context waarin het gedrag plaats vindt en niet te corrigeren op de persoon. De hulpverlener kan wel meevoelen met de jongere, maar brengt de situatie ook terug tot de juiste proporties (dus niet meehuilen of meemokken).

4.5.2 Indirect bevorderen van helpende gedachten (realistische evaluaties en kernovertuigingen)

Een belangrijke manier om de invloed van storende kerncognities te verkleinen is het sterker maken van realistische cognities. Het versterken van realistische cognities wordt bevorderd door het secuur uitvoeren van de competentiegerichte technieken (Slot & Spanjaard, 2009), in het bijzonder de techniek feedback op adequaat gedrag. Door veelvuldig, oprecht en specifiek te benoemen wat een jongere goed doet en hem hierover te complimenteren, geven beroepsopvoeders jongeren concrete informatie over hun sterke punten en bekrachtigen ze realistische cognities zoals 'ik heb invloed op mijn leven', 'zo'n loser ben ik niet, want ik doe ook dingen goed' en 'misschien vinden sommige mensen me een eikel, maar anderen vinden me aardig'.

Naast de concrete informatie die beroepsopvoeders jongeren geven over wat zij goed doen, versterken ze realistisch kerncognities door het bewust uiten van 'helpende opmerkingen'. Wanneer een groepsleider bij tegenslag regelmatig relativerende opmerkingen maakt zoals 'pech, volgende keer beter' of 'het is fijn als 't gaat zoals je wilt, maar je kan niet altijd alles hebben' staat hij model voor de helpende gedachten die jongeren tegen zichzelf kunnen zeggen. Het gebruik van bovenstaande opmerkingen versterkt realistische cognities, die naast de storende cognitie 'alles moet gaan zoals ik het wil' worden geplaatst.

Tenslotte draagt het accuraat toepassen van de competentiegerichte technieken ook bij tot het vergroten van realistische cognities. Een kernstap die alle competentiegerichte technieken gemeenschappelijk hebben, is 'het geven van een waarom': uitleggen wat het de jongere oplevert als hij het op de voorgestelde manier aanpakt (Slot & Spanjaard, 1999). Deze waaroms motiveren de jongere niet alleen om adequaat te handelen, maar dragen ook bij aan het versterken van realistische cognities.

Voorbeelden van helpende gedachten in de vorm van waaroms

Storende kernovertuiging	Helpende gedachte (in de vorm van waaroms)
Alles moet gaan zoals ik het wil.	- Als ik af en toe doe wat mijn moeder wil, zal ze ook meer rekening houden met mij. - Als ik 't Joost nu laat regelen, kan ik even relaxen.
Als een wens niet vervuld wordt, is dat ondraaglijk.	- Als ik zeg 'een andere keer misschien', zal iemand sneller nog eens met me willen afspreken (na afwijzing bij het maken van een afspraak). - Als ik nu even volhoud met m'n huiswerk, heb ik straks alle tijd om te voetballen en ben ik er lekker van af.

4.6 Conclusies

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

Hoewel de CGt ervan uit gaat dat gedachten van invloed zijn op gedrag, gaan gedachten in de tijd niet per se vooraf aan gedrag. Gedachten, gedrag en gevoelens beïnvloeden elkaar wederzijds. Het beïnvloeden van één van de drie elementen heeft direct invloed op de twee andere elementen. Wanneer een jongere bijvoorbeeld snel boos wordt en zich in reactie op gebeurtenissen vaak agressief gedraagt, kan vanuit drie invalshoeken gewerkt worden aan vermindering van de gedragsproblemen. Allereerst door alternatief gedrag met de jongere te oefenen, daarnaast door het beïnvloeden van gevoelens (bijvoorbeeld met een woedethermometer) en door het beïnvloeden van storende gedachten. In deze richtlijn is het uitgangspunt dat de toepassing van CGt-principes daarom altijd aanvullend is op de toepassing van gedragstherapeutische principes en er niet voor in de plaats komt.

In de literatuur over cognitieve gedragstherapie wordt de invloed van cognities op gedrag op verschillende manieren uitgewerkt. In hoofdlijn zijn twee benaderingen te onderscheiden: een cognitieve analyse en aanpak volgens de eerste benadering gaat over de inhoud van de gedachten. De behandelaar richt zich bij deze benadering op cognitieve herstructurering van gedachten, waarbij storende gedachten worden uitgedaagd en vervangen door meer helpende gedachten. Bij de tweede benadering is de analyse en aanpak gericht op de cognitieve stappen die doorlopen worden bij het reageren op een situatie. De behandelaar richt zich in deze benadering vooral op het vergroten van cognitieve vaardigheden, zoals zelfmanagementvaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden. In de praktijk bestaat een cognitief-gedragstherapeutische training of therapie vaak uit een combinatie van beide benaderingen waarbij de volgende technieken worden ingezet:

- Cognitieve herstructurering;
- Zelfinstructietraining en hardop-denken methode;
- Probleemoplossend denken vergroten;
- Zelfmanagement (‘de baas zijn over jezelf’);
- Woedethermometer;
- Psycho-educatie;
- Gedragsexperimenten.

Een deel van deze technieken kan worden uitgevoerd door ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders. Het accent ligt daarbij vooral op het vergroten van cognitieve vaardigheden, namelijk het vergroten van probleemoplossende en zelfmanagementvaardigheden en het bieden van ondersteuning bij het inzetten van een woedethermometer.

Cognitieve herstructurering, dat wil zeggen het direct ontrafelen en uitdagen van storende gedachten (evaluaties en kernovertuigingen) is het werk van cognitief-gedragstherapeuten: dit vereist een gespecialiseerde opleiding. Wel kunnen jeugdprofessionals in aanvulling op het vergroten van probleemoplossende en zelfmanagementvaardigheden werken aan het vergroten van waarnemingsvaardigheden en het maken van de juiste gevolgtrekkingen. Het waarnemen

van een situatie en maken van gevolgtrekkingen gaan namelijk vooraf aan storende gedachten over een situatie:

1. Waarnemen (Wat zie je dat er gebeurt?)
2. Gevolgtrekkingen maken (Wat denk je dat er aan de hand is? Hoe interpreteer je dat?)
3. Evalueren (Wat vind je daar dan van?)

Jongeren met ernstige gedragsproblemen hebben vaak vaardigheidstekorten op het gebied van de objectieve waarneming en maken sneller waarnemingsfouten. Zij besteden meer dan gemiddeld aandacht aan negatieve aspecten in een gebeurtenis. Beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals kunnen jeugdigen leren nauwkeurig te observeren en een onderscheid te maken tussen de feitelijk waarneembare situatie en de interpretatie van de situatie.

Voor de generalisatie van cognitieve gedragstherapie naar het dagelijks leven kunnen beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals ten slotte werken aan het indirect beïnvloeden van storende gedachten door de jeugdige vaardigheden aan te leren en in het dagelijks leven nieuwe succeservaringen te bieden. Daarnaast kunnen zij storende gedachten indirect beïnvloeden door in hun bejegening helpende gedachten te versterken en ervoor te waken in hun bejegening storende gedachten te versterken.

4.7 Overige overwegingen

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

Er is consensus onder praktijkdeskundigen dat ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders zich allereerst moeten richten op de inzet van gedragstherapeutische principes en in aanvulling hierop inzetten op CGt-principes. Zij benadrukken dat het nodig is dat ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders ook kennis hebben van cognitief-gedragstherapeutische principes en deze kunnen hanteren om zo de continuïteit van de behandeling te vergroten. Als er cognitief-gedragstherapeutisch wordt gewerkt door een individuele behandelaar middels een (geprotocolleerde) interventie, ondersteunen ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders de jongere bij huiswerk, bijvoorbeeld bij het bijhouden van een dagboek of het toepassen van de woedethermometer. De deskundigen benadrukken dat cognitief-gedragstherapeutische principes niet zonder meer kunnen worden uitgevoerd door ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders. Dit vraagt om een aanvullende opleiding waarin voldoende kennis wordt overgedragen en medewerkers getraind worden in een accurate uitvoering.

Voor het vergroten van cognitieve vaardigheden heeft geprotocolleerd te werk gaan sterk de voorkeur. Niet alleen leidt het tot een geoorloofd gebruik en doelbewust inzetten van steunmiddelen zoals de woedethermometer, ook wordt de behandelintegriteit op die manier beter te meten en te borgen. Ook voor de uitvoering van cognitieve gedragstherapie door een cognitief gedragstherapeut heeft geprotocolleerd werken sterk de voorkeur, aangezien dit het goed uitvoeren van behandeltechnieken bevordert.

Wanneer voor de generalisatie van de cognitieve gedragstherapie ambulant jeugdprofessionals en beroepsopvoeders zich richten op het vergroten van waarnemingsvaardigheden, gevolgtrekkingen en de indirecte beïnvloeding van storende evaluaties en kernovertuigingen, dan gebeurt dit onder supervisie van de betrokken cognitief gedragstherapeut. De therapeut analyseert welke vaardigheden een jeugdige zou moeten leren en wat de specifieke storende kernovertuigingen van deze jeugdige zijn en werkt dit in samenwerking met de uitvoerend jeugdprofessional uit in een individueel behandelplan. Hierin moeten ten minste zijn opgenomen: duidelijke behandeldoelen en een uitgewerkte aanpak, waarin concrete handvatten zijn opgenomen die aansluiten bij de kernbegrippen uit de therapie, om de jeugdige op een cognitief-gedragstherapeutische manier te stimuleren en corrigeren. Ook moet er in het behandelplan duidelijk vermeld zijn welke kerncognities uitgedaagd moeten worden voor de specifieke jeugdige, en welke technieken of veel voorkomende situaties daarbij ingezet worden door beroepsopvoeders. De cognitief-gedragstherapeut heeft daarmee de eindverantwoordelijkheid over de cognitief-gedragstherapeutische benadering.

Het vergroten van cognitieve vaardigheden en het indirect beïnvloeden van storende gedachten is niet alleen voorbehouden aan geprotocolleerde trainingsmomenten of individuele mentorgesprekken. Het is juist van belang dat binnen de gewone dagelijkse routine de werkwijze terugkomt. Zo kunnen jongeren in het gewone leven ingeseind worden met helpende zinnen, zoals: ‘Chill ff, dan gaat ’t beter’, ‘Stop, denk eerst even na’, ‘Kijk of je door de goede bril kijkt’ of ‘Denk aan de C’, om iemand alert te maken op gevolgen van zijn gedrag. Ook kan verwezen worden naar metaforen die gebruikt zijn in de therapie of training. Als bijvoorbeeld in de therapie bij een jongere die spanning opkropt is gewerkt met de metafoor van een ballon die niet te veel op spanning moet komen te staan, omdat hij anders knapt, kan de beroepsopvoeder zeggen ‘Hé, volgens mij begint je ballon vol te raken. Wat ga je doen om hem even leeg te laten lopen? Even gamen of muziek luisteren?’. Daarnaast is het goed dat beroepsopvoeders zich realiseren dat storende kernovertuigingen bekrachtigd kunnen worden door leeftijdgenoten. Beroepsopvoeders waken er niet alleen voor door hun eigen bejegening storende gedachten te versterken, maar zijn er in de dagelijkse routine ook alert op wanneer groepsgenoten storende gedachten van elkaar versterken, en verwijzen dan naar het geleerde in een training of therapie.

Generalisatie moet niet alleen plaatsvinden naar het leven op de groep. Dit is pas de eerste stap. Ook generalisatie in de bredere omgeving verdient aandacht. De behandelcoördinator zal de doelen moeten vertalen naar de verschillende milieus waar de generalisatie van het geleerde zal plaatsvinden, zoals in de klas, in de thuissituatie of een vervolgsituatie. Brede generalisatie vraagt om een gedegen overdracht van doelen en gekozen aanpak in de cognitief-gedragstherapeutische benadering van de jeugdige. Ouders en leraren zullen de rol van beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals daarbij overnemen, in de zin dat zij de jeugdige zullen inseinen met helpende zinnetjes. Ouders kunnen de jeugdige daarnaast ondersteunen in het toepassen van hulpmiddelen, zoals een woedethermometer. Bovendien moet de nazorg gegarandeerd worden voor de uiteindelijke generalisatie naar de eigen situatie. Als het kind bijvoorbeeld weer komt te leven in het oorspronkelijke gezin, is het zaak te monitoren tot in hoeverre het geleerde daar ingezet kan worden en hierop te anticiperen. Het is belangrijk om te oefenen tijdens de verloven van het kind en om de ouders zo veel mogelijk

te betrekken. Maar ook na vertrek zou het zinvol zijn de ouders vaardigheden bij te brengen die het geleerde van het kind bekrachtigen.

Jeugdigen met een LVB hebben moeite met de generalisatie van het geleerde naar het dagelijks leven. Veelvuldig oefenen, in verschillende omgevingen, is bij deze doelgroep van belang om het geleerde vast te houden (De Wit, Moonen, & Douma, 2011).

Er is consensus onder praktijkdeskundigen dat er geen differentiatie nodig is in de aanpak voor jongens en meisjes. De inhoud van storende gedachten kan mogelijk verschillend zijn, maar de aanpak verandert hier niet wezenlijk door. Ook is de aanpak niet wezenlijk verschillend voor jeugdigen met een andere etnisch-culturele achtergrond. Hoewel de inhoud van bepaalde storende gedachten kan verschillen betekent dit niet dat de aanpak inhoudelijk verschilt.
Wel moet bij deze groep rekening gehouden worden met mogelijk beperktere verbale en schriftelijke vaardigheden. Dit vraagt om meer aandacht voor uitbreiding van de emotionele woordenschat, zo nodig een vereenvoudiging van de werkwijze en het regelmatig checken of de jeugdprofessional en de jeugdige en de ouders het over hetzelfde hebben.

Evenals bij de toepassing van gedragstherapeutische principes is aangegeven, vraagt deze werkwijze niet alleen om een aanvullende scholing, maar ook om terugkerende methodische werkbegeleiding en borging van de werkwijze. Om de behandelintegriteit te waarborgen is het belangrijk de uitvoering van de hulp te monitoren. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden met checklists in de dagrapportage waarin standaard terug wordt gekomen op het cognitief-gedragstherapeutische aspect van de behandeling van de jeugdige.

4.8 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies en de overige overwegingen beveelt de werkgroep het volgende sterk aan:

1. Pas cognitief-therapeutische principes alleen toe in aanvulling op gedragstherapeutische principes.

2. Richt je als jeugdprofessional in de behandeling van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen op het vergroten van probleemoplossingsvaardigheden, zelfmanagementvaardigheden, waarnemingsvaardigheden en vaardigheden in het maken van juiste gevolgtrekkingen. Werk daarbij met geprotocolleerde interventies.

3. Werk niet aan het direct achterhalen en uitdagen van storende gedachten. Dit is het werk van hiertoe opgeleide cognitief gedragstherapeuten. Beïnvloed storende gedachten wel indirect door succeservaringen (oefenen van nieuw gedrag) te bewerkstelligen en te bekrachtigen.

4. Voorkom dat je onbedoeld in je bejegening gedachten bekrachtigt die een negatief zelfbeeld versterken.

5. Werk aan de generalisatie van datgene wat de jeugdige in de therapie heeft geleerd, door in de dagelijkse routine regelmatig helpende zinnen te gebruiken of jeugdigen in te seinen zulke zinnen te gebruiken, of terug te komen op kernbegrippen die aan bod komen in therapie of training.

6. Betrek ouders en het bredere systeem bij de aanpak en begeleid hen bij het (voor zover mogelijk) overnemen van deze aanpak.

7. Draag zorg voor aanvullende opleiding, methodische werkbegeleiding en monitoring van jeugdprofessionals om een programma-integere aanpak te bewaken.

Hoofdstuk 5

Jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in het onderwijs

5.1. Inleiding

Kinderen en jongeren met gedragsproblemen ondervinden vaak problemen op school. Gedragsproblemen kunnen een belemmering vormen voor het onderwijsproces en kunnen leiden tot minder goede onderwijsresultaten. Hierdoor is het risico op schoolverzuim, schooluitval en delict bij jeugdigen met gedragsproblemen groter dan bij jeugdigen zonder deze problemen. Succes op school geeft jeugdigen op korte en lange termijn een gunstig perspectief. Om het belang van deelname aan school te benadrukken wordt bij de beantwoording van de vraag gestart met een beschrijving van de relatie tussen gedragsproblemen enerzijds en schoolproblemen en schooluitval anderzijds, en van de consequenties van schoolverzuim en schooluitval op korte en lange termijn.

Dit hoofdstuk richt zich primair op de vraag wat de jeugdprofessional in samenwerking met ouders en school kan doen om te bevorderen dat jeugdigen naar school (blijven) gaan. Wanneer jeugdigen gedragsproblemen hebben, vraagt dat niet alleen aandacht voor de opvoeding van de jeugdige in zijn gezinssituatie, maar ook voor de leeromgeving in school, zodat hij naar school blijft gaan.

Het is de taak van het onderwijs om met leerlingen toe te werken naar een startkwalificatie, zodat leerlingen daarna kunnen participeren op de arbeidsmarkt. Om een startkwalificatie te kunnen behalen is het belangrijk dat leerlingen in een optimale leeromgeving verkeren. In het kader van deze richtlijn is gezocht naar aanwijzingen in de literatuur, over wat de taak en rol van jeugdprofessionals hierbij is. De richtlijn gaat niet specifiek in op wat school kan doen om de leeromgeving te versterken. Programma's die op school worden uitgevoerd om de leeromgeving op school te versterken komen in dit hoofdstuk wel aan de orde zodat de jeugdprofessional kan aansluiten bij programma's die op school (kunnen) worden uitgevoerd.

Uit de geraadpleegde literatuur blijkt dat wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van interventies en beleid om schoolverzuim en uitval te voorkomen en terug te dringen zeer beperkt beschikbaar is. Een belangrijke reden voor het ontbreken van Nederlands onderzoek is dat de diverse initiatieven om schooluitval te voorkomen in Nederland vaak tijdelijk (projectmatig) zijn of regionaal zijn georganiseerd, waardoor landelijk onderzoek naar effecten niet goed mogelijk is. De Nederlandse onderzoeken die zijn uitgevoerd betreffen met name proces-evaluaties (Steeg & Webbink, 2006). In het buitenland is een klein aantal studies uitgevoerd naar de effectiviteit van interventies gericht op het voorkomen en verminderen van schoolverzuim en schooluitval. Kennis over de effectiviteit van interventies is dan ook vooral gebaseerd op internationaal onderzoek.

