

Gedragsproblemen

Samenvatting

Het is van groot belang dat kinderen en jongeren voldoende psychosociale, emotionele en leervaardigheden ontwikkelen. Wanneer de ontwikkeling daarvan achterwege blijft, lopen jeugdigen het risico op gedragsproblemen van uiteenlopende aard. In dit hoofdstuk geven we een indeling van de belangrijkste probleemgedragingen die bij jeugdigen kunnen voorkomen. We richten de aandacht speciaal op jeugdigen die extra risico lopen op het ontwikkelen van te weinig vaardigheden. Dit zijn jeugdigen met 'attention deficit hyperactivity disorder' (ADHD), angstig en stemmingsverstoord gedrag, evenals jeugdigen met ernstige gedragsproblemen, zoals oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag (ODD/CD) en jeugdigen met autisme. Verder wordt in dit hoofdstuk uitgebreid ingegaan op de maatregelen die opvoeders, school en professionals kunnen nemen, om te voorkomen dat jeugdigen gedragsproblemen ontwikkelen. Wij presenteren ook wetenschappelijk onderbouwde principes en interventiemethoden voor het terugdringen van gedragsproblemen bij jeugdigen.

- 2.1 Inleiding – 9**
- 2.2 Wanneer is er sprake van een gedragsprobleem? – 9**
- 2.3 In kaart brengen van probleemgedragingen – 10**
- 2.4 Sociaal-emotionele problemen nader bekeken – 12**
 - 2.4.1 Aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD) – 12
 - 2.4.2 Sociale gedragsproblematiek (ODD/CD) – 13
 - 2.4.3 Angstig en stemmingsverstoord gedrag – 14
 - 2.4.4 Autistisch gedrag – 15
 - 2.4.5 Screening van gedragsproblemen – 16

2.5	De omvang van sociaal-emotionele gedragsproblemen in Nederland – 18
2.5.1	Het aantal jeugdigen met sociaal-emotionele gedragsproblemen – 18
2.5.2	De samenhang tussen gedragsproblemen en leeftijd, sekse en schooltype – 19
2.5.3	De samenhang tussen ADHD, ODD/CD, angstig en stemmingsverstoord gedrag, en autisme – 19
2.6	Oorzaken van sociaal-emotionele gedragsproblemen – 21
2.6.1	Biologische factoren als oorzaak van sociaal-emotionele gedragsproblemen – 21
2.6.2	Omgevingsfactoren als oorzaak van sociaal-emotionele gedragsproblemen – 24
2.6.3	Positieve opvoedingsfactoren – 25
2.7	Behandeling van gedragsproblemen – 26
2.7.1	Algemene aspecten van de behandeling van gedragsproblemen – 26
2.7.2	Behandeling van gedragsproblemen per probleemgroep – 28
2.8	Gedragsproblemen in vogelvlucht – 35
	Literatuur – 37

Casus Timo: Probleem

Timo (8) hilde als baby regelmatig en was als kind druk en beweeglijk. Deze situatie was volgens de ouders destijds goed te hanteren. De laatste tijd is Timo echter steeds vaker ongehoorzaam. Hij luistert niet meer, knoeit met eten, ruimt niets op en pest zijn oudere zus. Als de ouders er iets van zeggen, raakt hij van erg streek. Hij huult dan van boosheid en druipt, met deuren slaand, af naar zijn kamer, waar hij vervolgens computerspelletjes gaat spelen.

Ook op school gaat het minder goed. Hij is steeds vaker ongezeglijk. In de klas staat hij soms plotseling op en roept 'boe', en nog een keer 'boe' tegen andere leerlingen. Als de juf iets zegt van zijn storende gedrag wordt hij driftig, waarna hij op de gang wordt gezet om af te koelen.

2.1 Inleiding

Bij ieder kind doet zich wel eens een probleem voor. De meeste van deze problemen maken deel uit van de ontwikkeling en helpen het kind verder. Als het kind zich thuis bijvoorbeeld niet aan de regels houdt, botst het met de ouders en leert het zich te houden aan afspraken. Als het op school niet bij de les blijft, haalt het een onvoldoende, waardoor het leert opletten, en als het kind ruzie heeft met vriendjes, leert het hoe ruzies te voorkomen of op te lossen zijn. Kortom, gedragsproblemen zijn inherent aan de ontwikkeling van het kind en onlosmakelijk verbonden met het opvoeden. Een opvoeding zonder gedragsproblemen van het kind bestaat niet.

Maar waarom vormen kinderen met gedragsproblemen dan een probleem? Ten eerste zijn er kleine en grote problemen. Hoe groter het probleem, hoe meer kans dat de ouders, de school en de samenleving er last van gaan ondervinden. Ten tweede zijn er positieve en negatieve omstandigheden. Hoe ongunstiger de gezins- of schoolsituatie, hoe groter het risico dat kleine problemen grote problemen worden. Ten derde zijn niet alle problemen gunstig voor de ontwikkeling. Er kunnen ook problemen optreden die de ontwikkeling belemmeren, in plaats van bevorderen.

In dit hoofdstuk staan we stil bij enkele gedragsproblemen die voor ouders en leraren heel moeilijk hanteerbaar kunnen zijn en die onbeheersbaar kunnen worden. Het gaat dan om problemen die ook in de samenleving veel last kunnen veroorzaken en vaak met de inschakeling van professionele hulp moeten worden aangepakt.

2.2 Wanneer is er sprake van een gedragsprobleem?

Deze vraag is niet zo gemakkelijk te beantwoorden als het lijkt. Het voor de hand liggende antwoord is dat het om gedragsproblemen gaat waarvan de ouders, de leerkrachten of de samenleving vinden dat het ongewenst, ongepast, zorgelijk en lastig is. Zo worden jeugdigen getypeerd als ongehoorzaam, onbetrouwbaar, opstandig, onberekenbaar, agressief, angstig enzovoorts. Daarmee lijkt de dagelijkse praktijk antwoord te geven op de vraag wanneer er sprake is van probleemgedrag. Maar zo simpel is het niet. Want waar de één bepaald gedrag als een probleem beschouwt, ziet de ander dat niet zo. Wat de één bijvoorbeeld agressie noemt, vindt de ander juist assertief. Het gaat hier om subjectieve oordelen.

In de loop der tijd zijn er diverse pogingen ondernomen om op een objectievere wijze vast te stellen of er wel of niet sprake is van een gedragsprobleem. Er is gepoogd een onderscheid te maken in normaal en abnormaal gedrag, in aangepast en onaangepast en in gezond en ziek gedrag. Geen van deze invalshoeken leidde echter tot een bevredigende definitie van probleemgedrag.

Wij menen dat we van probleemgedrag kunnen spreken als ouders, leerkrachten en andere personen dit gedrag beschouwen als strijdig met de door hen én de samenleving gehanteerde normen en regels en/of wanneer deskundigen dit gedrag als problematisch beoordelen op basis van valide kenmerken van psychische (on)gezondheid (Ploeg 2014).

In deze formulering wordt rekening gehouden met het oordeel van de ouders en andere personen, met de geldende normen en regels én met het oordeel van de deskundige; deze formulering zegt echter niets over de ernst van de problematiek.

We voegen hier daarom nog enkele criteria toe aan de omschrijving van probleemgedrag, waarmee de ernst van de gedragsproblematiek nader te bepalen is. Probleemgedrag is zorgelijker naarmate het:

- vaker voorkomt (frequentie);
- al langere tijd speelt (duur);
- in meer verschillende situaties voorkomt (omvang);
- de gevolgen ernstiger zijn (consequenties);
- lastiger te beïnvloeden is (beïnvloedbaarheid).