Goei en Kleijnen (2009) hebben een uitgebreide literatuursearch gedaan naar onderwijs aan zorgleerlingen met gedragsproblemen. Zij constateren dat ook het aantal onderzoeken met een (quasi)experimentele opzet specifiek over jeugdigen met gedragsproblemen op school beperkt is. De gevonden literatuur kenmerkt zich volgens Goei en Kleijnen vooral door single case studies en onderzoek met een beschrijvend en correlationeel design.
De bewijskracht van de gevonden studies, volgens de typering van kwaliteit van onderzoek die in de Databank Effectieve Jeugdinterventies wordt gehanteerd, is (zeer) zwak. Dit betekent

dat de wijze waarop jeugdprofessionals en opvoeders kunnen bevorderen dat jeugdigen met gedragsproblemen naar school (blijven) gaan in deze richtlijn met name onderbouwd wordt met studies met een geringe bewijskracht.
Een aantal van de geraadpleegde studies heeft een sterke(re) bewijskracht: deze betreffen echter alleen een aantal interventies die binnen het onderwijs kunnen worden ingezet zoals Schoolwide Positive Behaviour, Taakspel en PAD.

In dit hoofdstuk wordt de term 'schooluitval' zowel gebruikt voor de uitstroom van leerlingen zonder diploma als voor uitstroom zonder startkwalificatie (voortijdig schoolverlaten). Onder schoolverzuim wordt spijbelen of ongeoorloofd verzuim tot vier weken verstaan.

5.2 Gedragsproblemen en schoolverzuim en schooluitval

5.2.1 Relatie gedragsproblemen schoolverzuim en uitval

Uit verschillende bronnen komt naar voren dat gedragsproblemen een belemmering kunnen vormen voor het onderwijsproces en tot minder goede onderwijsresultaten en schoolverzuim kunnen leiden. Schoolverzuim en slechte schoolprestaties zijn belangrijke voorspellers voor schooluitval.

Gedragsproblemen en schoolverzuim
Ongeoorloofd schoolverzuim is een belangrijke voorspeller van schooluitval (Hartkamp, 2005). Uit onderzoek blijkt dat de kans op schoolverzuim wordt vergroot door onder andere impulsiviteit, aandachtstoornissen, hyperactiviteit (Kearney, 2008). Spijbelen komt vaker voor bij leerlingen die delinquent gedrag vertonen en/of drugs gebruiken, dan bij leeftijdsgenoten die dit niet doen (Dowrick & Crespo, 2005).
Uit Nederlandse onderzoeken naar thuiszitters (leerplichtigen die langer dan vier weken ongeoorloofd van school verzuimen) van Ingrado (2010 a/b) komen gedragsproblemen (20,8 procent) en psychische problematiek (17,6 procent) als meest voorkomende hoofdredenen voor thuiszitten naar voren.

Deze schoolproblematiek wordt ook vaak gezien bij jeugdigen met een LVB/zwakbegaafdheid en gedragsproblemen. Onderzoek uit 2003 (Radema, Van der Steenhoven, & Van Veen, 2003) laat zien dat het aandeel thuiszitters met een LVB en gedragsproblemen binnen de totale groep van gerapporteerde thuiszitters groot is. Uit de dossiers van 200 thuiszitters blijkt dat 46 procent van hen een LVB en gedragsproblemen heeft en bij nog eens 14 procent bestaat hiervoor een sterk vermoeden. Thuiszitten kwam het minst voor bij degenen met een IQ tussen 50-59 24 (11 procent) en het meest bij degenen met een IQ tussen 70-85 (53 procent) . Leerplichtige thuiszitters met een LVB waren gemiddeld twaalf jaar oud.

Schoolprestaties en schoolse competenties
Slechte schoolprestaties blijken eveneens een belangrijke risicofactor voor schoolverzuim en schooluitval (Dowrick & Crespo, 2005; Traag & Van der Velden, 2008). Voortijdig schoolverlaters in het voortgezet onderwijs hebben aan het eind van de basisschool al minder goede schoolresultaten. Ook blijven zitten als gevolg van onvoldoende schoolprestaties blijkt een

risicofactor voor uitval (Alexander, Entwisle, & Kabbani, 2001; Battin-Pearson, Newcomb, Abbott, Hill, Catalano, & Hawkins, 2000). Goede schoolprestaties en vertrouwen in een succesvolle schoolloopbaan zijn beschermende factoren voor ongeoorloofd schoolverzuim (Dowrick & Crespo, 2005).
Herweijer (2008) verwijst in een overzicht van risicofactoren voor schooluitval naar handicaps of stoornissen van jeugdigen die een reguliere schoolloopbaan in de weg kunnen staan. Jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen kunnen moeite hebben met het behalen van een startkwalificatie.
Gedrag zoals concentratieproblemen, druk gedrag en agressief gedrag kunnen leiden tot belemmeringen in het onderwijsproces en tot minder goede onderwijsresultaten waardoor de onderwijsloopbaan minder succesvol verloopt (Onderwijsraad, 2010).

Sekse
Herweijer (2008) verwijst naar het verschil in schooluitval bij jongens en meisjes. Jongens vallen vaker uit dan meisjes. Als mogelijke verklaring hiervoor ziet Herwijer het verschil in de wijze waarop problemen worden geuit. Jongens vertonen vaker externaliserend probleemgedrag en meisjes vaker internaliserend probleemgedrag.

Leeftijd
Ongeoorloofd schoolverzuim of thuiszitten komt in alle leeftijden voor (vijf tot negentien jaar) waarbij het aantal oploopt met het ouder worden. Vanaf het dertiende jaar, vlak na de overgang naar het voortgezet onderwijs, is er een sterke stijging van het aantal thuiszitters. Het regulier voortgezet onderwijs vraagt meer van leerlingen dan het basisonderwijs: van jeugdigen wordt meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid gevraagd doordat de school groter is en zij met meerdere leraren te maken krijgen in verschillende lessen.
Bij alle leeftijden vormt gedragsproblematiek een belangrijke reden bij thuiszitten: dus ook bij kinderen tot twaalf jaar in de basisschoolleeftijd. Daarnaast zijn er ook thuiszitters geregistreerd die als gevolg van wachtlijsproblemen bij doorverwijzing naar speciaal onderwijs niet naar school gaan. Ook bij deze groep kan sprake zijn van gedragsproblemen (Ingrado, 2010 a/b).

Rol school en ouders
In de handleiding voor Multisysteemtherapie (MST), een studie van de Nationale Ombudsman en een studie naar thuiszitters in de GGZ wordt beschreven dat zowel de opstelling van ouders en school als de relatie tussen ouders en school een belangrijke rol spelen bij schoolverzuim en schooluitval van jeugdigen met gedragsproblemen.
Jongeren met antisociaal gedrag hebben bij verwijzing naar MST meestal al de nodige ervaring met spijbelen, tijdelijke en/of onvoorwaardelijke schorsing en beperkte schoolresultaten. De ouders en leraren van deze jongeren zijn vaak onzeker, gefrustreerd en boos en zelfs wanhopig over de beperkte resultaten en gedragsproblemen van de jongere. Daardoor ontstaat het risico dat beide partijen elkaar onderling verwijten gaan maken. Ouders kunnen school de schuld gaan geven van de problemen en schoolpersoneel kan ouders verwijten onvoldoende ondersteuning te bieden of betrokken te zijn. Hierdoor kan het contact tussen school en ouders vijandig of verbroken zijn (Henggeler et al., 2010).
Ook het rapport van de Nationale Ombudsman (2011) laat zien dat bij thuiszitters conflicten of

onenigheid tussen ouders en school vaak voorkomen: school geeft vaak aan dat er lastige en onwillige ouders zijn; ouders vinden dat zij weinig invloed hebben, terwijl zij juist het gedrag en de beperkingen van hun kind goed kennen. In het rapport over thuiszitters die in behandeling zijn van een GGZ-instelling wordt eveneens geconstateerd dat de ouders vaak geen contact (meer) hebben met school. Ouders zijn de belangrijkste hulpbron voor jongeren. Van school ervaren ondervraagde thuiszitters weinig steun. Uit dit rapport blijkt daarnaast dat ook de behandelaar van de jongeren vaak geen contact heeft met school (Sleeboom, Hermanns, Buysse, & Hilhorts,2009).

5.2.2 Consequenties van schoolverzuim en schooluitval op korte en lange termijn

Vooral de consequenties van schoolverzuim en uitval op langere termijn komen in de geraadpleegde literatuur naar voren. De bezorgdheid over schooluitval is doorgaans gebaseerd op de mogelijke consequenties met betrekking tot de kansen op de arbeidsmarkt of maatschappelijke participatie.
Schooluitval kan de voorbode zijn van 'uitval' uit de samenleving in de vorm van werkloosheid, sociale uitsluiting en deelname aan criminele activiteiten. Schooluitval brengt kosten met zich mee voor het individu maar ook voor de maatschappij. De kosten van schooluitval voor het individu zijn in te delen in arbeidsmarktfactoren (lagere lonen, grotere kans op werkloosheid, gebrekkig ontwikkelingsperspectief) en niet-economische factoren zoals een slechtere gezondheid (onder andere grotere kans op depressie) en een lager gevoel van eigenwaarde. Empirisch onderzoek naar effecten van schooluitval voor het individu richt zich met name op perspectieven op de arbeidsmarkt en dan vooral op het inkomen. Er is een samenhang tussen opleidingsniveau en arbeidsmarktpositie. Een causale relatie is niet vastgesteld (Steeg & Webbink, 2006).
Het verschil op de arbeidsmarkt tussen jongeren zonder en met startkwalificatie is echter groot (De Vries, in Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 2009). Naarmate het opleidingsniveau toeneemt, wordt ook de kans op een baan aanmerkelijk groter. Jeugdwerkloosheid kan leiden tot langdurige langs de kant staan (WRR, 2009).

Succes in opleiding en werk zijn twee van de sterkste voorspellers van gunstige lange termijnresultaten voor jongeren met anti-sociaal gedrag (Samson & Laub, in Henggeler et al., 2010). Uit longitudinaal onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat sociale competenties en schoolse competenties die op de basisschool leeftijd verworven worden, gunstige effecten hebben die twintig jaar later nog merkbaar zijn (Obradivić, Burt, & Masten, 2010).

In de geraadpleegde literatuur is een aantal consequenties op de korte termijn beschreven. De thuiszitters die geïnterviewd zijn in het kader van het onderzoek in de GGZ noemen zelf de volgende consequenties: verveling, achterstand in opleiding en beperkte contacten met leeftijdgenoten. De meeste thuiszitters hebben geen alternatieve dagbesteding. De voornaamste bezigheden zijn blowen, achter de computer zitten en in bed liggen (Sleeboom et al., 2009).
Ook blijkt uit het onderzoek naar thuiszitters in de GGZ dat van de respondenten die geheel of gedeeltelijk thuiszitten respectievelijk 47 procent en 39 procent in schoolniveau is afgedaald, tegenover 15 procent van de niet-thuiszitters. Het langdurig niet of gedeeltelijk naar school gaan betekent niet alleen een periode geen onderwijs kunnen volgen en daarmee een bepaalde

periode geen leerstof op kunnen nemen van het schoolcurriculum. Het betekent een breuk in het meedoen aan de samenleving die niet altijd meer hersteld kan worden en zelfs kan leiden tot marginalisering (Sleeboom et al., 2009).
Daarnaast blijkt uit de literatuur dat er sprake is van samenhang tussen schoolverzuim en uitval en criminaliteit. Criminaliteit bij voortijdig schoolverlaters komt vaker voor: uiteenlopend van vechtpartijen en wapenbezit tot winkeldiefstal, zakkenrollerij en straatroof (geregistreerd voorafgaand aan schooluitval).
De causaliteit is niet duidelijk (Is schoolverzuim en -uitval de oorzaak van criminaliteit of andersom, of is er een derde variabele?). Wel kan binding met school en het behalen van een diploma tegengaan dat jongeren vervallen tot delinquent gedrag. Het is een beschermende factor voor delinquentie: het betekent status, zelfvertrouwen en toekomstperspectief (WRR, 2009).

5.3 Bevorderen dat jeugdigen met gedragsproblemen naar school (blijven) gaan

Hulpverlening en zorg voor jeugdigen met gedragsproblemen met als doel het verminderen of voorkomen van schooluitval, schoolverzuim en problemen op school, kan plaatsvinden in en om de school, thuis in het gezin met de ouders, of kan individueel gericht zijn op de jeugdige.
Een brede aanpak gericht op zowel de school als op de ouder als op de jeugdige, heeft cumulatieve effecten en werkt effectiever dan interventies die uitsluitend gericht zijn op ouders of jeugdigen (Goei & Kleijnen, 2009; Junger-Tas, 2002). Preventieve interventies gericht op jongeren die zich nog in het onderwijs bevinden zijn succesvoller dan curatieve programma's gericht op jongeren die zijn uitgevallen (Steeg & Webbink, 2006).

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van literatuur over de aanpak en interventies die bevorderen dat jeugdigen naar school (blijven) gaan. Achtereenvolgend wordt een overzicht gegeven van de zorg en hulpverlening in en om de school, ouderbetrokkenheid en zorg voor ouders en gezin en interventies gericht op de jeugdige.

De overheid heeft de afgelopen jaren beleid ontwikkeld en uitgevoerd gericht op het terugdringen van schooluitval en schoolverzuim. Aan het eind van deze paragraaf wordt in een apart kader een kort overzicht gegeven van overheidsbeleid in Nederland om te bevorderen dat jeugdigen naar school blijven gaan.

5.3.1.Zorg en hulpverlening in en om de school

De school speelt een belangrijke rol in het bevorderen dat jeugdigen met gedragsproblemen naar school (blijven) gaan. Uit Amerikaans effectonderzoek komen programma's die de schoolorganisatie en klassenmanagement veranderen als meest effectief naar voren in het bestrijden van schoolverzuim en uitval (Junger-Tas, 2002).
Voor het organiseren van zorg in en om de school om te bevorderen dat jeugdigen naar school blijven gaan, komen in de literatuur enerzijds interventies naar voren die ingezet kunnen worden op school; anderzijds wordt verwezen naar voorzieningen of zorgstructuren in en om de school. De literatuur biedt daarbij een beperkt aantal aanwijzingen over de rol en taak die jeugdhulp(medewerkers) kunnen nemen binnen de school en in de ondersteuning van leraren.

5.3.1.1 Zorgstructuur in en om de school

Voor de zorg aan jeugdigen met gedragsproblemen bestaan binnen het Nederlandse onderwijsveld verschillende voorzieningen en zorgstructuren. De organisatie van zorg in en om de school is aan verandering onderhevig. Zowel de invoering van Passend onderwijs (zie kader aan het eind van deze paragraaf) als de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten heeft consequenties voor de zorgstructuur in en om de school.

Multidisciplinair overleg

Bij complexe psychosociale problemen hebben jeugdigen en ouders zorg en hulpverlening nodig van de lokale voorzieningen en de jeugdhulp. In een multidisciplinair overleg (MDO) werken scholen samen met leerling en ouders samen met professionals onder andere uit wijk- of buurtteam of jeugdhulporganisaties of het Samenwerkingsverband (SWV) om leerlingen met problemen snel en adequaat te helpen. Leraren zijn belangrijke signaleerders van en informanten over de problematiek bij jeugdigen. Het MDO zorgt voor een goede aansluiting met verschillende professionals voor effectieve, efficiënte en goed afgestemde hulpverlening. Goede samenwerking tussen de school en zorgpartners voorkomt escalatie van problemen met en van leerlingen. Samenwerking zorgt voor afgestemde onderwijs-zorgarrangementen en een passend en samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning voor elk kind.

Cluster 4 onderwijs

Het speciaal onderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs zijn bedoeld voor jeugdigen die wegens een handicap of ernstige leer- of gedragsproblemen extra zorg op school nodig hebben. Het onderwijs wordt afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden van de leerling. Het onderwijs richt zich op de emotionele en cognitieve ontwikkeling, op de ontwikkeling van creativiteit, het verwerven van noodzakelijke kennis en van sociale, culturele en lichamelijke vaardigheden.

Scholen voor speciaal onderwijs zijn ingedeeld in vier clusters. Cluster 4, één van deze clusters, bestaat uit scholen die onderwijs en zorg bieden voor leerlingen met een psychiatrische of gedragsstoornis.

Wanneer is vastgesteld dat een jeugdige extra zorg nodig heeft dan kan de jeugdige worden geplaatst op een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs of wordt er voor de jeugdige binnen het regulier onderwijs extra begeleiding gerealiseerd. In het laatste geval geeft een ambulant begeleider individuele begeleiding aan de jeugdige op een reguliere school en stelt hiervoor een begeleidingsplan op. Daarnaast geeft de begeleider voorlichting, advies en ondersteuning aan de leraren en begeleiders op de school. Bij vragen kunnen de leraren van de reguliere school terugvallen op de ambulante begeleider.

Naast deze geïndiceerde ambulante begeleiding, zijn er mogelijkheden voor preventieve ambulante begeleiding voor leerlingen. Deze hulp wordt gegeven door leraren van scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs en richt zich niet alleen op de leerling, maar ook op het begeleiden van de leraren van de ontvangende school.

Passend Onderwijs
Alle jeugdigen hebben recht op onderwijs. Zij verdienen een plek in het onderwijs die past bij hun mogelijkheden, hen uitdaagt en rekening houdt met hun beperking. Het uitgangspunt is een plek in het regulier onderwijs, zo worden ze zo goed mogelijk voorbereid op de toekomst in de samenleving. Het speciaal onderwijs blijft bestaan voor jeugdigen die dat nodig hebben. Alles over passend onderwijs vind u op *https://www.passendonderwijs.nl/*.

Overheidsbeleid is er dus op gericht om de scheiding tussen regulier onderwijs en speciaal onderwijs te verminderen. Onderzoek naar de voor- en nadelen van speciaal onderwijs of deelname aan regulieronderwijs met ondersteuning vallen buiten het kader van deze richtlijn.

LECSO
Het landelijk expertisecentrum speciaal onderwijs is een vereniging voor besturen met hun scholen in het speciaal- en voortgezet speciaal onderwijs. Zij ondersteunen leden bij het streven naar een passende plek in het onderwijs voor alle kinderen/jongeren met een specifieke onderwijsbehoefte en het realiseren van een duurzame maatschappelijke positie voor deze kinderen/jongeren. Als vereniging richten zij zich op leden die onderwijsarrangementen bieden aan leerlingen met een specifieke onderwijsbehoefte. Het Lecso is onderdeel van de PO-Raad.