Casus Timo: Vraagstelling

De ouders maken zich zorgen over het onhandelbare gedrag van Timo. Deze nemen nog toe als hij van school gestuurd wordt door brutaal gedrag tegen de juf en het schoolhoofd. In het gesprek daarover met school kwam ook nog naar voren dat Timo de laatste tijd steeds meer achter is geraakt. In samenspraak met de leerlingbegeleider wordt nagegaan hoe zorgelijk de situatie is. Dan blijkt dat het wangedrag regelmatig voorkomt en al wat langere tijd speelt. Ook heeft het nare gevolgen: het verpest de sfeer thuis en er dreigt serieuze uitval op school. De terechte vraag van ouders en school is dan ook: wat is er met Timo aan de hand?

2.3 In kaart brengen van probleemgedragingen

Er zijn in de loop van de geschiedenis veel uiteenlopende sociaal-emotionele problemen bij kinderen en jongeren gesignaleerd. Ook zijn er diverse pogingen ondernomen om de verschillende probleemgedragingen in kaart te brengen.

Aanvankelijk werden daartoe tweedelingen gebruikt, zoals agressief gedrag tegenover angst, geremd gedrag tegenover ongeremd gedrag, sociale problemen tegenover emotionele problemen en gedragsproblemen tegenover persoonlijkheidsproblemen. Later volgden ook indelingen in drie, vier en zelfs vijf basisdimensies. Een bekend voorbeeld is de Big Five (Kohnstamm et al. 1998). Deze indeling omvat de gedragsdimensies extravert (naar buiten versus naar binnen gericht), sociaal (meegaand versus bezig), serieus (ordelijk versus wanordelijk), stabiel (emotioneel stabiel versus labiel) en open (intellectuele autonomie versus

niet-autonomie). Van deze indelingen zijn de meeste gebaseerd op epidemiologisch bevolkingsonderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van de vragenlijstmethode. De laatste decennia wordt veel gebruikgemaakt van het onderscheid tussen geïnternaliseerde en geëxternaliseerde gedragsproblemen (Verhulst 1996; Achenbach en Rescorla 2006). Onder deze twee noemers valt een breed scala aan problemen. De eerste categorie omvat problemen waar de jeugdigen vooral zelf last van hebben, zoals angst, depressieve klachten, remmingen, piekeren, zich afzonderen en psychosomatische klachten. Onder de tweede categorie vallen gedragingen die niet alleen de jeugdige zelf, maar ook de omgeving veel last bezorgen, zoals agressie, diefstal, delinquentie en impulsiviteit.

Vanuit de klinische praktijk zijn er ook verschillende indelingen gemaakt. Het bekendst zijn de (kinder)psychiatrische classificatiesystemen. Zo is al geruime tijd de *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) in gebruik. De eerste versie dateert van 1952, de laatste versie, versie 5, is van 2013 (American Psychiatric Association 2013). De DSM is sterk op Noord-Amerika gericht. Om een betere werelddekking te krijgen, werd door de World Health Organization een alternatief ontwikkeld, de 'International Classification of Diseases' (ICD). Van de ICD is inmiddels versie 10 in omloop (World Health Organisation 2003). De DSM en de ICD brengen vooral psychiatrische stoornissen in kaart. Ze maken echter ook melding van sociaal-emotionele gedragsproblemen, die vanuit de psychiatrische invalshoek aangeduid worden als stoornissen. De belangrijkste bij kinderen zijn: aandachtstekortstoornissen met hyperactiviteit, angstig en stemmingsverstoord gedrag, gedragsstoornissen en autismespectrumstoornissen.

■ ■ Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)

Rekening houdend met zowel de empirische als de klinische invalshoek bij het in kaart brengen van gedragsproblemen, ontwikkelden wij de Sociaal Emotionele Vragenlijst, een instrument om sociaal-emotionele problemen bij jeugdigen op te sporen. De vragenlijst omvat 72 verschillende probleemgedragingen die door ouders, leraren of andere personen die het kind goed kennen, worden beoordeeld.

Het onderzoek met de Sociaal Emotionele Vragenlijst laat zien dat ouders en leerkrachten vier groepen van bij elkaar horende gedragsproblemen onderscheiden. Deze vier clusters geven de meest voorkomende sociaal-emotionele problemen van jeugdigen weer. Het betreft de volgende problematiek (Scholte en Ploeg 2013):

- aandachtstekort met hyperactiviteit;
 - aandachtstekort;
 - hyperactiviteit;
 - impulsiviteit;
- sociale gedragsproblematiek;
 - oppositioneel-opstandig gedrag;
 - agressief gedrag;
 - antisociaal gedrag;
- angstig en stemmingsverstoord gedrag;
 - angstig gedrag in het algemeen;
 - sociaal-angstig gedrag;
 - angstig-depressief gedrag;
- autistisch gedrag.

2.4 Sociaal-emotionele problemen nader bekeken

Het begrip ‘sociaal-emotionele problematiek’ verwijst naar sociale, psychische of emotionele gedragsmoeilijkheden die zich kunnen voordoen in de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Hiervoor onderscheidde we vier probleemgebieden met een aantal nader gedifferentieerde problemen.

We gaan eerst in op de vraag om welke problemen het precies gaat. Daarna staan we stil bij de vraag hoe kan worden vastgesteld of het gedrag van jeugdigen problematisch is te noemen.

2.4.1 Aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD)

De probleemgedragingen die onder deze noemer vallen, worden ook wel aangeduid met de term ADHD. Het betreft hier een afkorting van het Engelse ‘attention deficit hyperactivity disorder’. Deze stoornis omvat de volgende drie gedragsaspecten.

Aandachtstekort

Kinderen die kampen met aandachtstekort hebben grote moeite hun aandacht bij hun taken, spel of sociale interacties te houden. Het tekort manifesteert zich over een breed gebied, uiteenlopend van onjuiste reacties op eenvoudige prikkels, via chaotisch en weinig oplettend gedrag, tot het niet kunnen oplossen van complexe werkopdrachten.

Kinderen met aandachtstekort hebben opvallend weinig oog voor details. Hun (school) werk is meestal rommelig, weinig doordacht en bevat veel fouten die duiden op slordigheid. Verder kunnen ze zich slecht op hun bezigheden concentreren. Ze maken bijvoorbeeld hun werk niet af, beginnen met een nieuwe taak voordat de vorige is afgerond of ruilen snel de ene bezigheid in voor de andere. Ook worden kinderen met aandachtstekort vlug aangetrokken door prikkels die niets met hun actuele taak van doen hebben. Aandachtstekort leidt verder tot chaotisch gedrag. De kinderen hebben moeite met het organiseren van hun werk en ze gaan veelal onzorgvuldig om met hun bezittingen. Het aandachtstekort kan zich ook in sociaal opzicht uiten. Deze kinderen vergeten bijvoorbeeld vaak afspraken, kunnen hun hoofd niet goed bij een gesprek houden en wisselen veel van onderwerp zonder de lopende conversatie af te maken.

Hyperactiviteit

Hyperactiviteit verwijst naar een hoge mate van motorische onrust. Een hyperactief kind wriemelt zenuwachtig met de handen of wiebelt onrustig heen en weer met de voeten. Het kind kan niet stil blijven zitten in de klas, staat vaak van zijn plaats op en loopt heen en weer. Daarnaast rennen hyperactieve kinderen veel rond, klimmen ze overal op en zitten ze overal aan. Ze kunnen zich niet rustig zelf vermaken of rustig blijven spelen. Ze praten overmatig en druk, maken veel lawaai en zijn altijd maar in de weer, alsof ze worden aangedreven door een motor.

Impulsiviteit

Impulsiviteit verwijst naar het direct reageren op omgevingsprikkels. Het betreft hier kinderen die overmatig ongeduldig zijn en hun reactie niet kunnen uitstellen tot het juiste moment. Impulsieve kinderen gooien hun antwoord er bijvoorbeeld al uit voordat een vraag

helemaal gesteld is. Ze hebben bij het spelen vaak moeite om op hun beurt te wachten, dringen zich ongevraagd op, verstoren het spel van anderen of onderbreken een gesprek, vaak tot ergernis van die anderen. Door hun impulsiviteit geven de kinderen te pas en te onpas commentaar, hebben ze grote moeite om instructies van anderen op te volgen en hangen ze vaak de clown uit. Ook gebruiken ze zonder te vragen dingen van anderen en zitten ze aan spullen, terwijl ze weten dat ze er niet aan mogen komen. Daarnaast zoeken impulsieve kinderen vaak spannende situaties op en ondernemen ze fysiek gevaarlijke activiteiten, zoals skateboarden op ruw terrein, stoeperanden of bankleuningen.

2.4.2 Sociale gedragsproblematiek (ODD/CD)

Onder deze noemer vallen drie typerende clusters van probleemgedrag.

Oppositieel-opstandig gedrag

Kinderen die zich oppositieel-opstandig gedragen, verzetten zich op een hinderlijke en ergerlijke manier tegen anderen. Dat kan leeftijdgenoten betreffen, maar meer nog wordt er oppositie gevoerd tegenover volwassenen. Het hatelijk dwarsliggen gaat vaak gepaard met prikkelbaar en opvliegend gedrag. Het incasseringsvermogen van deze jeugdigen is niet erg groot: ze zijn snel gefrustreerd en voelen zich gauw beledigd. In hun botsingen met de omgeving zullen zij niet toegeven dat ze mogelijk fout zijn geweest. Integendeel, zij zoeken de schuld bij voorkeur bij anderen en nooit bij zichzelf. Al met al gaat het om jeugdigen die enerzijds zeer tegendraads zijn en anderzijds snel zijn aangebrand.

Dit gedragskenmerk komt overeen met het in de DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) beschreven gedrag onder de noemer ODD, de afkorting van het Engelse 'oppositional-defiant disorder'.

Agressief gedrag

Agressie verwijst naar gedragingen die er op zijn gericht anderen psychische of lichamelijke schade te berokkenen. Het gaat hierbij om handelingen als bedreigen, pesten, vechten, slaan en schoppen, maar ook om het opzettelijk vernielen van andermans eigendommen.

Agressief gedrag kan zich op verschillende manieren uiten. De agressie kan zowel lichamelijk (mishandelen) als psychisch (schelden, jennen, kleineren) van aard zijn. Een ander onderscheid is dat tussen directe agressie (een klap geven) en indirecte agressie (stiekem spullen van een ander vernielen). Verder kan de agressie openlijk van aard zijn, maar kan de agressie ook in bedekte termen voorkomen, zoals een ander bij herhaling provoceren of voor de voeten lopen. Kortom, agressief gedrag verwijst naar een breed scala van gedragingen waarbij duidelijk een daadwerkelijke of vermeende bedoeling aanwezig is om de ander lichamelijk of psychisch letsel toe te brengen.

Antisociaal gedrag

Dit type gedrag heeft betrekking op problemen die ook wel worden beschouwd als prede-linquente gedragingen. In alle gevallen gaat het om handelingen waarbij duidelijke regels en afspraken worden geschonden. Daarbij moeten we denken aan de waarheid verdoezelen en liegen, ofwel onbetrouwbaar zijn. Voor een deel gaat het ook om wetsovertredend gedrag, zoals stelen van anderen en diefstal uit winkels.

2 Jeugdigen met antisociaal gedrag trekken vaak op met jeugdigen met vergelijkbaar gedrag. Zij zoeken aansluiting bij elkaar, omdat andere jeugdigen hen liever kwijt dan rijk zijn, want erg populair zijn deze jeugdigen niet. Typerend voor antisociale jeugdigen is verder dat zij niet alleen ingaan tegen de regels thuis, zoals over straat zwerven of wegblijven ondanks een verbod van de ouders, maar dat zij ook de regels op school negeren en vaak spijbelen.

Samen met het agressief gedrag worden deze gedragskenmerken in de DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) aangeduid met de term CD, een afkorting van het Engelse ‘conduct disorder’.

2.4.3 Angstig en stemmingsverstoord gedrag

Angstig en stemmingsverstoord gedrag verwijst naar storende gedragingen die op het eigen innerlijk zijn gericht. In de spreektaal worden deze veelal aangeduid als emotionele problemen, die bij kinderen vooral bestaan uit angsten en depressieve gevoelens.

Angst in het algemeen

Onder deze noemer wordt de sterke angst geschaard die niet gerelateerd is aan een bepaalde situatie of een bepaald voorwerp, of aan een bepaalde stressgevendende factor. Het gaat met andere woorden om een onberedeneerbare angst. In de kinderpsychiatrische literatuur wordt hier ook wel gesproken van ‘over-anxious disorder’ (OAD) en van ‘generalized anxiety disorder’ (GAD).

Jeugdigen die kampen met angst in het algemeen, maken zich snel zorgen en piekeren veel. Ze kunnen hun angstgevoelens niet van zich afzetten en raken gemakkelijk verstrikt in hun eigen angsten. Behalve verward, kunnen deze jeugdigen ook snel in paniek raken en weten dan niet wat ze moeten doen. Typerend is dan ook dat deze kinderen vaak erg besluiteloos zijn.

Niet zelden gaan deze irrationele zorgen en angsten gepaard met slecht slapen en klachten als vermoeidheid.

Angstig-teruggetrokken gedrag

Bij sociaal-angstige jeugdigen is sprake van een aanhoudende angst voor sociale situaties. Hierbij moeten we denken aan situaties waarbij de jeugdige bang is om te worden bekritiseerd door anderen of bang is zich in de ogen van anderen niet adequaat te gedragen. Het gevolg is dat deze jeugdigen dergelijke situaties vermijden. Hierdoor komen ze dikwijls alleen te staan.

Het zijn veelal verlegen, in zichzelf gekeerde jeugdigen die weinig of niet voor zichzelf opkomen en zich gauw in een hoek laten drukken. Het liefst zonderen zij zich af en spelen zij alleen. Het afzonderen kan op den duur ook een afsluiten worden voor anderen. In dat geval blijft het niet alleen bij verlegenheid, maar raken deze jeugdigen meer en meer gesloten.

Angstig-depressief gedrag

Het gaat hier om een gemoedstoestand waarin gevoelens van verdriet, neerslachtigheid, somberheid en waardeloosheid domineren. De betrokken personen hebben het gevoel in de put te zitten en zien niet hoe ze daar uit kunnen komen. Ze voelen zich ongelukkig en denken dat iedereen hen in de steek heeft gelaten.

Vroeger werd vaak gedacht dat kinderen niet depressief konden zijn. Depressiviteit zou alleen bij volwassenen voorkomen. Dat is echter niet het geval. Ook kinderen kunnen zich erg eenzaam en ongelukkig voelen. Deze angstig-depressieve stemming gaat dikwijls gepaard met het gevoel een waardeloos iemand te zijn. Deze jeugdigen kunnen zich niet voorstellen dat anderen om hen geven en hen respecteren. Ze voelen zich de gevangene van hun eigen sombere en negatieve gedachten.

2.4.4 Autistisch gedrag

Kenmerkend voor jeugdigen die autistisch gedrag vertonen, is dat zij op drie belangrijke terreinen stoornissen vertonen.

In de eerste plaats is er sprake van tekortkomingen in sociaal-interactief gedrag. Kinderen met autisme maken bijvoorbeeld geen oogcontact en van hun gezicht valt niet af te lezen dat zij contact hebben met anderen. Ze zijn niet in staat tot een normale gespreksinteractie. Deze kinderen lijken ook niet te kunnen zien of een ander boos, blij of verdrietig is, ze kunnen zich niet in de ander verplaatsen en slagen er niet in relaties met leeftijdgenoten te hebben.

In de tweede plaats vertonen deze kinderen tekorten in communicatief gedrag. De non-verbale omgangsvormen wijken af, ze gedragen zich vreemd als er oogcontact is en ze gebruiken geen of onjuiste gebaren. Kinderen met autisme lijken in een geheel andere of eigen wereld te verkeren. Ze kunnen overdreven geboeid raken door één bepaald ding, maar ook zonder reden plotseling in paniek raken. Ook de ontwikkeling van de verbale communicatie, zoals het praten, loopt achter. Deze kinderen spreken dikwijls met een monotone stem, hebben problemen met het geluid en de snelheid van spreken en begrijpen taal slecht.