Onderwijs Zorgarrangementen
Sommige kinderen hebben naast ondersteuning in het onderwijs ook jeugdhulp en/of zorg nodig. Alleen dan kunnen ze zich fysiek en mentaal optimaal ontwikkelen. Voor die leerlingen bestaat het onderwijs-zorgarrangement (oza). Een onderwijs-zorgarrangement combineert onderwijs en zorg en is een integrale samenwerking tussen onderwijs, jeugdhulp en/of zorg. Dit is altijd maatwerk: de behoefte van een leerling of groep leerlingen bepaalt de aard van het arrangement.

Een onderwijs-zorgarrangement (oza) is een integrale samenwerking rondom kind(-eren) en ouders tussen onderwijs, jeugdhulp en/of zorg. Deze samenwerking komt tot stand omdat sommige kinderen naast ondersteuning in het (speciaal) onderwijs ook jeugdhulp en/of zorg nodig hebben. Zo kunnen kinderen zich fysiek en mentaal optimaal ontwikkelen zowel op school, thuis als in de vrije tijd. We onderscheiden onderwijszorgarrangementen rondom een individueel kind en voor groepen kinderen. Onderwijs-zorgarrangementen zijn er zowel in het regulier als speciaal onderwijs. Een oza is altijd maatwerk: de behoefte van de leerling of een groep leerlingen bepaalt de samenstelling.

Het gaat om een arrangement waarin onderwijs en een of meerdere instellingen het liefst structureel samenwerken met ouders en leerling, op basis van één gezin, één kind, één plan en één regisseur. Dat gebeurt vaak op initiatief van de school, omdat zij ondersteuningsbehoeften bij het kind signaleren waar zij niet direct in kunnen voorzien. Daarbij ligt de focus op het kind: hoe kan dit kind het beste ondersteund worden? Maar ook op de ouders, familie, leerkracht en klas: hoe kunnen zij een ondersteunende omgeving bieden? Uitgangspunt is het versterken van de eigen kracht van de leerling en diens omgeving, op basis van afspraken die gemeente, jeugdhulporganisaties, zorgverzekeraars en/of zorgkantoren met onderwijs maken.

Meerdere partijen brengen de ondersteuningsbehoeften in kaart. Er bestaat immers grote samenhang in hoe het kind thuis, op school en in z'n vrije tijd functioneert. Ook het ontwikkelingsperspectief op lichamelijk, cognitief, psychisch en emotioneel gebied is van belang. Zo ontstaat een integraal beeld. Dit vormt de basis voor ondersteuningsafspraken tussen de partijen. Zo heeft het kind een herkenbare, veilige structuur om zich te ontwikkelen.

Een onderwijs-zorgarrangement richt zich op leerlingen met een onderwijs- en ondersteuningsbehoefte waarin regulier of speciaal onderwijs niet alleen kunnen voorzien. Het doel is een in samenspraak vastgesteld ontwikkelingsperspectief, inclusief het bevorderen van de schoolloopbaan van de leerling, via een integrale aanpak op school, in de vrije tijd en thuis.
Plusvoorzieningen
Plusvoorzieningen zijn geen nieuw schooltype, maar een uitbreiding van het aanbod op bestaande scholen voor voortgezet en middelbaar (beroeps)onderwijs. Ze richten zich op 'overbelaste' jongeren van 12 tot 23 jaar. Onder overbelaste jongeren worden jongeren verstaan die door een opeenstapeling van problemen, waaronder gedragsproblemen, een groot risico lopen op maatschappelijke uitval. Plusvoorzieningen bieden een samenhangende aanpak van onderwijs, zorg, arbeid en andere vormen van gerichte ondersteuning. Het bieden van structuur en verbondenheid is daarbij van groot belang. Plusvoorzieningen kenmerken zich onder andere door kleinere onderwijsgroepen en snelle beschikbaarheid van zorgverlening, zoals schuldhulpverlening, verslavingszorg of woonbegeleiding. De problematiek rondom overbelaste jongeren kan regionaal verschillen. Dat maakt dat de plusvoorziening veel verschijningsvormen kan hebben. De vormgeving is afhankelijk van het aantal jongeren dat als overbelast aangemerkt kan worden, de aard van hun problematiek en de voorzieningen die al aanwezig zijn in de regio. De vormen variëren van licht (extra inzet van pluscoaches op school) tot zwaar (apart gebouw met 24-uurs opvang voor probleemjongeren).

Reboundvoorzieningen
Reboundvoorzieningen bieden aan jongeren met (gedrags)problemen op de middelbare school de mogelijkheid tijdelijk buiten school te werken aan hun problemen. Deze voorzieningen bieden zowel onderwijs als zorg. Voor kinderen op de basisschool is een dergelijke time-out voorziening nog nauwelijks beschikbaar. Een aantal pilots is gestart. Reboundvoorzieningen (of vergelijkbare projecten) zijn inmiddels in heel Nederland beschikbaar. De effectiviteit van reboundvoorzieningen is nog niet onderzocht. Uit monitoronderzoek komen wel positieve resultaten naar voren (Van Veen, Van der Steenhoven, & Kuijvenhoven, 2007).

Onderwijsconsulent
Onderwijsconsulenten bemiddelen en adviseren bij individuele problemen rond de toelating van geïndiceerde leerlingen (zorgleerlingen) op school, zowel bij basisscholen als bij scholen voor voortgezet onderwijs. Zowel ouders, leerlingen als scholen kunnen een beroep doen op de onderwijsconsulenten.
Vanaf het schooljaar 2015-2016 zijn er onderwijszorgconsulenten beschikbaar voor ouders en scholen die problemen ervaren bij het ontwikkelen van een onderwijszorgarrangement voor een individuele leerling en daar samen niet uitkomen. Het gaat om leerlingen voor wie zorg op school voorwaardelijk is voor het kunnen volgen van onderwijs.

Onderwijszorgconsulenten kunnen ouders en scholen helpen om individueel en op maat tot goede afspraken te komen over de inzet van de zorg op school. Ouders en scholen kunnen een beroep doen op een onderwijszorgconsulent indien zij samen niet tot afspraken kunnen komen over een onderwijszorgarrangement. De onderwijszorgconsulenten zijn beschikbaar voor knelpunten bij onderwijszorgarrangementen waarbij sprake is van een zorgindicatie uit de Wet Langdurige Zorg, de Zorgverzekeringswet of de Jeugdwet (2014).
Onderwijszorgconsulenten kunnen activeren, adviseren en bemiddelen. Ze gaan om tafel met de ouders, de school en met zorgaanbieder/betrokken organisaties vanuit de zorg om maatwerk daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Meer informatie op: https://onderwijsconsulenten.nl/advies/onderwijszorgconsulenten/.

5.3.1.2 Interventies op school en in de klas

In de literatuurstudie die door Goei en Kleijnen (2009) voor de Onderwijsraad is uitgevoerd naar de vraag hoe het onderwijs aan zorgleerlingen met gedragsproblemen kan worden verbeterd, komt naar voren dat de omgang met leerlingen met gedragsproblemen vanuit alle niveaus van de schoolorganisatie moet worden aangepakt. Daarnaast blijkt dat leraren een spilfunctie vervullen in het omgaan met leerlingen met gedragsproblemen.
Schoolbrede gelaagde modellen
Er zijn aanwijzingen dat schoolbrede en gelaagde modellen gedragsproblemen op school kunnen verminderen. Schoolbreed betekent dat de programma's worden uitgerold over de hele school (dus niet alleen in de klas, maar ook op de speelplaats, in de kantine en in de buurt) en wordt uitgevoerd door alle bij de leerling betrokken actoren. Gelaagd betekent dat er een aantal niveaus worden onderscheiden bij het realiseren van een goed onderwijsaanbod.

Figuur 5.1. Schoolbreed en gelaagd programma

Bij de eerste laag (80 procent van de leerlingen) gaat het om een programma dat de leraar kan uitvoeren in de klas. Gedrag wordt gedefinieerd en onderwezen; goed gedrag wordt beloond en consequenties voor afwijkend gedrag zijn helder. Deze gedragsondersteuning is ingebed in het klassenmanagement en maakt gebruik van effectief gebleken instructievormen.

De tweede laag (voor de 15 procent risicoleerlingen) bestaat uit interventies die de leraar met ondersteuning kan uitvoeren in de klas of die op school worden aangeboden aan jeugdigen en ouders. Op dit niveau wordt een multi-componentenbenadering gehanteerd met een goede monitoring van risicoleerlingen, een glasheldere structuur met voorspelbaar gedrag en veel feedback door volwassenen in de school en een intensieve thuis-school communicatie.

De derde laag (voor de 5 procent leerlingen die meer nodig hebben: naast preventie vaak ook curatieve programma's) wordt samen met andere professionals uitgevoerd op schoolniveau en daarbuiten. Veelal wordt gebruik gemaakt van functionele gedragsanalyse, een geïndividualiseerde interventie op basis van een teambrede aanpak en een verhoogde betrokkenheid van ouders en ketenpartners zoals organisaties voor jeugdhulp.

Samenwerking van leraren met ouders en ketenpartners neemt een belangrijke plaats in deze modellen in. De samenwerking is intensiever naarmate de onderwijszorgbehoefte van leerlingen toeneemt.

Voorgaande verdient extra aandacht in geval van jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek. Het realiseren van passend onderwijs aan deze leerlingen - de zogenoemde zmolk'ers (zeer moeilijk opvoedbaar, zeer moeilijk lerend)- vraagt om een integrale aanpak waarbij er samengewerkt wordt met zorgpartners, ouders en collega's (Radema, Van Kessel, & Deen, 2014). Voor de begeleiding van deze jeugdigen is een aantal instrumenten ontwikkeld om met hen aan de slag te gaan, waaronder een stappenplan om te komen tot een onderwijs-zorgarrangement (Radema & Van Kessel, 2014); een beschrijving van een basisaanpak voor deze doelgroep (Radema, 2016); een geactualiseerd competentieprofiel van de leerkracht die met deze doelgroep werkt (Radema, Van Kessel, & Fafieanie, 2016a) en in aanvulling daarop een beschrijving van vier kerncompetenties voor professionals uit zorg en onderwijs die samenwerken om een basisaanpak vorm te geven (Radema, Van Kessel, & Fafieanie, 2016b). Kennis van de inhoud van deze instrumenten is vereist om de ondersteuning van en het onderwijs aan deze jeugdigen zo goed mogelijk vorm te geven.

De literatuur laat zien dat er varianten zijn van deze gelaagde aanpak en dat er internationaal reeds goede resultaten zijn. In Nederland moet goed onderzoek naar deze gelaagde aanpak nog plaatsvinden (Goei & Kleijnen, 2009).

Schoolwide Positive Behaviour Support (SWPBS) is opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies en is een voorbeeld van een schoolbreed programma in het Nederlandse onderwijs. Het oordeel van de erkenningscommissie is dat de interventie goed onderbouwd is. Positief is dat ouders intensief betrokken worden bij de uitvoering. Een ander pluspunt is de nauwe samenwerking met de jeugdzorg, zodat preventie en curatie mooi in elkaar overlopen.

De aanpak omvat interventies voor alle leerlingen en specifieke interventies voor kinderen die extra ondersteuning nodig hebben.
Jeugdhulp speelt in de aanpak van SWPBS een duidelijke rol: een vaste medewerker van jeugdhulp is lid van een gedragsteam van de school. Dit gedragsteam bestaat uit een vertegenwoordiging van de school, ouders, zorgmedewerkers en eventueel leerlingen.
Het gedragsteam bevordert het toepassen van de SWPBS-principes in de school. Zorgwekkend gedrag bij leerlingen wordt geregistreerd en gesignaleerd met behulp van een gedragsmonitor die deel uitmaakt van de aanpak van SWPBS. De resultaten van de monitor worden maandelijks besproken in het gedragsteam. Wanneer een leerling opvalt door gedrag, volgt het gedragsteam die leerling op de voet. Dit maakt het mogelijk om snel zorg op maat in gang te zetten. Als extra begeleiding op school niet voldoet, kan er snel professionele hulp worden gerealiseerd. Doordat de jeugdprofessional in het gedragsteam zit, blijft de school op de hoogte van de hulp die de leerling krijgt. Samen met de ouders kan het gedragsteam bovendien gericht afspraken maken over de begeleiding van de leerling (*www.swpbs.nl*).

Interventies voor alle leerlingen (80 procent)
De aanpak van SWPBS, gericht op alle leerlingen, bevat de volgende onderdelen: een positieve, proactieve benadering, het onderwijzen van gewenst gedrag en actief toezicht houden. Daarnaast wordt gewerkt met positieve beloningssystemen en consequente, duidelijke sancties.

In de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn twee preventieve interventieprogramma's opgenomen die ook voor alle leerlingen in de klas kunnen worden ingezet zoals Taakspel (erkend als Effectief volgens sterke aanwijzingen) en het Programma Alternatieve Denk strategieën (PAD) (erkend als Effectief volgens sterke aanwijzingen). Deze aanpakken kenmerken zich door het bekrachtigen van de gedragsdoelen binnen de klas, vaak met een behavioristische inslag: positief gedrag van leerlingen wordt beloond, omgevingsvariabelen worden gemanipuleerd, sociale vaardigheden worden systematisch aangeleerd. Deze preventieve gedragsprogramma's binnen de klas blijken effectief voor het verminderen van regelovertredend en agressief gedrag in de klas als geheel. Onderzoek naar Taakspel laat zien dat ook kinderen met matige gedragsproblemen reageren op de interventie en dat effecten ook op termijn blijven bestaan. Kinderen met ernstige gedragsproblemen profiteren echter minder van deze programma's (Goei & Kleijnen, 2009).

Interventies voor risicoleerlingen (15 procent)
De aanpak voor risicoleerlingen in SWPBS omvat een intensieve training sociale vaardigheden, individuele pedagogische begeleiding en individuele didactische begeleiding.
Andere voorbeelden van dit soort interventies die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn STOP 4-7 (erkend als Effectief volgens eerste aanwijzingen), SPRINT (erkend als Goed onderbouwd) en Alles Kidzzz (Effectief volgens goede aanwijzingen).
STOP4-7 (Samen sterker Terug Op Pad) is een trainingsprogramma op school voor kinderen tussen vier en zeven jaar die thuis en/of op school ernstige gedragsproblemen vertonen. Naast een training voor kinderen en een training voor ouders bevat het programma ook een training voor leraren. Door de multi-modale aanpak werken alle betrokkenen rondom een kind op eenzelfde wijze samen aan het doorbreken van het negatieve interactiepatroon tussen het kind

en zijn omgeving. De leerkrachttraining bestaat uit vier bijeenkomsten. In bijeenkomst 1 staan zaken op het programma als een theoretische inleiding op antisociaal gedrag en leertheorieën, observeren, basisklimaat, structuur bieden en aanmoedigen. Bijeenkomst 2 gaat over het versterken van positief gedrag en het verminderen van storend gedrag. In bijeenkomst 3 is het versterken van aangeleerde vaardigheden bij kinderen aan de orde. In bijeenkomst 4 wordt aandacht besteed aan moeilijke situaties en communicatie tussen leraren en ouders.
De leraren krijgen ook de gelegenheid om in de kindtraining te observeren en daar actief aan deel te nemen. Tussendoor krijgen de leraren huiswerkopdrachten mee, waarmee zij worden gestimuleerd het geleerde aan hun eigen praktijk te toetsen en uit te proberen. De leraren krijgen op school enkele malen bezoek van de leerkrachtbegeleider met het oog op een toespitsing van de stof in de schoolsituatie. In verschillende onderzoeken zijn positieve resultaten gevonden van STOP4-7 (Elling, 2010).

SPRINT is een interventie gericht op risicoleerlingen. Met SPRINT wordt de ontwikkeling van antisociaal gedrag van basisschoolleerlingen in groep 4 t/m 8 op school vroegtijdig gesignaleerd en via een ouder- en kindtraining doorbroken. SPRINT bewerkstelligt dit door
het bevorderen van vaardigheden voor competent gedrag van het kind en van de opvoed- en monitoringvaardigheden van ouders. De training bestaat uit twaalf wekelijkse individuele bijeenkomsten voor ouders en kinderen apart. De individuele kind bijeenkomsten vinden plaats op school, tijdens schooltijd. De ouderbijeenkomsten worden doorgaans thuis georganiseerd.

Alles Kidzzz is een individuele sociaal cognitieve training-op-maat gericht op risicoleerlingen van negen tot twaalf jaar. Kinderen verbeteren hun sociale cognities, zelfbeeld en vermogen tot woederegulatie, en ontwikkelen alternatief pro-sociaal gedrag. De training bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van 45 minuten met het kind op school. Daarnaast houdt de preventiewerker gesprekken met ouders en leerkracht. Vanwege de intensieve samenwerking met ouders en leerkracht is Alles Kidzzz een contextuele interventie, waarbij ook schoolgebonden en gezinsgebonden factoren aan bod komen

Interventies voor leerlingen die professionele hulp nodig hebben (5 procent)
Voor leerlingen die professionele hulp nodig hebben biedt SWPBS een multidisciplinaire aanpak waarin op basis van een Gedrags Functie Analyse (GFA) een individueel pedagogisch handelingsplan wordt opgesteld. Op basis van dit plan worden intensieve individuele interventies voor jeugdigen en oudertrainingen ingezet. Met ouders wordt intensief samengewerkt. Het plan wordt in samenwerking met ketenpartners opgesteld en uitgevoerd.

Meer informatie over hulp voor ouders en individuele jeugdigen wordt beschreven in paragraaf 5.3.2 en 5.3.3.

Ondersteuning van leraren
Leraren spelen een belangrijke rol in de aanpak van gedragsproblemen op school. Tegelijkertijd zijn er duidelijke aanwijzingen in diverse studies dat leraren handelingsverlegenheid ervaren in de omgang met zorgleerlingen met gedragsproblemen.
De literatuurstudie van Goei en Kleijnen (2009) laat zien dat leerlingen met gedragsproblemen

door de leraar vaak worden benaderd via rigide systemen van gedragsmanagement of met een straffende feedback. Juist deze strategieën blijken minder effectief. Ook blijkt dat leraren in de omgang met leerlingen met gedragsproblemen te weinig gebruik maken van variëteit, samenhang, planmatigheid en systematiek. Dit in tegenstelling tot in de literatuur gevonden evidence based interventieprogramma's ter bevordering van de sociale en emotionele competentie en taakgericht gedrag van leerlingen met gedragsproblemen zoals Taakspel en het Programma Alternatieve Denk strategieën (PAD).
Professionele ondersteuning geeft leraren tools om in te spelen in op de onderwijszorgbehoefte van leerlingen.