Ten derde geven deze kinderen doorgaans blijk van star, rigide of stereotiep gedrag. Zij hebben vaste gedragspatronen en routines waar ze niet van af kunnen wijken. Dat komt onder meer tot uitdrukking in zich herhalende bewegingen. Het gaat daarbij om ogenschijnlijk doelloze handelingen die keer op keer worden herhaald, zoals bepaalde bewegingen met hoofd, handen of vingers. Verder ontbreekt het kinderen met autisme aan flexibiliteit in de omgang met nieuwe situaties. Ze hebben grote moeite om flexibel van de ene taak naar de andere over te schakelen. Ook kunnen deze kinderen erg halsstarrig zijn en lijken zij vaak doof voor wat anderen zeggen. Kinderen met autisme manifesteren zich dikwijls als vlak en emotioneel, maar kunnen op andere onverwachte momenten ook juist erg in verwarring raken en emotioneel, angstig of agressief reageren.

Combinaties van bovenstaande gedragingen worden in de kinderpsychiatrie aangeduid als ASD, wat een afkorting is van het Engelse 'autism spectrum disorder', of als ASS, de Nederlandse afkorting van autismspectrumstoornissen. In dit boek wordt alleen de term autisme gebruikt.

De sociaal-interactieve en communicatieve beperkingen worden in de DSM-5 overigens 'beperkingen in de sociale communicatie' genoemd, terwijl de starre, rigide en stereotiepe gedragingen 'beperkte repetitieve gedragspatronen' zijn gaan heten (American Psychiatric Association 2013).

Casus Timo: Exploratie vraagstelling

Via het Internet proberen de ouders zich een beeld te vormen van het probleem van hun kind. Het drukke en impulsieve gedrag van Timo zou ADHD kunnen zijn. Zijn ongezeglijkheid en pestgedrag zijn daar echter minder goed mee te rijmen; dat duidt volgens het Internet meer op agressie. Huilen en boosheid heeft iets te maken met angst en stemming, terwijl plotseling 'boe' roepen en preoccupatie met computerspelletjes typerend zouden kunnen zijn voor autisme.

De ouders komen er niet uit en wenden zich opnieuw tot de school met de vraag: wat is er met Timo aan de hand?

2.4.5 Screening van gedragsproblemen

Hoe kan worden bepaald of sprake is van de hiervoor genoemde problemen? Voor deze screening staan in de praktijk verschillende methoden ter beschikking.

Zo kan een gedragsdeskundige een open of een gestandaardiseerd interview afnemen bij ouders, leerkrachten of andere personen die het kind goed kennen. Hierin kunnen de aard, ernst en duur van de klachten worden geïnventariseerd, evenals de mate van erfelijkheid en de geschiedenis en situatiegebondenheid van het probleemgedrag.

Hiernaast kan men jeugdigen door getrainde professionals laten observeren, waarbij aantekeningen of video-opnamen van het probleemgedrag worden gemaakt. De observaties kunnen gericht zijn op dagelijkse leefsituaties thuis of op school, of gefocust zijn op interacties met opvoeders en leraren.

Verder kan aan betrokkenen die het kind goed kennen, worden gevraagd een gestandaardiseerde gedragsvragenlijst, zoals de Sociaal Emotionele Vragenlijst, in te vullen. Deze methode heeft een aantal praktische voordelen. Zo is een vragenlijst eenvoudig af te nemen en snel in te vullen. Daarnaast zijn vragenlijsten gemakkelijk statistisch te analyseren, waardoor men snel een goed beeld kan krijgen van de problematiek, mits de kwaliteit van het instrument voldoende is (zie verderop).

Het is belangrijk dat de bepaling gebaseerd is op de ervaringen van de opvoeders die direct bij de ontwikkeling van het kind betrokken zijn. Als gedragsvragenlijsten door deze opvoeders worden ingevuld, geven deze vragenlijsten niet alleen een beeld van de sociaal-emotionele problemen van het kind, maar zeggen ze tegelijkertijd iets over de problemen die de opvoeders met het gedrag van het kind ervaren. Op grond van de uitkomsten kan de behandeling zowel op het probleemgedrag van de jeugdige als op de handelingsverlegenheid van de betrokken ouders of leraren worden gericht. Dit direct betrekken van de opvoedingsomgeving bij de behandeling van het kind vergroot de kans op herstel van de ontwikkeling van de jeugdige aanzienlijk (Furlong et al. 2012).

Bij screening is het belangrijk dat het probleem op een zo objectief mogelijke wijze wordt vastgesteld. In de gedragswetenschappen wordt daarom als eis gesteld dat screeningsinstrumenten valide en betrouwbaar moeten zijn (zie ►kader 2.1). Hiernaast heeft het begrip 'probleemgedrag' een normatieve component. Dit betekent dat er een norm of grenswaarde moet zijn om te bepalen of het gescreende gedrag een probleem vormt of niet (zie ►kader 2.2).

De kwaliteit van screenings- en testinstrumenten wordt bewaakt door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlandse Instituut voor Psychologen (►www.psynip.nl/cotan), onderdeel tests/beoordelingssysteem. Dit instituut publiceert tevens periodiek een overzicht van de kwaliteit van de bestaande testinstrumenten. Een op jeugdproblematiek toegespitst overzicht van diagnostische screeningsinstrumenten is te vinden bij het Nederlandse Jeugdinstituut (►www.nji.nl/), onderdeel instrumenten, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

Kader 2.1: Validiteit en betrouwbaarheid

Om zicht te krijgen op het werkelijke gedrag van de jeugdige dienen de gedragsbepalingen valide en betrouwbaar te zijn. Maar wat betekenen die begrippen?

Validiteit verwijst ernaar dat het te meten begrip niet mis te verstaan mag zijn. Als de ene beoordelaar bijvoorbeeld met agressie 'vechten' bedoelt, terwijl een ander bij agressie denkt aan 'schreeuwen', dan zal een schreeuwende jeugdige door de eerste niet agressief worden gevonden en door de tweede wel. Het te meten begrip is dan niet valide, waardoor het niet mogelijk is om een geldige conclusie te trekken. Validiteit omvat verschillende componenten (Gregory 2007). We noemen hier de inhoudsvaliditeit (wat betekent het begrip?), de concurrente validiteit (spoort het begrip met andere vergelijkbare begrippen?) en de criteriumvaliditeit (voorspelt het begrip relevante andere verschijnselen?).

Betrouwbaarheid verwijst naar overeenstemming in beoordeling. Als twee beoordelaars het erover eens zijn dat agressie verwijst naar 'vechten', dan kan het begrip 'agressie' tot op zeker hoogte valide worden genoemd. Men kan dan echter nog steeds tot verschillende conclusies komen, bijvoorbeeld doordat de ene beoordelaar agressie opvat als één keer vechten per maand, terwijl de andere agressie opvat als drie keer vechten per maand. Ongelijke beoordelingen ontstaan ook wanneer iemand op het ene moment agressie opvat als drie keer vechten per maand en een week later als één keer vechten per maand. De beoordeelde wordt dan eerst als agressief beoordeeld, maar komt bij de herbeoordeling na een week niet meer als agressief uit de bus, terwijl het te beoordelen gedrag niet is veranderd. De overeenstemming tussen twee onafhankelijke beoordelaars wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid genoemd, terwijl de overeenstemming tussen twee opeenvolgende beoordelingen de test-hertestbetrouwbaarheid wordt genoemd. Voor diagnostische doeleinden dienen de overeenkomstcoëfficiënten van betrouwbaarheidsmaten 0,80 en hoger te zijn (Nunnally en Bernstein 1994).

Kader 2.2: Normering

De term 'probleemgedrag' verwijst naar afwijkend gedrag. Maar wanneer kan gedrag eigenlijk als afwijkend worden bestempeld?