Uit onderzoek naar ondersteuning van leraren blijkt dat een belangrijke rol is weggelegd voor hulpverleners in het versterken van de professionaliteit van leraren. Van belang bij de ondersteuning van leraren is onder andere gedegen uitleg (psycho-educatie) aan school over de gedragsproblemen en intensieve consultatie. Gebleken is dat alleen adviseren weinig resultaat oplevert. Frequent beschikbaar zijn, participeren in teams van leerkrachten die samen problemen bespreken en oplossen, en zorgvuldig uitgevoerde consultatietrajecten levert meer op dan een rol van verwijzer en adviseur op afstand (Goei & Kleijnen, 2009). Matthys en Boersma (2018) schreven voor leerkrachten een boek met aandacht voor de aanpak van ernstige gedragsproblemen en psycho educatie.

Multisysteemtherapie (MST) is een voorbeeld van een interventie waarin richtlijnen worden beschreven voor de jeugdprofessional van jeugdigen met gedragsproblemen om leraren te helpen bij de ondersteuning van de vooruitgang op het gebied van schoolprestaties en gedrag van de jongeren. Strategieën die ingezet worden zijn: motiveren en betrekken van leraren bij de problemen van de jongeren en de aanpak van de problemen, analyse van problemen in de klas, aanpak van problemen in de klas en het bevorderen van communicatie tussen de leraar en de ouders (Henggeler et al., 2010).

5.3.2 Partnerschap met ouders en zorg voor ouders en gezin

Zoals genoemd heeft een brede aanpak gericht op zowel school als de ouder en de jeugdige cumulatieve effecten en werkt effectiever dan interventies die uitsluitend gericht zijn op ouders of jeugdigen.

Partnerschap met ouders op school
Uit verschillende bronnen blijkt het belang van samenwerking tussen school en ouders om te bevorderen dat de jeugdige naar school of werk (blijft) gaan.
Onderzoek heeft aangetoond dat ouderlijke betrokkenheid een positieve invloed heeft op de aanwezigheid van de leerling. Leerlingen die van hun ouders aanmoediging en steun krijgen hebben minder kans op schoolverzuim dan jongeren die dit niet krijgen (Kearney, 2008; Jimerson, Egeland, Sroufe, & Carlson, 2000). Wanneer ouders regelmatig en systematisch huiswerk bespreken met hun kinderen, hen helpen en stimuleren, heeft dit een gunstige invloed zowel op leren als op gedrag (Marzano, in Goei & Kleijnen, 2009).

Het belang van de samenwerking tussen school en ouders komt ook naar voren in literatuur over de schoolbrede gelaagde aanpak (zie paragraaf 5.3.1.1). Betrokkenheid op alle drie de lagen is van belang. Vooral op de lagen 2 en 3 blijken interventies meer succes te hebben (zowel met betrekking tot leer- als gedragsdoelen) naarmate ouders meer betrokken zijn bij de interventie (Goei & Kleijnen, 2009). Uit studies naar effecten van consulatie programma's waarbij consultatieteams worden gevormd voor kinderen met gedragsproblemen komt ook het belang van de samenwerking met ouders naar voren. Een consultatieteam, waarin naast een leraar en een hulpverlener in de rol van consultant ook de ouders deelnamen, leverde verbetering van gedrag van de jongere op (Wilkinson, in Goei & Kleijnen, 2009). Bij jeugdigen in alle leeftijden is betrokkenheid van ouders bij school van belang.

Ook in de studie van de Nationale Ombudsman (2011) komt het belang van samenwerking tussen school en ouders naar voren. Bij de cases van kinderen die thuiszitten, ontbreekt het contact tussen school en ouders of is het contact verstoord. De Nationale Ombudsman ziet dan ook als één van de ingrediënten voor een effectieve aanpak (practice based) van thuiszitters dat de aanpak kindgericht moet zijn. Ouders en kind moeten worden betrokken bij de oplossing omdat zij zich in de oplossing moeten kunnen vinden.

Rol jeugdprofessional

De Multisysteemtherapie (MST) is een voorbeeld van een interventie waarin expliciet aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden van de jeugdprofessional om de betrokkenheid van ouders bij school te versterken en de samenwerking tussen ouders en school te verbeteren. De volgende strategieën worden uitgewerkt in MST:

- Ouders betrekken bij het analyseren, ontwikkelen en uitvoeren van interventies op school;
- Ouders betrekken bij het ontwikkelen en uitvoeren van interventies bij het gezin thuis die nodig zijn om de schoolinterventies kracht bij te zetten;
- Een effectieve samenwerking bevorderen tussen de leraren en ouders om het gedrag en de schoolprestaties van de jongere te verbeteren (Henggeler et al., 2010).

In de werkwijze van de Multisysteemtherapie wordt daarnaast aandacht besteed aan de jongeren die niet meer op school zitten. Deze jongeren hebben veel ondersteuning nodig. Ouders moeten daarom een grote mate van toezicht, structuur, hulpmiddelen en stimulans bieden. Ondersteuning van ouders hierbij is één van de strategieën die door de jeugdprofessional wordt ingezet (Henggeler et al., 2010).

De jeugdprofessional heeft niet alleen een belangrijke taak om ouders te ondersteunen in het contact met school maar ook andersom. De jeugdprofessional kan school erg helpen om de contact met ouders te verbeteren.

5.3.3 Zorg en hulpverlening aan jeugdigen

In aanvulling op interventies gericht op school en op ouders kunnen individuele interventies gericht op de jeugdige worden ingezet.

5.3.3.1 (Preventieve) interventies gericht op jeugdigen

Cognitieve gedragstherapie

Van de interventies die op de leerlingen zelf zijn gericht, wijst Junger-Tas (2002) in het bijzonder op de resultaten van programma's gericht op het aanleren van sociale competentie en zelfcontrole door gebruik te maken van technieken uit de cognitieve gedragstherapie. Dit type interventie is effectief in de aanpak van gedragsproblemen, waaronder het verminderen van (sommige vormen van) schoolverzuim (Heyne, King, & Tonge, 2006). Interventies die gebaseerd zijn op principes uit de cognitieve gedragstherapie boeken de beste resultaten als ze ondersteund zijn door activiteiten in het gezin en in de buurt.

Mentor interventies

Junger-Tas (2002) en DuBois, Holloway, Valentine en Cooper (2002) concluderen op basis van Amerikaans effectonderzoek dat ook met tutor- en mentorinterventies, mits goed gestructureerd en voortdurend begeleid, positieve effecten te bereiken zijn. Mentoring is een begeleidende activiteit waarbij een meer ervaren persoon een minder ervaren persoon begeleidt door het uitwisselen van praktische ervaringen en het geven van regelmatige feedback. De mentor kan een medeleerling of een leraar zijn. De begeleiding vindt meestal plaats buiten de lessen. De mentor fungeert als rolmodel en coach (Crul & Kraal, 2004).

Service learning

Bij 'service-learning' worden vaardigheden bij leerlingen ontwikkeld ten dienste van de (lokale) gemeenschap, bijvoorbeeld: schoonmaakacties in de buurt door kinderen, hulp aan kinderdagverblijven of in verzorgingshuizen en het adopteren van een monument. Service-learning bevordert persoonlijke en sociale groei, carrièreontwikkeling en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het heeft bovendien een positief effect op de aanwezigheid van leerlingen op school en de schoolprestaties (Shumer & Duckenfield, 2004). In Nederland is in het voortgezet onderwijs in 2011 gestart met de maatschappelijke stage.

Interventies met positieve beloningen

Volgens Junger-Tas (2002) zijn juist die interventies succesvol waarin jongeren worden aangesproken op hun eigenbelang. Deze projecten bieden allerlei positieve beloningen, zoals financiële beloningen of extra praktijkscholing en training. Door deze positieve beloningen kunnen leerlingen gestimuleerd worden om vaak op school aanwezig te zijn en hun opleiding af te maken.

5.3.3.2 Justitiële interventies

Van Montfoort heeft onderzocht in hoeverre justitiële interventies gericht op schoolverzuim, zoals een HALT afdoening, ROOS en Basta, doeltreffend zijn (Burik, Elderman, Persoon, & Rutten, 2007). Hoewel voortijdige uitval bij de onderzochte programma's beperkt is en de deelnemers de programma's positief beoordelen, blijkt uit het onderzoek dat de interventies onvoldoende helpen om spijbelen van leerlingen tegen te gaan (JGZ-Richtlijn Pesten; Fekkes, Van Gameren-Oosterom, Rosenbrand, De Beer & Kamphuis (2014). De verklaring hiervoor wordt gezocht in het feit dat de interventies zijn gericht op één factor, namelijk de jongere zelf, en er geen sprake is van samenwerking tussen gezin, school, politie en justitie. Daarnaast is bij de

deelnemende jongeren vaak al jaren sprake van verzuim zonder dat preventieve interventies zijn ingezet.

Overheidsbeleid
De gemeente is verantwoordelijk voor een sluitende aanpak bij schoolverzuim en schooluitval. De gemeente is ook verantwoordelijk voor toezicht op de naleving van de Leerplichtwet en voor de uitvoering van de RMC-regelgeving.

Bureau leerplicht
In Nederland gelden de leer- en kwalificatieplicht. De volledige leerplicht duurt tot en met het schooljaar waarin de jongere zestien jaar wordt. Daarna geldt de kwalificatieplicht. Dit houdt in dat jongeren tot achttien jaar onderwijs moeten volgen totdat zij minimaal een diploma op havo, vwo of mbo niveau 2 hebben gehaald.
Scholen zijn verplicht om verzuim te melden bij de gemeente. Via het Digitaal Verzuimloket van de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO, voorheen IB-Groep) wordt de leerplichtambtenaar van de gemeente ingeschakeld. De taak van de leerplichtambtenaar is tweeledig:

- De ouders waarschuwen, oproepen, een proces-verbaal geven, beboeten of een alternatieve straf opleggen.
- Een ondersteunende of begeleidende rol vervullen naar jeugdigen en ouders bij (dreigend) problematisch verzuim.

Regionaal meld- en coördinatiepunt (RMC)
Nederland is ingedeeld in 39 RMC regio's waarin meerdere gemeenten samenwerken. RMC staat voor Regionaal Meld- en Coördinatiefunctie voortijdig schoolverlaters en richt zich op jongeren tussen de 18 en 23 jaar die geen start kwalificatie hebben behaald. De basistaken van het RMC bestaan uit:

- Maken van afspraken met scholen en instellingen over doorverwijzing van voortijdig schoolverlaters naar onderwijs en/of arbeidsmarkt.
- Opzetten regionaal netwerk van ketenpartners.
- Coördinatie van trajecten op weg naar een startkwalificatie.

In sommige RMC-regio's voert de RMC-organisatie de trajectbegeleiding zelf uit terwijl in andere regio's andere organisaties (vaak onderwijsinstellingen) dit doen.
Bureau leerplicht en RMC is bedoeld om schoolverzuim snel te signaleren waardoor tijdig ingegrepen kan worden en uitval mogelijk kan worden voorkomen.

Weer samen naar school (WSNS) en Passend onderwijs
Het project Weer Samen Naar School heeft als doel kinderen in het basisonderwijs die extra zorg en begeleiding nodig hebben, zoveel mogelijk op een reguliere basisschool te houden en niet op scholen voor speciaal onderwijs te plaatsen. Het gaat om leerlingen die gedragsproblemen of moeite met leren hebben.
Basisscholen krijgen extra geld en hulpmiddelen van de overheid om zoveel mogelijk kinderen passende zorg en passend onderwijs te kunnen bieden. Daarnaast is er intensieve samenwerking tussen basisscholen en scholen voor speciaal basisonderwijs (sbo) om de zorg op een zo hoog mogelijk niveau te brengen. Deze aanpak zorgt ervoor dat kinderen met speciale

zorgbehoeften optimaal kunnen presteren op de basisschool. Ook gaan met deze aanpak minder kinderen naar het speciaal onderwijs of een school voor sbo.

Sinds 1 augustus 2014 (Wet passend onderwijs) hebben scholen een zorgplicht. Scholen en schoolbesturen zijn verplicht om te zorgen voor een passende onderwijsplek en passend onderwijs voor elke leerling. In regionale samenwerkingsverbanden Passend onderwijs werken schoolbesturen samen (zowel basisonderwijs als voortgezet onderwijs en zowel regulier als speciaal onderwijs) om passend aanbod voor ieder kind dat bij een school wordt aangemeld of staat ingeschreven. En dat het liefst dicht bij huis. Wanneer een school zo'n passend aanbod zelf niet kan bieden moet de school op zoek naar andere partners om dat wél te kunnen doen. Dat betekent dat scholen meer moeten gaan samenwerken. Hechtere samenwerking met (jeugd)zorgpartners zorgt voor een passend onderwijs- jeugdhulpprogramma voor nog meer leerlingen. In het realiseren van die samenwerking en in het voorbereiden van de benodigde integrale indicatiestelling speelt het multidisciplinaire overleg een belangrijke rol (*www.rijksoverheid.nl*).

Brede Scholen
Brede scholen zijn samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen voor kinderen en jongeren waarin een of meer scholen de spil vormen. In eerste instantie zijn Brede Scholen vooral in het basisonderwijs gerealiseerd, maar de laatste jaren wordt van deze modellen ook in het voortgezet onderwijs gebruik gemaakt. De brede scholen kunnen verschillende doelen hebben. Aanvankelijk ging het vooral om terugdringen van onderwijsachterstanden. Talentontwikkeling voor alle leerlingen is vooral de laatste jaren een belangrijk motief. Andere doelen zijn het zorgen voor opvang en vrijetijdsbesteding en het organiseren van activiteiten voor ouders en buurtbewoners. De school is de spil van de brede school. De belangrijkste partners zijn de kinderopvang, welzijnsinstellingen, sportverenigingen, instellingen voor kunst en cultuur en zorgverleners. Het rendement van brede scholen in termen van effecten op bijvoorbeeld leerprestaties, sociale vaardigheden of ontwikkelingskansen is nog nauwelijks onderzocht. Uit procesevaluaties komt wel naar voren dat de samenwerking tussen voorzieningen wordt verstrekt en kinderen vaker in aanraking komen met kunst en sport (Oomen, Kruiter, Van der Grinten, Van der Linden, & Dubbelman, 2009).

5.4 Overige overwegingen

In aanvulling op de literatuur zijn er vanuit de praktijk een aantal belangrijke overwegingen. De onderzoeksliteratuur heeft in globale zin antwoord gegeven op de vraag hoe de jeugdprofessional bevordert dat jeugdigen naar school blijven gaan. Uit de literatuur komt naar voren dat een brede aanpak nodig is waarin de jeugdprofessional ouders, leraar en jeugdige ondersteunt. De vraag wat dit nu betekent voor het concrete handelen van de jeugdprofessional is voorgelegd aan een klankbordgroep jeugdhulp (met deelnemers werkzaam in de jeugdhulp) en aan een klankbordgroep onderwijs (met schoolpsychologen, werkzaam in het onderwijs).

Contact jeugdhulp en onderwijs
Tussen praktijkdeskundigen uit de jeugdhulp en uit het onderwijs bestaat overeenstemming over de noodzaak van contact tussen jeugdprofessional en school. In de praktijk merken

jeugdprofessional dat leraren vaak pas om hulp vragen, als het probleemgedrag al zodanig is dat het gedrag niet meer te hanteren is in de klas. Om (volledig) schooluitval te voorkomen dient de jeugdprofessional dan ook altijd contact te leggen met school om waar mogelijk preventief te kunnen optreden. Contact met school wordt altijd in samenspraak met ouders en, afhankelijk van de leeftijd, met de jeugdige gelegd. Over de frequentie van het contact tussen de jeugdprofessional en school worden in onderling overleg afspraken gemaakt. Regelmatig contact maakt het mogelijk zorgelijke signalen tijdig op te pakken en bij problemen snel te reageren.

Uit de evaluatie van passend onderwijs (2017) bleek dat leerkrachten regelmatig een probleem signaleren, dat door ouders niet herkent wordt. Het is daarmee voor leerkrachten lastig om ouders in hulpverlening te betrekken of te motiveren voor hulp. Een leerkracht kan zich in die situatie machteloos en niet erkend voelen. Jeugdhulpverleners zouden zich open moeten opstellen voor de nood van leerkrachten. Rekening houdend met het proces dat ouders doorlopen, in het (h)erkennen van de problemen van hun kind. Realiseer je als hulpverlener dat het jouw taak is om in de driehoek school, ouders en hulpverlening het gesprek op gang te houden en goed met elkaar te overleggen over de juiste hulp. Focus je hierbij meer op de inhoud in plaats van op functie: wát moeten doen, in plaats van wié moet het doen?

Aanvullend daarop: richt als jeugdprofessional je interventies op de leerkracht die dagelijks werkt met het kind. Het gaat om de samenwerking die je hebt met de leerkracht van het kind.

Eén systeem, één plan
De jeugdprofessional en school werken samen vanuit het principe 'één systeem, één plan' en dus niet met een apart onderwijsplan en een apart zorgplan. Van een dergelijk geïntegreerd zorgaanbod profiteren alle betrokken partijen. Uit praktijkvoorbeelden van samenwerking tussen ambulante schoolbegeleiding en poliklinische kinder- en jeugdpsychiatrie komt naar voren dat de samenwerking bijdraagt aan de diagnostiek en behandeling maar ook aan een toenemende expertise van reguliere scholen waardoor de scholen beter zijn toegerust om met kinderen met stoornissen om te gaan en kinderen een reële kans krijgen in het regulier onderwijs (De Pagter, Stallen, & Matthys, 2008).

De samenwerking tussen jeugdhulp, school en ouders is in verschillende fases van de zorg belangrijk: de onderzoeksfase, het opstellen van een plan en bij de uitvoering en evaluatie van de hulp.
De jeugdprofessional verzamelt informatie over het functioneren op school (zowel wat betreft gedrag als leerprestaties) bij meerdere bronnen: de jeugdige zelf, de ouders en school. Naast contact met de leraar is het wenselijk contact tot stand te brengen met functionarissen binnen de school die zicht hebben op de geschiedenis van de leerling zoals een intern begeleider, een schoolpsycholoog, orthopedagoog of, bij kleine scholen, de directeur.

De jeugdprofessional kijkt niet alleen naar de risicofactoren van het kind, maar kijkt ook naar risicofactoren in het bredere systeem (bijvoorbeeld psychopathologie van ouders, druk vanuit de peergroup of risicofactoren op school). Hij analyseert deze risicofactoren samen met het

systeem en inventariseert gezamenlijk de krachten en mogelijkheden voor verandering. Na het opstellen van een gezamenlijk plan, vindt het monitoren van de uitvoering van het plan ook gezamenlijk plaats. Om te komen tot een plan kan het nodig zijn eerst te investeren in relatieherstel tussen school en ouders.