Of gedrag afwijkend is of niet, wordt in de gedragswetenschappen bepaald door het gedrag van individuele jeugdigen te vergelijken met dat van gemiddelde leeftijd- en seksegenoten. Hoe die zich gedragen, kan worden vastgesteld door het gedrag te meten in een normgroep jeugdigen die een goede afspiegeling vormt van de totale jeugdbevolking. De subgroep met de meeste gedragsproblemen kan vervolgens worden aangeduid als de 'problematische' groep.

Stel dat 15 % van de Nederlandse jeugdigen hulp nodig heeft vanwege probleemgedrag (Looze et al. 2014). Op grond hiervan zou men de grens ('cut-off'score') voor de aanwezigheid van probleemgedrag bij 85 % (ofwel percentiel 85) kunnen leggen. Jeugdigen die beneden of in percentiel 85 scoren, hebben dan geen hulp voor gedragsproblemen nodig, terwijl jeugdigen die boven het 85e percentiel scoren wél hulp nodig hebben. Vanwege deze behoefte aan hulp wordt deze groep dan ook wel de 'klinische groep' genoemd of de groep met klinische problemen. Overigens is 15 % probleemgevallen een normatieve keuze; men kan de norm ook op 5 % stellen als daar goede gronden voor zijn. De grens wordt dan bij percentiel 95 gelegd (het gedrag van 95 % van de jeugdigen in de normgroep wordt dan als niet-problematisch opgevat).

Casus Timo: Screening

Om meer duidelijkheid te krijgen, stelt de school voor Timo's gedrag te screenen met de Sociaal Emotionele Vragenlijst (Scholte en Ploeg 2013). Op grond van de score op dit instrument kan duidelijk worden of de sociaal-emotionele ontwikkeling afwijkt van die van leeftijd- en seksegenoten. Met de Sociaal Emotionele Vragenlijst worden de volgende gedragsproblemen gescreend: aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD), oppositio-neel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag (ODD/CD), angstig en stemmingsverstoord gedrag en autisme.

Als Timo's gedrag op deze gebieden vaker voorkomt dan bij 80 % van de Nederlandse kinderen het geval is, zijn er lichte (of subklinische) problemen. Hulp is dan wellicht nodig. Als Timo's gedrag vaker voorkomt dan bij 95 % van de kinderen het geval is, zijn de problemen ernstig (of klinisch). Professionele hulp is dan zeker nodig.

Om een goed beeld te krijgen van het gedrag van Timo vullen zowel de ouders als de juf, onafhankelijk van elkaar, de Sociaal Emotionele Vragenlijst in.

2.5 De omvang van sociaal-emotionele gedragsproblemen in Nederland

2.5.1 Het aantal jeugdigen met sociaal-emotionele gedragsproblemen

Hoeveel jeugdigen met gedragsproblemen er zijn, is niet zo gemakkelijk aan te geven. Er is wel veel onderzoek naar verricht, maar de aantallen lopen nogal uiteen. Dat komt omdat er verschillende definities van probleemgedrag worden gebruikt en doordat de onderzoeksmethoden verschillen.

De schattingen van het aantal jeugdigen met problemen lopen in de internationale literatuur sterk uiteen: van 2 tot 35 % (Ploeg 2014). Voor Nederland stelde Verhulst in 1985 (Verhulst 1985) vast dat 26 % van de jeugdigen tussen de 4 en 16 jaar oud beschouwd kan worden als problematisch en 7 % als ernstig problematisch. De laatste jaren wordt in Nederlandse rapporten over de staat van de Nederlandse jeugd meestal uitgegaan van 15 % jeugdigen met problemen, verdeeld over 10 % jeugdigen met lichte en 5 % jeugdigen met ernstige problemen (Looze et al. 2014). Het aanhouden van deze percentages betekent concreet dat op de basisscholen meer dan 200.000 kinderen en in het voortgezet onderwijs ruim 150.000 leerlingen met problemen kampen die meer vereisen dan alleen een beetje aandacht.

Het gaat hier om een algemene veronderstelling. Om die te toetsen, inventariseerden we hoe Nederlandse ouders het gedrag van hun kinderen beoordelen. We gebruikten daarvoor de eerdergenoemde Sociaal Emotionele Vragenlijst (Scholte en Ploeg 2013). Op basis van een representatieve steekproef van 2536 Nederlandse ouders met schoolgaande kinderen in de leeftijd van vier tot achttien jaar levert dit het beeld op zoals opgesteld in [tab. 2.1](#).

Het totaal aantal kinderen dat volgens de ouders ten minste een van de genoemde sociaal-emotionele problemen te zien geeft, bedraagt 15 %. (Dat de optelsom van de vier probleemgroepen in [tab. 2.1](#) hoger uitkomt, hangt samen met het feit dat veel jeugdigen meer dan één probleem hebben, zie verderop).

Tabel 2.1 Voorkomen van sociaal-emotionele problemen volgens ouders ($n = 2536$)

	totale groep met problemen	matig-ernstige problemen	ernstige problemen
aandachtstekort met hyperactiviteit	4,3 %	3,6 %	0,7 %
oppositieel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag	6,4 %	4,5 %	1,9 %
angstig en stemmingsverstoord gedrag	8,7 %	5,4 %	3,3 %
autisme	1,5 %	0,6 %	0,9 %

2.5.2 De samenhang tussen gedragsproblemen en leeftijd, sekse en schooltype

In het onderzoek met de Sociaal Emotionele Vragenlijst werd tevens vastgesteld dat oudere jeugdigen (12 tot 18 jaar) meer problemen laten zien dan jongere jeugdigen (4 tot 12 jaar). Voorts blijken jongens problematischer dan meisjes. Ook blijken er verschillen op te treden als naar het schooltype wordt gekeken. Zo komen bij leerlingen in het speciaal onderwijs drie keer zo vaak sociaal-emotionele problemen voor vergeleken met leerlingen in het reguliere basisonderwijs. Op het vmbo doet zich drie tot vier keer meer problematiek voor dan op de havo of in het vwo.

2.5.3 De samenhang tussen ADHD, ODD/CD, angstig en stemmingsverstoord gedrag, en autisme

Comorbiditeit bij gedragsproblemen is niet ongebruikelijk. Veel jeugdigen hebben doorgaans niet één gedragsprobleem, maar vertonen sociaal-emotionele gedragsproblemen op meer dan één gebied. Zo gaat ADHD niet zelden samen met ODD en CD (Angold et al. 1999). Ook andere combinaties doen zich voor.

De comorbiditeit voor de Nederlandse situatie hebben we onderzocht door de Sociaal Emotionele Vragenlijst voor te leggen aan een representatieve steekproef van ouders. Het blijkt dat volgens de ouders 6 % van de jeugdigen in Nederland op twee of meer gebieden sociaal-emotionele problemen heeft en dat bij 9 % van de jeugdigen sprake is van enkelvoudige problematiek. [Tabel 2.2](#) geeft de samenhang weer van de verschillende problemen.

Gedragstrekken van ADHD, ODD/CD blijken bij ruim een derde tot meer dan de helft van de kinderen met deze problemen, samen voor te komen. Om en nabij een vijfde heeft daarnaast last van angstig en stemmingsverstoord gedrag.

Als autisme in het spel is, blijkt de helft van de kinderen bijkomend probleemgedrag te vertonen dat duidt op ADHD en ODD/CD, terwijl twee derde te kampen heeft met bijkomend angstig en stemmingsverstoord gedrag. Het omgekeerde komt echter minder vaak voor. Slechts een tiende tot een vijfde van de kinderen met ADHD, ODD/CD en angstig en

Tabel 2.2 Comorbiditeit van de sociaal-emotionele problemen volgens ouders in Nederland					
	<i>n</i>	aandachtstekort met hyperactiviteit	oppositieel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag	angstig en stemmings-verstoord gedrag	autisme
aandachts-tekort met hyperactiviteit	110	–	56 %	35 %	17 %
oppositi-oneel-op-standig, agressief en antisociaal gedrag	120	39 %	–	41 %	13 %
angstig en stemmings-verstoord gedrag	220	17 %	29 %	–	11 %
autisme	38	49 %	54 %	64 %	–

stemmingsverstoord gedrag toont trekken van autisme. Tot slot blijkt angstig en stemmings-verstoord gedrag zich het meest als enkelvoudig probleem te manifesteren.