Bij lichte problematiek worden lichte middelen ingezet, maar bij ernstige problematiek is het wenselijk te schakelen naar een intensievere aanpak en niet te blijven hangen in het inzetten van lichte middelen zonder resultaat.

Onder de praktijkdeskundigen bestaat consensus over de beschikbaarheid van de jeugdprofessional bij eventuele problemen. Het is belangrijk dat hij aanwezig is, daar waar het probleem zich voordoet. De jeugdprofessional moet snel kunnen reageren en snel langs kunnen komen (brandjes blussen), maar ook zorgdragen voor structurele oplossingen. In beide gevallen wordt gekozen voor oplossingen die congruent zijn aan het plan van aanpak dat is opgesteld met het brede systeem.

Betrekken van ouders en omgeving
Bij schoolverzuim en -uitval spelen vaak conflicten tussen ouders en school of ontbreekt con tact. Goed contact tussen school en ouders is dan ook van belang om te zorgen dat jeugdigen naar school blijven gaan. jeugdprofessionals hebben een taak in het actief ondersteunen van ouders in het tot stand brengen en onderhouden van contact met school, bijvoorbeeld door mee te gaan naar afspraken of leerling gesprekken. Bij conflicten tussen ouders en school bemiddelt de jeugdprofessional of schakelt zo nodig een externe bemiddelaar in.
Hoewel een actieve rol van jeugdprofessional in het contact met school nog niet altijd gebruikelijk is, zijn praktijkdeskundigen uit zowel onderwijs als de jeugdhulp het er over eens dat het wenselijk is dat jeugdprofessionals de mogelijkheid bieden ouders actief te ondersteunen in de contacten met school. Zorg ervoor dat er goed contact is tussen leerkracht en ouders. Ondersteun de leerkracht en ondersteun de ouders in goed contact hebben met elkaar en samen beslissen wat het beste is voor het kind.

De jeugdige wordt in verschillende omgevingen (thuis, op school en eventueel in de residentiële behandelgroep) benaderd vanuit dezelfde opvoedprincipes, zoals besproken in hoofdstuk 3. Zo nodig informeert de jeugdprofessional de school over deze opvoedprincipes of over verschillende schoolprogramma's, zoals SWPBS of Taakspel, waarin deze principes gehanteerd worden.
De jeugdprofessional stimuleert verder dat feedbackhulpmiddelen in de thuissituatie of in de residentiële behandelgroep zo nodig worden gecontinueerd in de schoolsituatie.
De klankbordgroep jeugdhulp signaleert daarbij wel het probleem dat een congruente begeleidingsstijl in het voortgezet onderwijs lastiger is dan in het basisonderwijs door inzet van meerdere leraren. Begeleiding van meerdere leraren is voor de jeugdprofessional lastiger te realiseren.

Daarnaast draagt de jeugdprofessional in samenwerking met ouders en school zorg voor het aanleren van vaardigheden die bijdragen aan het naar school blijven gaan, zoals op tijd komen, vragen stellen als je iets niet begrijpt, een opdracht die je krijgt zonder discussie uitvoeren,

het plannen en maken van huiswerk of het ontdekken waar je goed in bent en wat je nog moet leren. Verschillende strategieën die de jeugdprofessional leraar en ouders hierbij kunnen inzetten, zijn besproken in hoofdstuk 3. De jeugdprofessional stimuleert ouders en leraar om de jeugdige te ondersteunen bij het inplannen en daadwerkelijk maken van huiswerk en onderzoekt samen met hen welke oplossingen hierbij het beste werken.

Structurele samenwerking jeugdhulp en onderwijs
Met name in het reguliere onderwijs staan leraren, zowel in het basisonderwijs als in het voortgezet onderwijs soms te lang alleen in het hanteren van gedragsproblemen en voelen zij zich onvoldoende ondersteund. De drempel naar de jeugdhulp op casusniveau is voor hen hoog, ook omdat hiervoor de instemming van ouders nodig is. Het is dan ook belangrijk dat jeugdhulp en school structureel op organisatieniveau dichter bij elkaar worden gebracht door jeugdhulp letterlijk in de school te brengen, goed te luisteren naar wat de school nodig heeft en wat mogelijk en haalbaar is binnen het lesprogramma in de klas. Praktijkvoorbeelden zijn de jeugdprofessional die leraren coacht in het omgaan met kinderen met gedragsproblemen in de klas en de jeugdprofessional die oudertrainingen verzorgt in het schoolgebouw. Praktijkdeskundigen uit het onderwijs constateren dat tussen onderwijs en jeugdhulp verschillen bestaan met betrekking tot de te behalen doelen, visie en taal. Kennis over het onderwijswerkveld is nodig om tot een gezamenlijke aanpak te kunnen komen. De samenwerkingsverbanden Passend onderwijs bieden kaders voor het organiseren van structurele samenwerking.

Leerlingen in (semi)residentiële voorzieningen
Beroepsopvoeders die (tijdelijk of deels) de dagelijkse zorg van ouders overnemen hebben een taak in de ondersteuning van jeugdigen bij het volgen van onderwijs en het onderhouden van contact met school.
Vooral in residentiële settingen vraagt onderwijs extra aandacht. Kinderen die langdurig uithuisgeplaatst zijn behalen in vergelijking met leeftijdsgenoten slechtere onderwijsresultaten. Uit een onderzoek naar leesvaardigheden van kinderen die langdurig uit huis zijn geplaatst, komt naar voren dat ondersteuning bij het maken van huiswerk door groepsleiding minder effect heeft op de leesprestaties van kinderen dan de ondersteuning van pleegouders aan pleegkinderen (Roy & Rutter, 2006). Dit zou er op kunnen wijzen dat niet alleen de tijd die besteed wordt aan het helpen bij het maken van huiswerk van belang i, maar ook de kwaliteit van de huiswerkbegeleiding en de omgeving waarin kinderen dagelijks hun huiswerk maken. Aanvullend onderzoek is nodig om meer inzicht te geven op welke wijze jeugdigen in residentiële voorzieningen kunnen worden ondersteund in hun schoolloopbaan.

Wanneer onderwijs en jeugdhulp verzorgd worden vanuit een driemilieu-voorziening (bijvoorbeeld bij jeugdhulpPlus), draagt een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het dagprogramma door zorg en onderwijs ertoe bij dat jeugdigen deelnemen aan verschillende onderdelen van het dagprogramma. De gezamenlijk in te zetten onderdelen van het dagprogramma betreffen daarbij zowel verzorging van onderwijs als de inzet van interventies voor de jeugdige en zijn gezinssysteem en de invulling van vrije tijd. Concreet betekent dit dat de beroepsopvoeder kan participeren in onderwijsonderdelen en de leraar in de invulling van vrije tijd.

De aanpak bij verschillende doelgroepen
Bij de aanpak voor verschillende leeftijdsgroepen vraagt de afnemende verantwoordelijkheid van ouders en een toenemende verantwoordelijkheid van de jeugdige zelf aandacht. In de leeftijdsgroep nul tot zes jaar is de aanpak primair gericht op ouders en op preventie. In de groep zes tot twaalf jaar worden naast de ouders ook de jeugdigen steeds meer betrokken.
Bij de aanpak voor de groep jeugdigen ouder dan twaalf jaar moet naast de toenemende verantwoordelijkheid van de jongere zelf ook rekening worden gehouden met de toenemende invloed van omgevingsfactoren. Doordat jongeren op de middelbare school te maken hebben met verschillende leraren vraagt bovendien de afstemming met alle betrokkenen voor deze leeftijdsgroep extra aandacht.
Jeugdhulp wordt over het algemeen beëindigd als de jongere meerderjarig wordt.
Van schooluitval is echter ook nog sprake bij jongeren van 18 tot 23 jaar die nog geen startkwalificatie hebben behaald en niet naar school gaan. Goede afspraken over school of werktrajecten na de achttiende verjaardag en zo nodig overdracht van taken is bij afsluiting van de jeugdhulpcontacten noodzakelijk.

De aanpak is voor meisjes en jongens gelijk. Ook voor jeugdigen met een verschillende culturele achtergrond is de aanpak niet op voorhand verschillend. In het plan van aanpak voor individuele jeugdigen worden individuele verschillen in problematiek, de situatie en de wensen van de jeugdigen en hun omgeving wel meegenomen.

Bij jeugdigen met een LVB is vaker sprake van leerproblemen dan bij leeftijdgenoten zonder deze beperking. Jeugdigen met een LVB hebben mede hierdoor een hoger risico op het ontwikkelen van gedragsproblemen (Moonen & Verstegen, 2006). Ten aanzien van jeugdigen met een LVB is het aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van de leerling en de mogelijkheden van het systeem van extra groot belang. Zoals beschreven bij hoofdstuk 2 zijn aanpassingen van interventies wenselijk wanneer deze voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking worden ingezet. Daarnaast is het bij deze groep jeugdigen belangrijk om zorgvuldig het schoolniveau te bepalen zodat de jeugdige niet wordt overvraagd en om aandacht te hebben voor de haalbaarheid van de wensen van de jeugdigen.

5.5 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies en de overige overwegingen beveelt de werkgroep het volgende sterk aan:

Voor jeugdprofessionals

1. Neem bij hulp aan jeugdigen met ernstige gedragsproblemen, in samenwerking met jeugdige en ouders, altijd contact op met school (de onderwijsprofessional die dichtbij de jeugdige staat en de jeugdhulpverlener die aan de school verbonden is) en verzamel informatie over zowel de leerprestaties als het gedrag van de jeugdige op school.

2. Stel in samenwerking met school, jeugdige en ouders één plan op met als doel de gedragsproblemen thuis en op school te verminderen, en de vaardigheden van de jeugdige die bijdragen aan blijvende schoolgang te vergroten. Dit plan omvat:
   - gezamenlijk vastgestelde doelen;
   - een brede aanpak, gericht op jeugdige, school en ouders;
   - afspraken over de opvoedingstechnieken die zowel thuis als op school worden gehanteerd;
   - afspraken over het monitoren van deze afspraken;
   - afspraken over wederzijdse verwachtingen, waaronder de frequentie en continuïteit van het contact tussen school, ouders, jeugdige en jeugdprofessional.

3. Investeer in de relatie tussen ouders, school en de hulpverlening. Stel de zorg voor de jeugdige centraal: wat heeft de jeugdige nodig en wie kan daarin wat bijdragen? Ouders, school en hulpverlening zijn gelijkwaardige partners in de zorg rondom de jeugdige. Neem daarom gezamenlijk beslissingen over de zorg.

4. Reageer snel bij problemen op school en bied ondersteuning aan school en ouders bij het vinden van oplossingen die passen bij de onderwijssituatie en aansluiten bij de overeengekomen aanpak.

5. Win informatie in over interventies op school en de zorgstructuur in en om de school. Sluit waar mogelijk hierbij aan.

Voor beroepsopvoeders

6. Ondersteun jeugdigen bij het (gaan) volgen van onderwijs door de jeugdigen voor te lichten, aan te moedigen, te helpen bij het plannen en maken van hun huiswerk en contact te onderhouden met school.

Voor jeugdhulporganisaties

7. Participeer in de zorgstructuur in en rond de school. Neem bijvoorbeeld deel aan een multidisciplinair overleg (MDO) of gedragsteam en ondersteun leraren in de begeleiding van leerlingen door de deskundigheid van leraren op het gebied van opvoedingstechnieken te bevorderen.

8. Introduceer en begeleid preventieve gedragsprogramma's in de klas of participeer in schoolbrede gelaagde programma's.

9. Faciliteer jeugdprofessionals zodanig dat zij over voldoende kennis van het onderwijsveld beschikken.

10. Verstrek informatie aan scholen over het jeugdhulpaanbod in de regio en de mogelijkheden voor ondersteuning in en om de school.

Hoofdstuk 6

Verantwoording

6.1 Uitgangsvragen

De uitgangsvragen van deze richtlijn zijn geformuleerd op basis van een knelpuntenanalyse die de Richtlijnadviescommissie jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) heeft uitgevoerd voor de start van de ontwikkeling van deze richtlijn (eerste versie). In box 1 staan alle oorspronkelijke uit de knelpuntenanalyse geformuleerde vragen. De werkgroep die deze richtlijn heeft ontwikkeld, heeft een selectie gemaakt van vijf uitgangsvragen waar deze richtlijn een antwoord op geeft:

1. Waaraan 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?
2. Welk type interventie is het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in welke behandelsetting het meest geëigend? Welke interventies kunnen een negatief effect hebben op gedrag?
3. Welke specifieke opvoedingstechnieken van beroepsopvoeders die jeugdigen in groepsverband behandelen (dagbehandeling en residentieel) dragen bij aan de vermindering van gedragsproblemen?
4. Hoe kunnen jeugdprofessionals cognitief-gedragstherapeutische principes toepassen in de dagelijkse praktijk?
5. Hoe kunnen jeugdprofessionals bevorderen dat jeugdigen met gedragsproblemen naar school (blijven) gaan?

Box 1. Uitgangsvragen uit knelpuntenanalyse (RAC-J)

Preventie

1. Hoe en door wie kan een zich ontwikkelende gedragsstoornis in een vroeg stadium worden gesignaleerd?
2. Welke vroeginterventies zijn beschikbaar voor een zich ontwikkelende stoornis?

Diagnostiek

3. Welke diagnostische instrumenten moeten (minimaal) worden afgenomen bij welke leeftijdsgroepen?
4. Van welke diagnostische instrumenten moet het gebruik worden afgeraden?

Interventie

5. Welke interventies zijn in welke situatie en in welke behandelomgeving het meest effectief?
6. In welke volgorde kunnen interventies worden aangeboden in geval van meervoudige problematiek?
7. Welke interventies zijn voor welke doelgroep schadelijk en moeten niet worden toegepast?
8. Welke einddoelen moet een interventie bereiken en wanneer kan een interventie worden beëindigd?
9. Hoe lang mag een behandeling (maximaal) duren bij verschillende typen zorg?
10. Wat is bekend over de kosteneffectiviteit van interventies?
11. Wat zijn de afwegingen om, bij een vergelijkbaar aanbod, te kiezen voor de en of de andere interventie?
12. Wat kunnen hulpverleners doen als interventies niet of onvoldoende helpen?
13. Hoe kan het systeem rond jeugd met een gedragsstoornis onderdeel zijn van behandeling? Welke opvoeders betrek je bij de behandeling van gedragsproblemen en hoe?
14. Wat kunnen hulpverleners doen om de veiligheid van de jeugdige te bewaken?
15. Hoe kunnen hulpverleners cognitief-gedragstherapeutische principes toepassen in de dagelijkse praktijk?
16. Wat kunnen hulpverleners doen om een positief pedagogisch klimaat te bevorderen in een groep jeugdigen met gedragsstoornissen?
17. Hoe kunnen hulpverleners grenzen stellen en tegelijkertijd de autonomie van jeugd stimuleren?
18. Wat kunnen hulpverleners doen bij agressief gedrag?
19. Wat kunnen hulpverleners doen om jeugd te motiveren tot gedragsverandering?
20. Hoe kunnen hulpverleners bevorderen dat jeugd met gedragsstoornissen naar school gaat of werkt?

6.2 Bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Na publicatie van de eerste versie in 2013 is informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback en nieuwe inzichten vormden de aanleiding om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Via een systeem van dynamische herziening worden richtlijnen ook tussentijds herzien. Feedback en nieuwe inzichten worden zodoende sneller in de richtlijnen verwerkt. Dit betreft relatief kleine aanpassingen in specifieke richtlijnen dan wel op een algemener thema, waarmee de richtlijnen actueel worden gehouden.

Evenals bij de totstandkoming van de richtlijn in 2013 is bij de herziening in 2018 gebruik gemaakt van wetenschappelijke, maar ook praktijkkennis. De belangrijkste aanpassingen zijn:

- Meer aandacht voor risicofactoren en in stand houdende factoren van ernstig; probleemgedrag;
- Meer aandacht voor psycho-educatie;

- Update van het hoofdstuk over effectieve interventies;
- Meer aandacht voor samen met jeugdige en ouders beslissen over passende hulp;
- Betere toepasbaarheid binnen Kinder- en jeugdpsychiatrie en hulp voor jeugdigen met een LVB;
- Meer aandacht voor andere problemen die ernstig probleemgedrag kunnen veroorzaken zoals trauma en hechtingsproblemen;
- Meer aandacht voor de voorwaarden voor beroepsopvoeders om opvoedingstechnieken effectief in te kunnen zetten (positief pedagogisch leefklimaat, goede werkrelatie).
- Verwijzing naar andere richtlijnen.

Gedurende de looptijd van het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (tot en met 2018) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Het NJi is, in opdracht van de beroepsverenigingen, verantwoordelijk voor het beheer en onderhoud van de richtlijnen.