Sociaal-emotionele gedragsproblematiek bij jeugdigen is dus vaak complex. Zo gaat het bij autisme vaak niet alleen om het typische autistische gedrag; achter dit gedrag kan angstig en stemmingsverstoord gedrag schuilgaan. Ook kan autistisch gedrag ondergesneeuwd raken door kenmerken van ADHD.

Om passende ondersteuning te kunnen bieden, is het daarom belangrijk om er in de klinische diagnostiek rekening mee te houden dat sociaal-emotionele problemen vaak niet enkelvoudig zijn, maar in wisselende combinaties kunnen voorkomen.

Casus Timo: Uitslag screening			
<p><i>ADHD.</i> De Sociaal Emotionele Vragenlijst laat zien dat Timo veel drukker en impulsiever is dan zijn leeftijd- en seksegenoten. Zowel bij de ouders als de juf valt de testuitslag voor ADHD in het klinische gebied. Het is hierdoor raadzaam nader diagnostisch onderzoek naar ADHD te doen.</p> <p><i>ODD/CD.</i> De ouders en de juf zijn het er tevens over eens dat Timo oppositieel en opstandig kan zijn. De uitslagen liggen hier in het subklinische gebied. Dit duidt op licht antisociaal probleemgedrag. Ingrijpen kan raadzaam zijn om ernstiger te voorkomen.</p> <p><i>Angstig en stemmingsverstoord gedrag.</i> Op dit gebied verschillen de oordelen van de ouders en de juf. Daar waar de ouders geen afwijkingen zien, meent de juf dat Timo regelmatig sociaal-angstig is en een eenzame indruk maakt. Het is raadzaam het door de juf gesignaleerde angstig en stemmingsverstoorde gedrag via gerichte diagnostiek nader te onderzoeken.</p>			

Autisme. Volgens de Sociaal Emotionele Vragenlijst vertoont Timo niet meer autistisch gedrag dan andere kinderen. Het is daarom niet waarschijnlijk dat autisme in het spel is. Samenvattend geeft de Sociaal Emotionele Vragenlijst aan dat Timo op diverse gebieden sociaal-emotionele problemen heeft. Hij is druk en impulsief, en neigt naar agressief en antisociaal gedrag, terwijl er tevens aanwijzingen zijn van beginnende angst- en stemmingsklachten. Besloten wordt een nader diagnostisch onderzoek te doen om de achtergronden van Timo's complexe gedragsproblematiek te ontrafelen.

2.6 Oorzaken van sociaal-emotionele gedragsproblemen

De veronderstelling is dat bij het ontstaan van vrijwel alle sociaal-emotionele gedragsproblemen zowel omgeving als aanleg een rol speelt. Afhankelijk van het type problematiek, komt het accent meer op de aanleg of meer op de omgeving te liggen, waarbij wordt uitgegaan van een wisselwerking tussen het kind en zijn omgeving. Dat wil zeggen dat in aanleg aanwezig probleemgedrag bij het kind door negatieve reacties uit de omgeving kan worden versterkt en door positieve kan worden afgezwakt. Zo kan druk en overactief gedrag bij het kind enerzijds door streng straffen uitgroeien tot agressief gedrag, terwijl dit gedrag anderzijds door positieve activiteit, bijvoorbeeld een passende sport, goed onder controle te houden en bij te sturen is.

2.6.1 Biologische factoren als oorzaak van sociaal-emotionele gedragsproblemen

Ten aanzien van de vraag in hoeverre de gedragsproblemen een biologische basis hebben, komt de laatste jaren steeds meer nadruk te liggen op de biologische toerusting, ofwel genetische defecten, hersenbeschadigingen en/of neurologische tekorten. Onderzoek hiernaar is veelbelovend, maar staat nog in de kinderschoenen.

Genetische invloeden. Onderzoek onder tweelingen laat allereerst zien dat er genetisch meer is bepaald dan tot voor kort werd gedacht. Het blijkt dat diverse eigenschappen, uiteenlopend van intelligentie tot agressie, sterk in aanleg aanwezig zijn (Rutter 2006). Van de door ons onderscheiden sociaal-emotionele problemen blijkt ADHD het sterkst in aanleg te zijn bepaald. Zo hebben eenenige tweelingen 70 tot 90 % kans beiden ADHD te hebben als een van beide kinderen deze stoornis heeft. Bij autisme is de overerfbaarheid met 50 tot 90 % eveneens zeer aanzienlijk. Bij sociaal probleemgedrag en angstig en stemmingsverstoord gedrag is de genetische bepaaldheid minder sterk, alhoewel nog steeds duidelijk aanwezig. Bij ODD/CD is deze kans 40 tot 50 % en bij depressie 31 tot 42 %.

Verstandelijke beperking. Bekend is dat sociaal-emotionele gedragsproblemen relatief vaak voorkomen bij kinderen met een verstandelijke beperking. Zo kampt meer dan de helft van de jeugdigen met een licht verstandelijke beperking tevens met gedragsproblemen en depressies (Didden 2006). Over de omgekeerde relatie – de mate waarin jeugdigen met gedragsproblemen verstandelijk beperkt zijn – is echter maar weinig bekend. Bovendien lopen de schattingen sterk uiteen. Zo werd nog niet zo lang geleden verondersteld dat 70 % van de jeugdigen met autisme tevens te kampen heeft met een verstandelijke beperking. In een recente schatting van de Gezondheidsraad (2009) werd de lat echter veel lager gelegd,

■ Tabel 2.3 Sociaal-emotionele gedragsproblemen en verstandelijke beperking

	gedragsproblematische kinde- ren (n = 410) met een verstan- delijke beperking	verstandelijk beperkte kinderen (n = 63) met gedragsproblemen
aandachtstekort met hyperactiviteit	7 %	11 %
oppositieel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag	8 %	21 %
angstig en stemmingsver- stoord gedrag	8 %	40 %
autisme	10 %	19 %
totaal	8 %	49 %

namelijk op 40 tot 50 %, iets wat in een nog weer recentere schatting gehalveerd is tot 20 % (Berckelaer-Onnes 2012).

Om zicht te krijgen op de relatie tussen sociaal-emotionele problematiek en het intelligentiequotiënt (IQ) werd aan ouders die aan het eerdergenoemde onderzoek met de Sociaal Emotionele Vragenlijst deelnamen, tevens gevraagd aan te geven of hun kind een diagnose van een (licht) verstandelijke beperking had (IQ < 0,70). Dat bleek bij 63 kinderen ofwel 2,3 % het geval te zijn. ■ Tabel 2.3 geeft het verband weer met de sociaal-emotionele proble-
matiek.

Van alle jeugdigen met sociaal-emotionele problemen blijkt rond een tiende een verstan-
delijke beperking te hebben. Dit geldt ook voor de ons onderscheiden sociaal-emotionele
probleemgebieden. Binnen de groep met een verstandelijke beperking liggen de percentages
jeugdigen met gedragsproblemen echter een stuk hoger dan in de algemene bevolking. Van
de verstandelijk beperkte jeugdigen kampt de helft met sociaal-emotionele gedragsproble-
men. Bij een tiende gaat het om ADHD. Bij een vijfde nemen de ouders autisme en ODD/
CD waar. Vier vijfde van de jeugdigen met een verstandelijke beperking geeft blijkt van ang-
stig en stemmingsverstoord gedrag. Deze bevindingen duiden er enerzijds op dat het risico
op sociaal-emotionele problemen bij jeugdigen met een verstandelijke beperking sterk ver-
hoogd is. Anderzijds duiden ze erop dat een verstandelijke beperking bij de ontwikkeling van
sociaal-emotionele gedragsproblematiek in de totale bevolking slechts een beperkte rol speelt.
Het merendeel van de jeugdigen met sociaal-emotionele problemen blijkt normaal en hoger
begaafd te zijn.