6.3 Werkgroepen en klankbordgroepen

De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is herzien door de Herzieningswerkgroep Ernstige gedragsproblemen bestaande uit de volgende leden:

Dr. I.L.W. Bastiaanssen	Projectleider; senior onderzoeker / adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
Drs. J.J. Westera	GZ-psycholoog/gedragswetenschapper 's Heeren Loo, Advisium; lid namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
I. Simons, MSc	GZ-psycholoog/projectleider bij Academische Werkplaats Risicojeugd, De Jutters; lid namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
K.F. Beekman, MSc	Gedragsdeskundige en systeemtherapeut bij Juzt; lid namens de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)
L.B. Hengeveld, MSc	Interim-professional Zorg bij BMC; lid namens de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Dr. J. Douma	Onderzoekscoördinator Landelijk Kenniscentrum LVB
Drs. M.I. de Lange	Zelfstandig Adviseur; Jeugdhulp Advies & Ontwikkeling
Prof. dr. em. W. Matthys	Expert; kinder- en jeugdpsychiater, niet-praktiserend; Universiteit Utrecht (UU), Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU)
Dr. D.M.J. de Veld	Projectmedewerker; onderzoeker / adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
W.W.M. Daamen, MSc	Projectmedewerker; onderzoeker / adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
J. van den Eijnden, MSc	Projectmedewerker; onderzoeker / adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
A.J. van As, BA	Projectassistent (NJi)

Bij de herziening van de richtlijn is de werkgroep ondersteund door een projectteam bestaande uit:

Dr. I.L.W. Bastiaanssen	Projectleider (NJi)
Drs. M.I. de Lange	Zelfstandig adviseur (Jeugdhulp Advies & Ontwikkeling)
Prof. dr. em. W. Matthys	Expert en projectmedewerker (UU/UMCU)
Dr. D.M.J. de Veld	Projectmedewerker (NJi)
Dr. A.T.A. Menting	Universitair docent afdeling Ontwikkelingspsychologie (UU)
W.W.M. Daamen, MSc	Projectmedewerker (NJi)
J. van den Eijnden, MSc	Projectmedewerker (NJi)
A.J. van As, BA	Projectassistent (NJi)

De *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is ontwikkeld door de Ontwikkelwerkgroep Ernstige gedragsproblemen bestaande uit de volgende leden:

Prof. dr. N. W. Slot	Voorzitter; bijzonder hoogleraar jeugdbescherming aan de Vrije Universiteit (VU) in Amsterdam
Dr. L. Kroneman	Cognitief gedragstherapeut i.o. en senior onderzoeker bij LSG-Rentray; lid namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Drs. M. Heeroma	Orthopedagoog/GZ-psycholoog en eigenaar van Orthopedagogische Psychologische Praktijk Heeroma; lid namens de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)
J. Steenmeijer	Zelfstandig adviseur op het gebied van Jeugd & Gezin; lid namens de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Dr. C. Buschgens	Lid namens de Landelijke Oudervereniging Balans
Prof. dr. W. Matthys	Expert; kinder- en jeugdpsychiater Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU); hoogleraar aan de Universiteit Utrecht (UU)
Drs. M. I. de Lange	Projectleider; senior adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
M. Oudhof, Msc	Projectmedewerker; adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
K. Vermeij, Msc	Projectmedewerker; adviseur bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJi)
A.J. van As, BA	Projectassistent (NJi)

De ontwikkelwerkgroep heeft bij aanvang de kaders voor de richtlijn vastgesteld en uit twintig uitgangsvragen vijf uitgangsvragen geselecteerd waar de richtlijn op in gaat. De werkgroep heeft vervolgens in vijf rondes feedback gegeven op de literatuurselectie en de ontwikkeling van de teksten, conclusies en aanbevelingen. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is de werkgroep ondersteund door een projectteam bestaande uit:

Drs. M. I. de Lange	Projectleider (NJi)
Drs. A. Addink	Projectmedewerker (NJi)
N. Foolen, MSc	Projectmedewerker (NJi)
M. Oudhof, MSc	Projectmedewerker (NJi)
K. Vermeij, MSc	Projectmedewerker (NJi)
Prof. dr. W. Matthys	Expert en projectmedewerker (UMCU)
A.J. van As, BA	Projectassistent (NJi)

De tekst van de eerste uitgave van de richtlijn is in drie commentaarrondes (twee bijeenkomsten en één mailronde) voorgelegd aan een klankbordgroep met vertegenwoordigers van de jeugdhulp en vertegenwoordigers van drie typen interventies: oudertrainingen (tot twaalf jaar), gezins- en systeeminterventies (vanaf twaalf jaar) en cognitief-gedragstherapeutische interventies. De klankbordgroep bevat zowel staf- als lijnfunctionarissen, met expertise op het gebied van kinderen en jongeren, jongens en meisjes, ambulante en residentiële zorg, lichtere en zwaardere vormen van zorg (JeugdzorgPlus) en aanbod op het snijvlak van jeugdhulp en onderwijs. De klankbordgroep had als taak aanvullende kennis aan te dragen vanuit de praktijk (in aanvulling op literatuur of in plaats van literatuur, daar waar evidence ontbreekt) en waar mogelijk en nodig differentiatie aan te brengen in de uitvoering van de richtlijn naar leeftijd, sekse en etniciteit, en differentiatie in de toepassing van de richtlijn voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Daarnaast is aan klankbordgroepleden gevraagd de aanbevelingen praktisch te vertalen. De klankbordgroep bestond uit de volgende leden:

Drs. G. Albrecht	PMTO (PI Research)
P. van Arnhem	Van Arnhem Advies en Training
Drs. M. Gelsing	De Hoenderloogroep, kansen voor jongeren
Drs. W. Joosten	MST (Oosterpoort)
J. Laghuwitz	Parlan Jeugd & Opvoedhulp
Drs. W. Reijntjens	In Control (Stichting Jeugdzorg Sint Jozef)
Drs. M. Rojer	Zandbergen Jeugd & Opvoedhulp
M. Vos	Juzt, bij opvoeden en opgroeien
Drs. N. Wiltink	Entréa, jeugdzorg, onderwijs en onderzoek

De richtlijn beantwoordt onder andere de vraag hoe jeugdprofessionals kunnen bevorderen dat jeugdigen naar school blijven gaan. De tekst die betrekking heeft op deze vraag is voorgelegd aan een klankbordgroep van onderwijspsychologen. De deelnemers waren betrokken bij zowel basis- als voortgezet onderwijs en regulier en speciaal onderwijs (REC4 onderwijs):

Drs. A. van den Bosch	ROC Flevoland
Drs. B. Goede	Stichting Leerlingzorg Almere primair onderwijs
Drs. M. Hekerman	Stichting Het Driespan
Drs. H. ten Kate	Beukenrode Onderwijs
Drs. C. Perrenet	Pi-school De Strandwacht, Den Haag
Drs. D. Post	Stichting Respont
Drs. A. Savenije	Berg en Boschschool
Drs. M. Werlich	WSNS Rotterdam Noord

Literatuurlijst

Aar, J. van, Leijten, P., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2017). Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clinical psychology review*, 51, 153-163.

Acri, M., Chacko, A., Gopalan, G., & McKay, M. (2018). Engaging families in treatment for child behavior disorders. A synthesis of the literature. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 293-409). Chichester: Wiley-Blackwell.

Afifi, T.O., McMillan, K.A., Asmundson, G.J.G., Pietrzak, R.H., & Sareen, R.H. (2011). An examination of the relation between conduct disorder, childhood and adulthood traumatic events, and posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1564-1572.

Albrecht, G., Hemminga, M.Y., & Breg, A.C. (2014). *Training Agressie Controle Plus. Theoriehandleiding.* Duivendrecht: PI Research.

Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2010). *PMTO-handleiding voor therapeuten* (versie 3.0). Duivendrecht: PI Research.

Albrecht, G., & Spanjaard, H. (2011). *Tools4U training. Training cognitieve en sociale vaardigheden als taakstraf. Handleiding voor trainers.* Duivendrecht: PI Research.

Alexander, K. L., Entwisle, D. R., & Kabbani, N. S. (2001). The dropout process in life course perspective: early risk factors at home and school. *Teachers College Record*, 103, 760-822.

Anthonijsz, I., Spruijt, E., & Zwikker, N. (2015). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Armelius, B. A., & Andreassen, T. H. (2009). Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *The Cochrane Library*, issue 1.

Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W.A., Laan, P.H. van der, & Prins, P.J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9(2), 169-187.

Baat, M. de, Bergh, P. van den, & Lange, M. de (2015). *Richtlijn Pleegzorg voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

De Baat, M. & Berger, M. (2018) H*oe begeleid je kinderen en jongeren met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties? Handvatten voor jeugdprofessionals en pleeg- en gezinshuisouders.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., & IJzendoorn, M.H. van (2015). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'VIPP-SD'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *http://www.nji.nl/jeugdinterventies.*

Barnett, M.A. (2008). Economic disadvantage in complex family systems: Expansion of family stress models. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 145–161. http://doi.org/10.1007/s10567-008-0034-z

Barriga, A. Q., Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Liau, A. K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual.* Champaign, Ill: Research Press.

Barriga, A.Q., Hawkins, M.A., & Camelia, C.R. (2008). Specificity of cognitive distortions to antisocial behaviours. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 104-116.

Barry, T.D., Lindsey, R.A., Fair, E.C., & DiSabatino, K. (2018). Parent psychopathology. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 275-290). Chichester: Wiley-Blackwell.

Bartelink, C. (2011a). *Motiverende gespreksvoering.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C. (2011b). *Oplossingsgerichte therapie.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bartelink, C., Berge, I. ten, & Vianen, R. van (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2015). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bartelink, C., Vianen, R.T. van, Mourits, E., Berge, I.J. ten, & Meuwissen, I. (2015). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bartels, A. A. J. (2001). Het sociale-competentiemodel en de kinder- en jeugdpsychotherapie. Ontstaan, betekenis, stand-van-zaken, toekomst. *Kinder en jeugd psychotherapie*, 28, 5-22.

Basisklimaat 's Heeren Loo. Nieuwegein: EPC.

Bastiaanssen, I.L.W., Delsing, M.J.M.H., Kroes, G., Veerman, J.W., & Engels, R.C.M.E. (2014). Group care worker interventions and child problem behavior in residential youth care: Course and bidirectional associations. *Children and Youth Services Review*, 39, 48-56. doi:10.1016/j.childyouth.2014.01.012.

Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour research and therapy*, 75, 60-71.

Battin-Pearson, S., Newcomb, M. D., Abbott, R. D., Hill, K. G., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (2000). Predictors of early high school dropout: a test of five theories. *Journal of Educational Psychology*, 92, 568-582.

Baughman Sladky, M. C., Hussey, D. L., Flannery, D. J., & Jefferis, E. (2015). Delinquency and violent behavior. In T. P. Gullotta, R. W. Plant, & M. A. Evans (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (second edition, pp. 445–472). New York: Springer. http://doi.org/10.1007/978-1-4899-7497-6_24

Baumel, A., Pawar, A., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2016). Digital parent training for children with disruptive behaviors: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(8), 740-749.

Beck, J. S. (1999). *Basisboek cognitieve gedragstherapie* (vertaling door J. Geluk van 'Cognitive Therapy', 1995). Baarn: Intro.

Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2013). *Protocol Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek.* Amsterdam: De Bascule.

Belknap, J., & Holsinger, K. (2006). The Gendered Nature of Risk Factors for Delinquency Publication date. *Feminist Criminology*, 1(1), 48-71.

Berckelaer-Onnes, van I., Anzion, P., Sinnema, H., & Glind, G. van de (2015). *JGZ-Richtlijn Autismespectrumstoornissen.* Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Biehal, N., Ellison, S., & Sinclair, I. (2011). Intensive fostering: an independent evaluation of MTFC in an English setting. *Children and Youth Services Review*, 33, 2043-2049.

Bierman, K.L., Miller, C.L., & Stabb, S.D. (1987). Improving the social behavior and peer acceptance of rejected boys: Effects of social skill training with instructions and prohibitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 194-200. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3571672

Blokland, G. (2019). Databank Effectieve Jeugdinterventies: *beschrijving 'Triple P niveau 4/5'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Boer, F., Hoofdakker, B. van den, Prins, P., Hogemans-Weijers, W., Oud, M., Glind, G. van de, & Sinnema, H. (2016). *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Bolier, L., Speentjes, P., Volker, D., & Sinnema, H. (2016). *JGZ-Richtlijn Angst.* Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Boo, G.M. de, & Liber, J.M. (2014). *Ik kies voor zelfcontrole. Trainershandleiding.* Amsterdam: SWP.

Bookhout, M.K., Hubbard, J.A., & Moore, C.C. (2018). Emotion regulation. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 221-236). Chichester: Wiley-Blackwell.

Boudin, K. (1998). Lessons from a mother's program in prison: A psychosocial approach supports women and their children. *Women & Therapy*, 21(1), 103–125. http://doi.org/10.1300/J015v21n01

Braet, C., & Scholing, A. (1999) *Cognitieve therapie bij kinderen en jeugdigen.* In S. M. Bögels & P. van Oppen (Red.). Cognitieve Therapie: theorie en praktijk. Houten / Diegem: Bohn Stafleu Van Lochum.

Brugman, D., Nas, C.N., Velden, F. van der, Barriga, A.Q., Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Liau, A.K. (2011). *Hoe Ik Denk Vragenlijst (HID): Handleiding.* Amsterdam: Boom test uitgevers.

Bruyn, E.E.J. de, Ruijssenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, A.J.M. van (2015). *De Diagnostische Cyclus. Een praktijkleer.* Leuven/Den Haag: Acco.

Burik, A. E., Elderman, E. R., Persoon, A. M., & Rutten, E. A. (2007). *Evaluatie justitiële interventies schoolverzuim.* Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.

Burke, E.F., Derella, O.J., & Johnston, O.G. (2018). Diagnostic issues in oppositional defiant disorder. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 21-36). Chichester: Wiley-Blackwell.

Burt, S.A., McGue, M., Krueger, R.F., & Iacono, W.G. (2005). How are parent–child conflict and childhood externalizing symptoms related over time? Results from a genetically informative cross-lagged study. *Development and Psychopathology*, 17(1), 145–165. http://doi.org/10.1017/S095457940505008X

Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 1220 -1235.

Campbell, S.B. (2002). *Behavior Problems in Preschool Children. Clinical and Developmental Issues.* New York: The Guilford Press.

Capaldi, D.M., & Eddy, J.M. (2015). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In T.P. Gullotta, R.W. Plant, & M.A. Evans (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (second edition, pp. 265–286). New York: Springer.

Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent psychology: A contextual approach* (second edition). London: Routledge.

Chacko, A., Jensen, S.A., Lowry, L.S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, … Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 204–215.

Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model: features, outcomes and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 303-312.

Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D.S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for girls in juvenile justice system: 2 year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 187-193.

Chang, L. Y., Wang, M. Y., & Tsai, P. S. (2016). Neighborhood disadvantage and physical aggression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of multilevel studies. *Aggressive Behavior*, 42(5), 441–454. http://doi.org/10.1002/ab.21641

Chorpita, B.F., & Daleiden, E.L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 566-579.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

Cole, P.M., Zahn-Waxler, C., Usher, B.A., & Welsh, J.D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 518–529.

Comer, J. S., Chow, C., Chan, P. T., Cooper-Vince, C., & Wilson, L. A. (2013). Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: A meta-analytic examination. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(1), 26-36.

Cornacchio, D., Bry, L., Sanchez, A.L., Poznanski, B., & Comer, J.S. (2018). Psychosocial treatment and prevention of conduct problems in early childhood. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 433-449). Chichester: Wiley-Blackwell.

Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74–101. http://doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74

Crul, M., & Kraal, K. (2004). *Evaluatie landelijk ondersteuningsprogramma mentoring*. Amsterdam: Instituut voor Etnische- en Migratiestudies / Universiteit van Amsterdam.

Curtis, N.M., Ronan, K.R., & Borduin, C.M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.

Dam, L. van, & Verhulst, S. (2016). *De JIM-aanpak: Het alternatief voor uithuisplaatsing van jongeren*. Amsterdam: Boom.

Dekker, M.D. (2014). *Een narratieve review en meta-analyse naar de meest effectieve cognitieve en/of gedragsinterventies of behandelmethoden voor LVB-jongeren met externaliserende gedrags- en/of psychiatrische problematiek.* Masterscriptie Universiteit Utrecht.

Dekker, M., Douma, J., Ruiter, K. de, & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden (Red.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

DeRosier, M. E., & Gilliom, M. (2007). Effectiveness of a Parent Training Program for Improving Children's Social Behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 660-670.

Didden, R., & Moonen, X. (Red.) (2007). *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Utrecht: VOBC LVG/de Borg.

DiGiuseppe, R. (1983). Rational-Emotive Therapy and Conduct Disorders. In A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.), *Rational-Emotive Approaches to the Problems of Childhood* (pp. 11-137). New York, London: Plenum Press.

Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm. Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755-764.

Dodge, K.A. (2006). Translational science in action: Hostile attributional style and the development of aggressive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 18(3), 791–814. http://doi.org/10.1017/S0954579406060391

Dodge, K.A., Coie, J.D., Pettit, G. ., & Price, J.M. (1990). Peer status and aggression in boys' groups: Developmental and contextual analyses. *Child Development*, 61, 1289–1309.

Douma, J. (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat: Een praktijk-theoretische beschrijving van een goed pedagogisch klimaat in de residentiële zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: VOBC LVG / Landelijk Kenniscentrum LVG.

Douma, J., Jong, A. de, Looij, J., & Stremmelaar, B. (2017). *Handreiking Begeleiden van ouders met een licht verstandelijke beperking en multiproblematiek.* Op 10 augustus 2017 verkregen via *http://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/publicaties/product/14-handreiking-begeleiden- van-ouders-met-een-lvb-en-multiproblematiek*.

Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij een mensen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Dowrick, P.W., Back, L.T., & Mills, N.C. (2015). School failure and school success. In T.P. Gullotta, R.W. Plant, & M.A. Evans (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence based approaches to prevention and treatment* (second edition, pp. 395–414). New York: Springer.

Dowrick, P.W., & Crespo, N. (2005). School failure. In T. P. Gullotta, & G. R. Adams (Eds.), Handbook of adolescent behavioral problems: *Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 589-610). New York, NY, US: Springer Science and Business Media.

Drent, A. (2016). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'GRIP'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies.*

Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., … Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, ArtID 7.

DuBois, D.L., Holloway, B.E., Valentine, J.C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 30, 157-197.

Eddy, J.M., Kjellstrand, J.M., Martinez, C.R., & Newton, R. (2010). Theory-based multimodal parenting intervention for incarcerated parents and their children. In J.M. Eddy, & J. Poehlmann (Eds.), *Children of incarcerated parents: A handbook for researchers and practitioners* (pp. 237–261). Washington, DC: The Urban Institute Press.

Eichelsheim, V. I., & Laan, A. M. van der (2011). *Jongeren en vrijheidsbeneming: een studie naar de wijzen waarop jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen omgaan met vrijheidsbeneming.* Den Haag: WODC.

Einfeld, S.L., Tonge, B.J., & Clarke, K.S. (2013). Prevention and early intervention for behaviour problems in children with developmental disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 263-269.

Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Eggum, N.D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495–525. http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208

Elling, M. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'STOP4-7 - Samen sterker Terug Op Pad'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2011 van *www.nji.nl*.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy. Revised and updated.* New York: Carol Publishing Group.

Eyberg, S. (1999). *Manual Parent-Child Interaction Therapy.* Duivendrecht: PI-Research.

Fekkes, M., Van Gameren-Oosterom, H. B. M., Rosenbrand, K., De Beer, H. J. A, & Kamphuis, M. (2014). *JGZ-Richtlijn Pesten.* Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Fite, P.J., Rubens, S.L., Evans, S.C., & Poquez, J. (2018). The broader context: School and neighborhood factors contributing to ODD and CD symptoms. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 355-369). Chichester: Wiley-Blackwell.

Foolen, N. (2011). *Wat werkt bij oudertrainingen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Foolen, N. & Ellink, M. (2010). *Wat werkt bij cognitieve gedragstherapie?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Forehand, R., & Kotchick, B. A. (1996). Cultural diversity: a wake-up call for parent training. *Behavior Therapy*, vol. 27, pp 187-206.