Hersenfuncties. Onderzoek naar het functioneren van het brein heeft meer inzicht ver-
schafte in de hersenfuncties die het gedrag aansturen. Twee hersengebieden zijn daarbij van
doorslaggevend belang. Dat zijn de amygdala en de prefrontale cortex (Haaxma 2008). Veron-
dersteld wordt dat de emoties voor een belangrijk deel hun biologische oorsprong hebben in
de amygdala. Emoties spelen een belangrijke rol in het overleven. Angst kan er bijvoorbeeld
toe bijdragen dat men tijdig ontkomt aan gevaar, boosheid en agressie kunnen bedreigingen
afweren, glimlachen kan de contactlegging met vreemden vergemakkelijken en het delen van
intieme gevoelens bevordert de vorming van persoonlijke relaties. Een passende emotiere-
gulatie is dan ook belangrijk om succesvol op de eisen van de omgeving te kunnen inspe-
len (zie ook ►H. 5). De prefrontale cortex speelt hierbij een sturende rol. Dit hersengebied

is betrokken bij dagelijkse functies, zoals ordenen, plannen, concentreren, analyseren, redeneren, beslissingen nemen, sociaal gedrag en impulsbeheersing. Deze activiteiten van de prefrontale cortex worden de executieve functies genoemd. Stoornissen in de executieve functies kunnen tot uiting komen in de vorm van sociaal-emotionele gedragsproblematiek.

De rol van biologische factoren bij aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD)

Bij ADHD spelen biologische factoren een rol bij de wijze waarop informatie wordt verwerkt. Een kind met ADHD is onvoldoende in staat om de prikkels uit zijn omgeving te filteren, te selecteren en te controleren. Het kind raakt daardoor overspoeld door prikkels, die hij vervolgens niet kan omzetten in gerichte activiteiten. Dit kan worden gezien als neurologisch disfunctioneren. Om die reden heeft men lange tijd gesproken van kinderen met een 'minimal brain damage' (MBD). Omdat deze biologische beschadiging niet aangetoond kon worden, is deze term vrijwel niet meer in gebruik. Tegenwoordig wordt overwegend van ADHD gesproken. Dit begrip beschrijft de kerngedragingen van het probleemgedrag en geeft daarvoor beter weer wat er aan de hand is.

De rol van biologische factoren bij oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag (ODD/CD)

Disfunctioneren van de prefrontale cortex kan ook negatieve gevolgen voor het gedrag hebben, doordat de jeugdige bijvoorbeeld te weinig heeft nagedacht over de gevolgen van zijn gedrag of situaties verkeerd heeft ingeschat. Zo kunnen jeugdigen onterecht agressief reageren, omdat zij vriendschappelijk bedoeld gedrag van anderen als vijandig interpreteren en denken dat de ander kwade bedoelingen heeft. Er wordt verondersteld dat zulke denkfouten mede ten grondslag liggen aan het oppositioneel-opstandige, agressieve en antisociale gedrag van kinderen met ODD en CD (Dodge et al. 1986).

De rol van biologische factoren bij angstig en stemmingsverstoord gedrag

Stoornissen in de prikkel- en informatieverwerking en stoornissen in het executieve denken, staan vaak centraal bij jeugdigen met angstig en stemmingsverstoord gedrag. Deze kinderen hebben de neiging om alles wat ze ervaren als 'gevaarlijk' te bestempelen of 'beangstigend' te vinden. Ze worden bijvoorbeeld al bang van alledaagse bezigheden als slapengaan, eten, over straat lopen en naar school gaan. Angstig-depressieve kinderen ervaren bovendien het leven zelf als een zware last, vaak doordat ze denken onvoldoende vaardig te zijn om aan de eisen van het dagelijkse leven te voldoen (Kerig et al. 2012).

De rol van biologische factoren bij autisme

Lange tijd is gedacht dat autisme het gevolg was van een opvoeding waarin de ouders zich gedistantieerd en koel opstelden. Wetenschappelijk onderzoek heeft dit echter niet kunnen bevestigen. De laatste jaren is echter wel steeds duidelijker geworden dat de prikkel- en informatieverwerking bij jeugdigen met autisme sterk afwijkt van het verwerkingspatroon dat bij kinderen zonder ontwikkelingsproblemen bestaat.

Allereerst geven jeugdigen met autisme blijk van een gebrek aan invoelingsvermogen. Ze kunnen zich niet in anderen verplaatsen en lijken in hun denken niet in staat te zijn om gedachten en gevoelens toe te schrijven aan zichzelf en aan anderen. Dit wordt ook wel aangeduid als het ontbreken van een 'Theory of Mind' (ToM). Hiernaast blijkt de informatieverwerking bij jeugdigen met autisme sterk gefragmenteerd te verlopen. Door een gebrek aan centrale coherentie in het denken kunnen deze jeugdigen sterk geboeid raken door details,

2 zonder het geheel te zien. De aandacht wordt bijvoorbeeld gericht op het onthouden van nummerborden, terwijl de verkeerssituatie zelf over het hoofd wordt gezien. Tot slot is er ook bij autisme een direct verband met het executieve brein. Zo hebben jeugdigen met autisme grote moeite met het flexibel organiseren, plannen en oplossen van problemen. Daarbij denken jeugdigen met autisme vaak in vastliggende patronen en systemen (Baron-Cohen 2008). Dit kan de grote behoefte aan orde, structuur en regelmaat bij deze jeugdigen verklaren, evenals het feit dat hoogbegaafde jeugdigen met autisme succesvol kunnen zijn in beroepen die systematisch denken vereisen, zoals het programmeren van computertoepassingen.

Casus Timo: Voorgeschiedenis

Ten behoeve van de diagnostiek heeft men met de ouders allereerst een gesprek over de voorgeschiedenis (heteroanamnese). Naar voren komt dat Timo altijd al wel druk was en soms flink kon huilen, maar dat dit meestal goed te hanteren was. Het afgelopen jaar is het storende probleemgedrag thuis en op school echter steeds meer toegenomen. Bij het genetisch onderzoek zijn er geen meldingen van ADHD bij voorouders, ook niet in de bredere familie. Verder behaalde Timo bij een IQ-test op school een score van 112, waardoor een verstandelijke beperking uitgesloten is. Deze bevindingen maken het minder waarschijnlijk dat het drukke en impulsieve probleemgedrag van Timo te wijten is aan een biologisch verankerde ADHD-stoornis.

2.6.2 Omgevingsfactoren als oorzaak van sociaal-emotionele gedragsproblemen

In de omgeving van het kind nemen de ouders de meest centrale positie in. Ook al zijn er aanlegfactoren in het spel, dan nog zijn de ouders van eminent belang voor de ontwikkeling van hun kind. Zo kunnen ouders met een autoritaire opvoedingsstijl, die geen (affectieve) steun verlenen en weinig responsief reageren, veel schade veroorzaken. Daarentegen kunnen ouders die hun kind emotioneel steunen, adequaat reageren op de gedragingen en behoeften van het kind, en hun kind voldoende ruimte en autonomie bieden om zich te ontwikkelen, positief bijdragen aan de ontplooiing van hun kind. Naast het gezin hebben ook de school en de vrienden van het kind invloed op de wijze waarop de jeugdige uitgroeit tot volwassene.