Fossum, S., Handegård, B. H., Adolfsen, F., Vis, S. A., & Wynn, R. (2016). A meta-analysis of long-term outpatient treatment effects for children and adolescents with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 15-29.

Frick, P.J., Kamphaus, R.W., Lahey, B.B., Loeber, R., Christ, M.A.G., Hart, E.L., & Tannenbaum, L. E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 289–294.

Frick, P.J., & Wall Meyers, T.D. (2018). Conduct disorder and callous-unemotional traits. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 37-54). Chichester: Wiley-Blackwell.

Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Meerum Terwogt, M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9 – 11-year-old children: The development of an instrument. European *Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 1–9. http://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3

Goei, L.S., & Kleijnen, R. (2009). *Literatuurstudie Onderwijsraad 'Omgang met zorgleerlingen met gedragsproblemen'.* Zwolle: Windesheim.

Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth (revised edition).* Champaign: Research Press.

Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime.* Palo Alto, California: Stanford University Press.

Graham, S., Hudley, C., & Williams, E. (1992). Attributional and emotional determinants of aggression among African-American and Latino young adolescents. *Developmental Psychology*, 28(4), 731–740.

Granic, I., Hollenstein, T., Dishion, T.J., & Patterson, G.R. (2003). Longitudinal analysis of flexibility and reorganization in early adolescence: A dynamic systems study of family interactions. *Developmental Psychology*, 39(3), 606–617. http://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.606

Groeneveld, M.G., & Mesman, J. (2018). Attachment and disruptive disorders. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 205-220). Chichester: Wiley-Blackwell.

Groot, F. de (2004). Bekrachtigen, bekrachtigen, en nog eens bekrachtigen. Back to basics: positieve bekrachtiging. *Gedragstherapie*, 37, 61-66.

Guo, J., & Mrug, S. (2018). Temperament. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 175-188). Chichester: Wiley-Blackwell.

Handwerk, M. L., Field, C. E., & Friman, P. C. (2000). The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: premature extrapolations? *Journal of Behavioral Education*, 10 (4), 223-238.

Harder, A. T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care.* Academisch proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Harder, A.T., & Eenhuistra, A. (2016). *Up2You: Een handleiding voor motiverende mentor/coachgesprekken in de residentiële jeugdzorg.* Groningen: Rijksuniversiteit.

Hartkamp, J. P. (2005). *Monitor voortijdig schoolverlaten Rotterdam 2005: 4e - metingschooljaar 2003/2004.* Amsterdam: Desan Research Solutions.

Hartog, B., Vredendaal, W. van, & Cremers, D. (2017). *Justitieleinterventies.nl: beschrijving Alleen jij bepaalt wie je bent.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van *http://www.justitieleinterventies.nl*.

Haspels, M., Teunissen, A., Egas Reparaz, I., Leeuwen, E. van, & Verdonk, M. (2009). *SPRINT-map voor trainers.* Duivendrecht: PI Research.

Hautmann, C., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2010). The severely impared do profit most: short-term and long-term predictors of therapeutic change for a parent management training under routine care conditions for children with externalizing problem behavior. European *Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 19, pp. 419-430.

Helm, G.H.P. (2011). *First do no harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions.* Amsterdam: SWP.

Helm, P. van der, & Hanrath, J. (2011). *Wat werkt in de gesloten jeugdzorg?* Amsterdam: SWP.

Helm, G.H.P. van der, Klapwijk, M., Stams, G.J.J.M., & Laan, P.H. van der (2009). 'What works' for juvenile prisoners: The role of group climate in a youth prison. *Journal of Children's Services*, 4, 36–48.

Helm, G.H.P. van der, Stams, G.J.J.M., & Laan, P.H. van der (2011). Measuring group climate in prison. The Prison Journal, 91, 158–177.

Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J. C. (2015). A meta-analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations, moderators, and treatment effectiveness. *Criminal Justice and Behavior,* 42(3), 245–262. http://doi.org/10.1177/0093854814552842

Hendriks, V., Schee, E. van der, & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trail comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioural therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, pp. 64-71.

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (2010). *Multisysteemtherapie, voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag.* Amsterdam: SWP.

Herweijer, L. (2008). *Gestruikeld voor de start: de school verlaten zonder startkwalificatie.* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Heyne, D., King, N.J., & Tonge, B. (2006). School refusal. In T.H. Ollendick, & J. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinicians guide to effective psychosocial and pharmacological interventions.* Oxford: Oxford University Press.

Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111(1), 127–155.

Hipwell, A., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: A six year prospective analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 663-677.

Hipwell, A.E., & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221-255.

Hof, C. van 't, Eikelenboom, M., Matthys, W., Nieuwenhuijzen, M. van, & Orobio de Castro, B. (2009). *Samen Stevig Staan Deel 1: Draaiboek.* Utrecht: Coping LVB.

Hoogenboezem, G., & Veluw, N. van (2013). *JPT 12 min Begeleiding van jonge kinderen met delictgedrag. Instrumentenboek 1: Methodiekhandleiding en theoretische achtergrond.* Gouda: JSO.

Hoogsteder, L.M. (2013). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Sociale vaardigheden op maat'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Hoogsteder, L.M. (2015). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Agressieregulatie op maat (residentieel)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Hoogsteder, L.M. (2016a). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Agressie Regulatie op Maat Jeugd'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Hoogsteder, L.M. (2016b). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Hoogsteder, L. (2017). *Justitiëleinterventies.nl: beschrijving 'Ouderschap met liefde en grenzen (OLG)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van *www.justitieleinterventies.nl* op 7-2-2018.

Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K., ... Edwards, R.T. (2007). *Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomised controlled trial.* BMJ, 334, 678–684. http://doi.org/10.1136/bmj.39126.620799.55

IJzendoorn, R. van, Tavecchio, L., & Riksen-Walraven, M. (2004). *De kwaliteit van de Nederlandse kinderopvang.* Amsterdam: Boom.

Ingrado (2010a). *Thuiszitters, sneller terug naar school: Bevindingen dossieronderzoek thuiszitters 2010.* Arnhem: Ingrado.

Ingrado (2010b). *Thuiszittersonderzoek Ingrado 2008-2009: Oost West - Thuis is het ook niet alles.* Arnhem: Ingrado.

Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) (1989). http://wetten.overheid.nl/BWBV0002508/2002-11-18.

Jacobs, G., Muller, N. & Brink, E. ten (2001). *Uit de knoop. Rationeel-emotieve therapie en andere cognitieve gedragstherapieën bij kinderen en adolescenten.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

January, A.M., Casey, R.J., & Paulson, D. (2011). A meta-analysis of classroom-wide interventions to build social skills: Do They Work ? *School Psychology Review*, 40(2), 242–256.

Jarrett, M.A. & Hilton, D.C. (2018). Cognitive Functions, In J.E. Lochman, & W. Matthys (Red.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders* (pp. 159-174). John Wiley & Sons Ltd.

Jeugdwet (2014). http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2018-01-01.

Jimerson, S. R., Egeland, B., Sroufe, L. A., & Carlson, B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts: Examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38, 525-549.

Jongepier, N., Pellen, J., & Vollema, E. (2012). Samen betrokken en professioneel. Het ontwikkelen van een pedagogisch kader door De La Salle, onderdeel van de Koraal Groep. *Onderzoek & Praktijk*, 10(1), 28-33.

Junger-Tas, J. (2002). Preventie van antisociaal gedrag in het onderwijs. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Kaal, H. (2013). *Ongewoon moeilijk: Jeugdige delinquenten met een LVB als (voortdurende) bron van zorg.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers. Op 16 augustus 2017 verkregen via *https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/ongewoonmoeilijk.pdf*.

Kaminski, W.K., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

Kanfer, F. H. (1975). Selfmanagement methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Red.), *Helping people change*, pp. 309-357. New York: Pergamon.

Katsurada, E., & Sugawara, A.I. (1998). The relationship between hostile attributional bias and aggressive behavior in preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly*, 13(4), 623–636. http://doi.org/10.1016/S0885-2006(99)80064-7

Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents.* New York: Oxford University Press.

Kazdin, A., Siegel, T., & Bass, D. (1992). Cognitive-problem solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.

Kazdin, A.E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their Families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27–40.

Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.

Kernberg, P.F., Ritvo, R., Keable, H., & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 541-557.

Kok, J. F. W. (1995). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk.* Utrecht: De Tijdstroom.

Kok, L., Waa, A. van der, & Didden, R. (2016). Gedragsstoornissen en agressief gedrag. In R. Didden, P,. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 81-97). Utrecht: De Tijdstroom.

Kok, L., Waa, A. van der, Klip, H., & Staal, W. (2016). The effectiveness of psychosocial interventions for children with a psychiatric disorder and mild intellectual disability to borderline intellectual functioning: A systematic literature review and meta-analysis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 21(1), 156-171.

Kroneman, L. M. (2009). Girls' disruptive behavior. A study of explanatory factors. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Kroneman, L. M., Hoeve. M., & Laan, P. H. van der (2012). Gezinsfactoren en delinquente meisjes. In A. Slotboom, P. van der Helm, M. Hoeve & M. Ezinga (Red.), *Criminele meisjes en vrouwen: Achtergronden en aanpak.* Den Haag: Boom.

Kruuk, J.M.P. (2009). *Handleiding Alles Kidzzz. Een preventieprogramma voor kinderen met externaliserende gedragsproblemen.* 's-Hertogenbosch: Reinier van Arkel Groep.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.

Lange, M. de, Addink, A., Haspels, M., & Geurts, E. (2015). *Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Lange, M. de, & Albrecht, G. (2006). *De plaats van cognities binnen een competentiegerichte werkwijze.* Amsterdam: PI Research.

Lange, M.I. de., Matthys, W., Menting, A.T.A., Albrecht, G., Baarle, F. van, Domburgh, L. van, Orobio de Castro, B., & Popma, A. (2017). *Beslisboom externaliserende gedragsproblemen.*

Lange, M. de, Matthys, W., Veld, D. de, Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaanssen, I. (2018). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 384-392.

Leijten, P, Raaijmakers, M.A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2016). Incredible Years – Ouderprogramma voor gedragsproblemen bij kinderen uit laagopgeleide en migrantengezinnen. *Systeemtherapie*, 28, 233-241.

Leijten, P, Raaijmakers, M.A., Orobio de Castro, B., Ban, E. van den, & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46, 59-73.

Leman, P., Bremner, A., Parke, R.D., & Gauvin, M. (2012). *Development Psychology.* London: McGraw-Hill.

Liddel, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trail. *American Journal of Drug Alcohol Abuse,* 27, 651-688.

Lindauer, R.J.L. (2014). Trauma-, stress- en dissociatieve stoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 421-439). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Lindsey, M.A., Brandt, N.E., Becker, K.D., Lee, B.R., Barth, R.P., Daleiden, E.L., & Chorpita, B.F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventionss in children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 283–298. http://doi.org/10.1007/s10567-013-0163-x

Lipsey, M.W., & Derzon, J. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber, & D.P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders* (pp. 86–105). Thousand Oaks: Sage publications.

Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders. *Campbell Systematic Reviews* 2007: 6. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.

Lipsey, M.W., & Wilson, D. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders, risk factors and successful interventions* (pp. 313-345). Newbury Park, CA: Sage.

Litschge, C.M., Vaughn, M.G., & McCrea, C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 21-35.

Littell, J.H., Campbell, M., Green, S., & Toews, B. (2009). Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 (review) (issue 4). *The Cochrane Library*.

Lochman, J.E., & Dodge, K.A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonagrresive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 366–374.

Loeber, R., & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 34–46. http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00713.x

Lundahl, B.W., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.004

Mager, W., Milich, R., Harris, M. J., & Howard, A. (2005). Intervention groups for adolescents with conduct problems: Is aggregation harmful or helpful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), 349-362.

Martinez, J.I., Lay, A.S., Chorpita, B.F., Weisz, J.R., & Research Network on Youth Mental Health (2017). Psychoeducation as a mediator of treatment approach on parent engagement in child psychotherapy for disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46, 573-587.

Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen; diagnostiek en behandeling voor de professional.* Amsterdam: Hogrefe.

Matthys, W. (2015). Gedragsstoornissen. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (Red.), *Psychopathologie; Oorzaken diagnostiek en behandeling* (pp. 661-677). Utrecht: De Tijdstroom.

Matthys, W. (2016). ADHD en gedragsstoornissen. In J. Buitelaar, & C. Dolman (Red.), *Handboek ADHD en comorbide stoornissen* (pp. 43-57). Houten: Lannoo Campus.

Matthys, W., & Boersma, C. (2017). *Gedragsproblemen bij kinderen: Wegwijzer voor ouders van kinderen met brutaal, boos en agressief gedrag.* Amsterdam: Hogrefe.

Matthys, W., & Boersma, C. (2018). *Brutaal, boos of agressief gedrag op school: Omgaan met sociaal storend gedrag.* Amsterdam: Hogrefe.

Matthys, W., Cuperus, J. M., & Engeland, H. van (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 38(3), 311–321.

Matthys, W., & Glind, G. van de (2013). *Richtlijn Oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren.* Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Matthys, W., & Lochman, J.E. (2017). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood (second edition).* Chichester: Wiley-Blackwell.

Matthys, W., & Lochman, J.E. (2018). Future directions. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 504-517). Chichester: Wiley-Blackwell.

Matthys, W., & Powell, N.P. (2018). Problem solving structure of assessment. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 373-389). Chichester: Wiley-Blackwell.

Matthys, W., Vanderschuren, L.J.M.J., & Schutter, D.J.L.G. (2013). The neurobiology of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology*, 25, 193-207.

Matthys, W., & West, D. van (2014). Gedragsstoornissen. In F.C. Verhulst, F. Verheij, & M. Danckaerts, (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 255-280). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Maughan, B., & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 507-552). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: a meta-analysis. *School Psychology Review*, 34, 267-286.

McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 527-543.

McDonald, K.L., & Gibson, C.E. (2018). Peer rejection and disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554. http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003

Menting, A.T.A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901–913. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006

Menting, A.T.A., Orobio de Castro, B., Wijngaards-de Meij, L.D.N.V, & Matthys, W. (2014). A trial of parent training for mothers being released from incarceration and their children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 381–396. http://doi.org/10.1080/15374416.2013.817310

Meeuwissen, J.A.C., Speetjens, P., Meije, D., Oud, M., Konijn, C., Besselse, M., & Stikkelbroek, Y.A.J. (2015). *Richtlijn Stemmingsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Mevissen, L., Didden, R., & Jongh, A. de (2016). Posttraumatische-stressstoornis (PTSS). In R. Didden, P,. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 171-183). Utrecht: De Tijdstroom.

Mey, W. de, Messiaen, V., Hulle, V. van, Merlevede, E., & Winters, S. (2005). *Samen sterker Terug Op Pad: Een vroege interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen.* Amsterdam: SWP.

Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical child and family psychology review*, 16(1), 18-34.

Moonen, S. (2016). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'TFCO-A'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23-28.

Mos, K., & Kaptijn, E. (2008). Multidimensionale familietherapie. In J. Hermanns & A. van Montfoort (Red.), *Gezinsinterventies, aan de slag met problematische opvoedingskwesties* (129-141). Amsterdam: SWP.

Murray, J., & Farrington, D.P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633–642.

Murray, J., Farrington, D.P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 175–210. http://doi.org/10.1037/a0026407

Nas, C.N., Orobio de Castro, B., & Koops, W. (2005). Social Information Processing in delinquent adolescents. *Psychology, Crime & Law*, 11(4), 363–375. http://doi.org/10.1080/10683160500255307

Nationale Ombudsman (2011). *Hoera! Ik ga weer naar school. Leerlingen met psychische of gedragsproblemen die thuiszitten.* Den Haag: Bureau de Nationale Ombudsman.

Neumann, A., Lier, P.A.C. van, Frijns, T., Meeus, W., & Koot, H.M. (2011). Emotional dynamics in the development of early adolescent psychopathology: A one-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 657–669. http://doi.org/10.1007/s10802-011-9509-3

Nieuwenhuijzen, M. van, Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. Research in *Developmental Disabilities*, 32, 358-370.

Nijhof, K. S., Kemp, R. A. T. de, & Engels, R. C. M. E. (2009). Frequency and seriousness of parental offending and their impact on juvenile offending. *Journal of Adolescence*, 32(4), 893–908. http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.005

Nock, M.K., & Kazdin, A.E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 872-879.

Obradović, J., Burt, K.B., & Masten, A.S. (2010). Testing a Dual Cascade Model Linking Competence and Symptoms over 20 Years from Childhood to Adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 90-102.

O'Leary, K.D., & Solanto, J. (2018). Relationship discord, intimate partner physical aggression, and externalizing problems of children. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 291-306). Chichester: Wiley-Blackwell.

Onderwijsraad (2010). *De school en leerlingen met gedragsproblemen.* Den Haag.

Omen, C., Kruiter, J., Grinten, M. van der , Linden, J. van der, & Dubbelman, E. (2009) *Brede scholen in Nederland : jaarbericht 2009.* Utrecht : Oberon.

Orlemans, H. (2005). De noodzaak van gedragstraining. *Gedragstherapie*, 38(4), 295-301.

Orobio de Castro, B. (2000). *Social information processing and emotion in antisocial boys. Academisch proefschrift.* Amsterdam: Vrije Universiteit.

Orobio de Castro, B. (2001). Emoties en sociale cognities van kinderen en jongeren met antisociale gedragsproblemen. *Kind en adolescent*, 1-11.

Orobio de Castro, B., & Dijk, A. van (2018). 'It's Gonna End Up with a Fight Anyway' Social cognitive processes in children with disruptive behavior disorders. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 237-253). Chichester: Wiley-Blackwell.

Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Koops, W., Bosch, J. D., & Monshouwer, H. J. (2002). Hostile attribution of intent and aggressive behavior: A meta-analysis. *Child Development*, 73(3), 916–34. http://doi.org/10.1111/1467-8624.00447

Osgood, D.W., Wilson, J.K., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Johnston, L.D. (1996). Routine activities and individual deviant behavior. *American Sociological Review,* 61(4), 635–655.

Otterpohl, N., Schwinger, M., & Wild, E. (2016). Exploring the interplay of adaptive and maladaptive strategies: Prevalence and functionality of anger regulation profiles in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 36(8), 1042–1069. http://doi.org/10.1177/0272431615593174

Pagter, J. de, Stallen, E., & Matthys, W. (2008). Schoolbegeleiding en de kinder- en jeugdpsychiatrie: geïntegreerde zorg. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 12-19.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Oregon: Castalia.

Patterson, G.R. (2002). The early development of coercive family process. In J.B. Reid, G.R. Patterson, & J. Snyder, *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model of intervention* (pp. 25-64). Washington: American Psychological Association.

Patterson, G.R. (2016). Coercion theory: The study of change. In T.J. Dishion, & J.J. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Coercive Relationship Dynamics* (pp. 7-22). New York: Oxford University Press.

Patrick, R.M., Snyder, J., Schrepferman, L.M., & Snyder, J. (2005). The joint contribution of early parental warmth, communication and tracking an early child conduct problems on monitoring in late childhood. *Child Development*, 76, pp. 999-1014.

Piehler, T.F. (2016). Coercion and contagion in child and adolescent peer relationships. In T.J. Dishion, & J.J. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Coercive Relationship Dynamics* (pp. 129-139). New York: Oxford University Press.

Piquero, A. R., Farrington, D. P., Welsh, B. C., Tremblay, R., & Jennings, W. G. (2009). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 5, 83–120.

Piquero, A. R., Jennings, W. G., Farrington, D. P., Diamond, B., & Gonzalez, J. M. R. (2016). A meta-analysis update on the effectiveness of early self-control improvement programs to improve self-control and reduce delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12(2), 249-264.

Pol, T. M. van der, Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems–a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545.

Polderman, N. (2016). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Basic Trustmethode'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies* op 24-10-2017.

Popma, A., Vermeiren, R, Geluk, C., Rinne, T., Brink, W. van den, Knol, D., ... Doreleijers, T. (2007). Cortisol moderates the relationship between testosterone and aggression in delinquent male adolescents. *Biological Psychiatry*, 61, 405-411.

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2011). *Zorg voor ingesloten licht verstandelijk beperkte jongeren: Advies d.d. 6 juni 2011.* Op 16 augustus 2017 verkregen via *https://www.rsj.nl/binaries/verzend-advies-lvb_tcm26-26584.pdf*.

Radema, D. (2016). *Basisaanpak voor zmolk'ers: Checklist.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Radema, D. & Van Kessel, B. (2014) *In vijf stappen naar een onderwijszorgarrangement voor zmolk'ers.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Radema, D., Kessel, B. van, & Deen, C., (2014). *Onderwijs-zorgarrangementen (zmolk). Voor leerlingen met een (lichte) verstandelijke beperking en ernstige gedrags- of psychiatrische problematiek.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Radema, D., Van Kessel, & Fafieanie, V. (2016a). *Competentieprofiel leerkracht speciaal onderwijs. Gespecialiseerd in de omgang met zmolk-leerlingen.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Radema, D., Van Kessel, & Fafieanie, V. (2016b). *Kerncompetenties. Voor uitvoerders van onderwijs-zorgarrangementen voor zmolk ers.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

Radema, D. Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2003) *Thuiszitter in beeld: Een onderzoek naar leerplichtige kinderen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen die (tijdelijk) geen onderwijs volgen.* Utrecht: NIZW.

Reid, J.B., Patterson, G.R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model of intervention.* Washington: American Psychological Association.

Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99–111. http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x

Richardson, J., & Joughin, C. (2002). *Parent-training programmes for the management of young children with conduct disorders, findings from research.* Trowbridge: Cromwell Press.

Rigter, H. (2015). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Multidimensionele familietherapie (MDFT)'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R.S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 72–82. http://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006

Roest, J., Helm, P. van der, Strijbosch, E., Brandenburg, M. van, & Stams, G.J. (2014). Measuring Therapeutic Alliance With Children in Residential Treatment and Therapeutic Day Care: A Validation Study of the Children's Alliance Questionnaire. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 1-7. DOI: 10.1177/1049731514540478.

Röll, J., Koglin, U., & Petermann, F. (2012). Emotion regulation and childhood aggression: Longitudinal associations. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 909–923. http://doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4

Rot, E. (2013). *Handreiking: Balans in Beeld: Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen.* Op 26 september 2017 verkregen via *http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/Gezondheid-Handreiking-Balans-in-Beeld*.

Roy, P., & Rutter, M. (2006) Institutional care: associations between inattention and early reading performance, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47:5, 480-487.

Salmon, G., James, A., Cassidy, E.L., & Javaloyes, M.A. (2000). Bullying a review: Presentations to an adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 563–579. http://doi.org/10.1177/1359104500005004010

Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., & Turner, K.M.T. (2007). *Handleiding voor de begeleider voor Standaard Triple P.* Milton Queensland: Triple P International.

Schaffer, H.R. (1996). *Social Development.* Oxford: Blackwell Publishing.

Schleider, J.L., & Weisz, J.R. (2017). Little Treatments, Promising Effects? Meta-Analysis of Single-Session Interventions for Youth Psychiatric Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 107-115.

Schlüter, M., Berger, M., & Harten, T. van (2006). *OUDERS van tegendraadse jeugd: De oudertraining.* Gouda: JSO.

Schuengel, C., Kef, S., Damen, S., & Worm, M. (2010). 'People who need people': Attachment and professional caregiving. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 38-47.

Schuiringa, H., Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Lochman, J. E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of an intervention for children with externalizing behavior and mild to borderline intellectual disabilities: A randomized trial. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 237-251.

Schuiringa, H., Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2009). Samen Stevig Staan: Effectonderzoek naar SSS, een training voor LVB jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen. *Onderzoek en Praktijk*, 7(1), 11-14.

Scott, S. (2016). Finding out the best way to tailor psychological interventions for children and families. A commentary on Ng and Weisz (2016). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 237-240.

Scott, S., & Dadds, M.R. (2009). Practitioner review: When parent training doesn't work: Theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, and Allied Disciplines, 50(12), 1441–50. http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02161.x

Sellbom, M., Bach, B., & Huxley, E. (2018). Related personality disorders located within an elaborated externalizing psychopathology spectrum. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 104-123). Chichester: Wiley-Blackwell.

Serketich, W.J., & Dumas, J.E., (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-786.

Sexton, T., & Turner, C.W. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, 339-348.

Shumer, R., & Duckenfield, M. (2004). Service-learning: Engaging students in community-based learning. In J. Smink, & F.P. Schargel (Eds.), *Helping students graduate: A strategic approach to dropout prevention.* Larchmont, NY: Eye on Education.

Simons, I., van Domburgh, L., Mos, K., Breuk, R., Rigter, H., & Mulder, E.A. (2017). *Gezinsgericht werken in de residentiële jeugdzorg.* Nijmegen: Academische Werkplaats Risicojeugd.

Skotarczak, L., & Lee, G.K. (2015). Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: A meta-analysis. Research in *Developmental Disabilities*, 38, 272-287.

Sleeboom, I., Hermanns, J., Buysse, W. & Hilhorts, N. (2009). *Back to school. Thuiszitters in de GGZ kinderen en Jeugd Rivierduinen.* Amsterdam: DSP-groep, Woerden: H&S Consult.

Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen.* Baarn: Intro.

Smeets, K.C., Leeijen, A.A., Molen, M.J. van der, Scheepers, F.E., Buitelaar, J.K., & Rommelse, N.N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 255-264.

Snoek, H., Goozen, S.H.M. van, Matthys, W., Buitelaar J.K., & Engeland, H. van (2004). Stress responsivity in children with externalising behavior disorders. *Development and Psychopathology*, 16, 389-406.

Spanjaard, H. (2005). *De VertrekTraining. Intensief ambulante hulp gericht op competentievergroting en netwerkversterking.* Utrecht/Amsterdam: NIZW Jeugd/ SWP.

Spanjaard, H.J.M., & Albrecht, G. (2014). *Training Agressie Controle Regulier. Theoriehandleiding.* Duivendrecht: PI Research.

Steeg, M., & Webbink, D. (2006). *Voortijdig schoolverlaten in Nederland: Omvang, beleid en resultaten.* Den Haag: Centraal Planbureau.

Steege, M. van der, & Zoon, M. (2015). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Stormshak, E.A., DeVargas, E., & Cardenas, L.E. (2018). Parenting practices and the development of problem behavior across the life span. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 307-322). Chichester: Wiley-Blackwell.

Stouwe, T. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & Laan, P. H. van der (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 468-481.

Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H., & Gorman, B.S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.

Sullivan, T. N., Helms, S. W., Kliewer, W., & Goodman, K. L. (2010). Associations between sadness and anger regulation Coping , Emotional Expression , and Physical and Relational Aggression among Urban Adolescents. *Social Development*, 19(1), 30–51. http://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00531.x

Tak, J.A., Bosch, J.D., Begeer, S., & Albrecht, G. (2015). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen en adolescenten.* Utrecht: De Tijdstroom.

Tarver, J., Daley, D., Lockwood, J., & Sayal, K. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 23(12), 1123-1137.

Teeuwen, M. (2012). Verraderlijk gewoon: *Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht.* Amsterdam: SWP.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck M. J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Abnormal Child Psychology*, 35, 475–495.

Tjaden, J., & Albrecht, G. (2015). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Relationele Gezinstherapie (RGT)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies*.

Tremblay, R. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.

Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., … Japel, C. (2005). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), 43–50. http://doi.org/10.1542/peds.114.1.e43

Traag, T., & Velden, R. K. W. van der (2008). *Early school-leaving in the Netherlands. The role of student-, family- and school factors for early school-leaving in lower secondary education.* Maastricht: Research Centre for Education and the Labour Market.

United Nations, Committee on the Rights of the Child (2009). *General Comment No. 12, The right of the child to be heard.*

Utrzan, D.S., Piehler, T.F., & Dishion, T.J. (2018). The role of deviant peers in oppositional disorder and conduct disorder. In J.E. Lochman, & W. Matthys (Eds.), *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulsive-Disorders* (pp. 325-338). Chichester: Wiley-Blackwell.

Veen, D. van, Steenhoven, P. van der, & Kuijvenhoven, T. (2007). *LCOJ-Monitor 2006: Reboundvoorzieningen voortgezet onderwijs. Onderzoeksbevindingen en analyse van programma's.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Vink, R.M., Wolff, M.S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2016). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Vliek, L. (2015). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Kanjertraining'.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van *www.nji.nl/jeugdinterventies.*

Walters, G.D. (2017). Proactive criminal thinking and deviant identity as mediators of the peer influence effect. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 15(3), 281–298. http://doi.org/10.1177/1541204016636436

Waldman, I.D. (1996). Aggressive boys' hostile perceptual and response biases: The role of attention and impulsivity. *Child Development*, 67, 1015–1033.

Ward, M. A., Theule, J., & Cheung, K. (2016, October). Parent–Child Interaction Therapy for Child Disruptive Behaviour Disorders: A Meta-analysis. *In Child & Youth Care Forum* (Vol. 45, No. 5, pp. 675-690). Springer US.

Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren: Praktische gids bij het opvoeden van jonge kinderen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weeland, J., Chhangur, R. R., van der Giessen, D., Matthys, W., Orobio de Castro, W., & Overbeek, G. (2017). Intervention effectiveness of The Incredible Years: New insights into sociodemographic and intervention-based moderators. *Behavior Therapy*, 48, 1-18.

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R. & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79-117.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2009). *Vertrouwen in de school: over de uitval van 'overbelaste' jongeren.* Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wiel, N. van de, Hoppe, A., & Matthys, W. (2003). *Minder boos en opstandig: Een gedragstherapeutisch programma voor kinderen met disruptieve gedragsstoornissen en hun ouders.* Deel I. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Wits, E., Doreleijers, T., Meije, D., Wijngaarden, B. van, Werkgroep Richtlijn Middelengebruik, & Glind, G. van de (2015). *Richtlijn Middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Woolfenden, S., Williams, K. J., & Peat, J. (2009). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder an delinquency aged 10-17 (Review). *The Cochraine Library*, issue 1.

Wolff, M.S. de, Bakel, H.J.A. van, Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Yperen, T. van, Booy, Y., & Veldt, M. C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg.* Utrecht: NIZW Jeugd.

Yperen, T. van, & Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van, & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg.* Zutphen: Eburon.

Zanden, A.P. van der, Meeuwissen, J.A.C., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M.A., & Hosman, C.M.H. (2015). *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming.* Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Zonnevylle-Bender, M.J.S., Matthys, W., Wiel, N.M.H. van de, & Lochman, J.E. (2007) Preventive effects of treatment of DBD in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 33-39.

Zwikker, M., Dale, D. van, Dunnink, T., Willemse, G., Rooijen, S. van, Heeringa, N. & Rensen, P. (2015). *Erkenning van interventies, Criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2015-2018.* Utrecht: RIVM, NJi, NISB, Trimbos instituut, Vilans, Movisie, NCJ.

Geraadpleegde websites:

www.aanvalopschooluitval.nl
www.nji.nl/jeugdinterventies
www.onderwijsconsulenten.nl
www.rijksoverheid.nl
www.speciaalonderwijs.kennisnet.nl
www.swpbs.nl
www.trimbos.nl
www.zat.nl

Bijlage 1

Kennislacunes, ontwikkellacunes en signalen

Bijlage 1. Kennislacunes, ontwikkellacunes en signalen

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn heeft de werkgroep een aantal kennislacunes geconstateerd. In volgorde van belangrijkheid zijn dit de volgende lacunes:

1. Veel van het aangehaalde effectonderzoek in de Richtlijn betreft buitenlands onderzoek. Er is veel minder bekend over de effectiviteit van interventies in de Nederlandse praktijk.
2. Daarbij neemt effectonderzoek naar interventies bij ernstige gedragsproblemen vanaf twaalf jaar recidivevermindering vaak als uitgangsmaat. Het zou zinvol zijn om ook onderzoek te verrichten in de Nederlandse praktijk naar de afname van gedragsproblemen. Er is nu weinig bekend over de effectmaat 'afname van gedragsproblemen'.
3. Er is weinig tot geen systematisch wetenschappelijk onderzoek naar beleid, voorzieningen en interventies ten behoeve van het voorkomen en terugdringen van schoolverzuim en schooluitval.
4. Er is weinig bekend over effectiviteit van interventies bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.
5. Er is weinig onderzoek verricht naar uitval (drop out) uit interventies en naar jongeren bij wie interventies geen of onvoldoende effect sorteren.
6. Het onderzoek naar de effecten van Relationele gezinstherapie laat zien hoe belangrijk het is om na te gaan of de onderzochten interventies ook zijn uitgevoerd zoals bedoeld (programma-integriteit). Echter in vrijwel alle aangehaalde studies is niet gekeken naar de mate van therapiegetrouwe uitvoering.
7. Er is veel minder onderzoek naar de effectiviteit van interventies bij jongeren met ernstige gedragsproblemen boven de twaalf jaar of zelfs zestien jaar dan effectonderzoek naar interventies bij kinderen onder de twaalf jaar.
8. pecifiek is het interessant om te onderzoeken wat effectiever is bij jongeren vanaf twaalf jaar: het inzetten van een systeeminterventie in combinatie met CGt of het enkelvoudig inzetten van CGt of het enkelvoudig inzetten van een systeeminterventie.
9. Er is weinig tot niets bekend over de vraag hoe beroepsopvoeders in een residentiële setting jeugdigen op effectieve wijze kunnen ondersteunen in adequate schoolgang.
10. Er is nauwelijks Nederlands onderzoek om de aard van het probleemgedrag van kinderen in kaart te brengen en daarbij onderscheid te maken naar verschillende typen gedragsproblemen.
11. Er is weinig Nederlands onderzoek naar de bidirectionaliteit van gedragsproblemen. Er is wel veel bekend over het effect van opvoedingsvaardigheden op het gedrag van kinderen maar er is weinig onderzoek naar het effect van het gedrag van kinderen op het gedrag van opvoeders.
12. Er is weinig tot niets bekend uit onderzoek over effectiviteit van interventies bij verschillende migrantengroepen.
13. Er is weinig tot niets bekend over de vraag of interventies bij meisjes om een andere vorm en opzet vragen dan interventies voor jongens.

Ontwikkellacunes

Naast de kennislacunes zijn bij de ontwikkeling van de richtlijn enkele ontwikkellacunes geconstateerd.

1. Invulling van effectieve samenwerking tussen jeugdhulp en onderwijs en invulling van gecombineerde onderwijs-zorgarrangementen voor de jeugdigen met de meest ernstige problemen.
2. Ontwikkeling van deels geprotocolleerde methoden voor beroepsopvoeders en ambulant jeugdprofessionals om cognitieve vaardigheden van jeugdigen te vergroten en over te dragen aan ouders of opvoeders van ouders.

Signalen

Ten slotte heeft de werkgroep het volgende gesignaleerd.

1. Er is in Nederland beperkte discipline in het bewaken van programma-integriteit van effectieve interventies of programma's. Er is in de huidige praktijk te weinig aandacht en tijd voor opleiding, methodische werkbegeleiding en monitoring om de voorgeschreven aanpak in de richtlijn zorgvuldig uit te voeren.
2. Zowel praktijkdeskundigen in de jeugdhulp als in het onderwijs geven aan dat er nauwelijks sprake is van goede samenwerking tussen jeugdhulp en onderwijs. Dit lijken nog twee aparte werelden met een aparte taal en met verschillende doelen die elkaar niet vanzelfsprekend opzoeken, ook niet als er sprake is van ernstige gedragsproblemen bij jeugdigen. Dit vraagt nadere aandacht omdat een goed verlopen schoolloopbaan en een startkwalificatie beschermende factoren zijn voor de verdere levensloop van de jeugdige.
3. Er is beperkt inzicht in de verschillende factoren die gedragsproblemen veroorzaken. Er moet in de opleiding van jeugdprofessionals meer aandacht komen voor informatie over zowel kind-kenmerken (denk daarbij ook aan biologische factoren) als omgevingsfactoren en de bidirectionaliteit van gedrag.
4. De behandeling van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen vraagt om een specialistische aanpak. De huidige MBO- en HBO-opleiding biedt onvoldoende kennis en vaardigheden voor de uitvoering van deze specialistische aanpak. Aanvullende opleiding in het zorgvuldig toepassen van gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische technieken is dan ook nodig.
5. Instanties in het voorliggende veld die een belangrijke taak hebben in screenen, beschikken regelmatig niet over de inzet van een gedragswetenschapper die nodig is om uitkomsten van de ASEBA-vragenlijsten, de SEV of de SDQ te interpreteren. De interpretatie wordt in deze gevallen gedaan door een daarvoor niet gekwalificeerde professional, waardoor de kans op verkeerde interpretaties vergroot wordt.
6. Samenwerken in de behandeling voor jongeren met ernstige gedragsproblemen door de jeugdhulp kan beter.