Van oudsher wordt verondersteld dat bij de opvoeding twee aspecten essentieel zijn, namelijk het ondersteunen en het begeleiden van de ontwikkeling van het kind (Rollins en Thomas 1970; Maccoby en Martin 1983). Het eerste aspect heeft betrekking op factoren zoals affectie en communicatie, terwijl het tweede verwijst naar regels en toezicht. Recentelijk is nog een derde onderdeel voorgesteld, namelijk psychologische controle (Barber 1996). Deze factor kan positief zijn, zoals het kind vertrouwen en respecteren, maar ook negatief, zoals het kind wantrouwen en kleineren. Verder zijn er nog enkele omgevingskenmerken die de gezonde ontwikkeling van jeugdigen kunnen belemmeren. We doelen hier op aspecten zoals: weinig inkomen, langdurige werkloosheid, slechte behuizing, ongunstige woonbuurt, veel ziekte en traumatische ervaringen (Kerig et al. 2012). De kans op sociaal-emotionele problemen bij jeugdigen is vooral verhoogd als deze kenmerken samengaan met negatieve opvoedfactoren.

2.6.3 Positieve opvoedingsfactoren

Er zijn de voorbije decennia veel onderzoeken uitgevoerd naar de vraag welke opvoedingsfactoren precies bevorderen dat een kind zich positief ontwikkelt en voorkomen dat het sociaal-emotionele problemen geeft. We beschrijven hier in het kort de drie essentiële basiskenmerken van de opvoeding die uit onderzoek naar voren komen. Verder verwijzen we naar ►H. 6, dat dieper op de gezinsfactoren ingaat.

Emotioneel steunen

Typerend voor een ondersteunende manier van opvoeden zijn de volgende vier kenmerken:

- warmte bieden (kinderen geborgenheid, bescherming en veiligheid geven);
- responsief zijn (reageren op de behoeften en andere signalen van kinderen);
- bemoedigen (positief bejegenen, belonen, support geven, bevestigen);
- affectie geven (positieve emoties tonen, blijk geven van liefde en zorg).

Responsief begeleiden

Begeleiden houdt in dat ouders de ontwikkeling van de kinderen op de voet volgen en hen bijsturen wanneer dat nodig is.

Typerend voor deze manier van opvoeden zijn de volgende vier aspecten:

- reguleren (eisen stellen, grenzen aanbrengen en regels opstellen en hanteren);
- monitoren (goed op de hoogte zijn van het doen en laten van de kinderen);
- belonen van goed gedrag (kinderen positief waarderen als zij iets goed hebben gedaan);
- straffen (dit middel doordacht en met mate hanteren).

Eigenheid respecteren

Bij respecteren gaat het om een manier van opvoeden waarbij de ouders hun kinderen respecteren. De machtige positie die ouders in het gezin hebben, kan er gemakkelijk toe leiden dat zij hun kinderen niet serieus nemen en geen rekening met hen houden. De wil van de ouders is wet. Kinderen verdienen echter van jongs af aan respect.

Typerend voor deze vorm van opvoeden zijn de volgende vier elementen:

- respect tonen (kinderen serieus nemen, naar hen luisteren en een stem geven);
- uitleg geven (laten zien wat de gevolgen zijn van gedrag);
- consistent en flexibel optreden (vaste lijn volgen met oog voor de omstandigheden);
- autonomie verlenen (kinderen stap voor stap ruimte en zelfstandigheid geven).

Positief opvoeden

Onderzoek laat zien dat de kans op de door ons onderscheiden sociaal-emotionele problemen toeneemt als ouders of opvoeders hun kinderen onvoldoende ondersteunen, begeleiden en/of respecteren (Owen et al. 2012; Yap et al. 2014; Hoeve et al. 2009). Respectvol opvoeden volgens deze drie principes – ook wel positief opvoeden genoemd – gaat tegen dat jeugdigen sociaal-emotionele problemen ontwikkelen, terwijl positief opvoeden bij kinderen met beginnende of reeds gevorderde problemen leidt tot een afname van het probleemgedrag (Furlong et al. 2012).

Casus Timo: Gezinsfactoren			
----------------------------	--	--	--

Omdat er geen sprake lijkt te zijn van ADHD wordt de diagnostiek gericht op de gezins- en opvoedingsomstandigheden. Er blijken geen materiële gezinsproblemen te zijn met werk, financiën, huisvesting en buurt. Wel geven de ouders duidelijk aan dat de sfeer in het gezin de laatste tijd erg gespannen en ruzieachtig is door het lastige gedrag van Timo, en dat ze niet meer weten hoe ze hem moeten aanpakken.

Om nader te bepalen wat er precies knelt in het gezin, vullen de ouders de Gezinsvragenlijst in (ofwel, de GVL, Ploeg en Scholte 2008). Dit instrument geeft een beeld van de structuur in het gezin, evenals van de partnerrelatie, de gezinscommunicatie, de opvoedingsrelatie en het sociale netwerk (zie verder ► H. 6).

De Gezinsvragenlijst laat zien dat de relaties in het gezin ernstig verstoord zijn door ruzies, onderling wantrouwen en onbegrip, en dat er bij het opvoeden sprake is van gebrek aan warmte, structuur en regelmaat.

2.7 Behandeling van gedragsproblemen

Ieder kind is wel eens opstandig, druk en storend, of gedraagt zich angstig, somber en teruggetrokken. Wanneer deze sociaal-emotionele problemen niet al te heftig zijn, kunnen ze doorgaans goed via de drie basiscomponenten van het opvoeden worden bijgestuurd. De gedragsproblemen kunnen echter ook zeer frequent zijn en zo ernstig dat positief opvoeden onvoldoende soelaas biedt. Dan komt professionele behandeling in beeld.

We gaan eerst dieper in op de algemene aspecten van de behandeling van gedragsproblemen. Daarna presenteren we de belangrijkste behandelingen die gebruikt kunnen worden voor het bijsturen van de door ons onderscheiden sociaal-emotionele problemen van jeugdigen.

2.7.1 Algemene aspecten van de behandeling van gedragsproblemen

Ontwikkeling van de diverse psychotherapeutische stromingen

De psychologische behandeling van problematisch gedrag kent een lange traditie. Aanvankelijk zijn voor de behandeling van gedragsproblemen enkele kindgerichte strategieën en therapieën ontworpen vanuit psychoanalytische en psychodynamische hoek, waarbij de aandacht zich vooral richtte op de acceptatie van emoties en gebeurtenissen uit het verleden die de ontwikkeling negatief zouden hebben beïnvloed. Later drukte de gedragstherapeutische stroming een zwaardere stempel op de behandeling. In tegenstelling tot bij de analytische en dynamische benadering richtte de aandacht zich nu op het actuele gedrag, dat men via systematische training probeerde te veranderen. Een uitgekiend spel van belonen van gewenst gedrag en negeren of mild straffen van ongewenst gedrag werd daarbij centraal gesteld. Deze werkwijze wordt ook vandaag de dag nog veel gebruikt en wordt ook wel de operante conditionering van gedrag genoemd.

Nog weer later droeg de cognitieve psychologie belangrijk bij in het ontwikkelen van behandelingsmethoden voor probleemgedrag. Vanaf dan komt er een sterk accent te liggen op het cognitieve verwerkingssysteem. Niet alleen externe beloningen zijn belangrijk, ook het

vooruitzicht op beloning en straf speelt een belangrijke rol in het vertonen van gedrag. Met name het doorbreken van verkeerde denkprocessen bleek cruciaal te zijn om probleemgedrag te veranderen. Deze techniek, die ook wel wordt aangeduid als cognitieve herstructurering van disfunctionele gedragsmotieven, vormt heden ten dage het grote hart van de cognitieve gedragstherapie (zie ►kader 2.3).

Wetenschappelijk is aangetoond dat cognitieve gedragsbehandeling effectieve oplossingen kan bieden voor uiteenlopende sociaal-emotionele gedragsproblemen van jeugdigen (Sukhodolsky 2004; Landenberger en Lipsey 2005; James et al. 2015). De methode is niet alleen effectief bij face-to-face contacten, maar heeft ook positieve opbrengsten bij toepassing via het Internet en E-health, met name bij lichte problemen (Ebert et al. 2015).

Kader 2.3: Cognitieve herstructurering

Verondersteld wordt dat probleemgedrag als volgt ontstaat: (1) op zich neutrale gebeurtenissen (bijv. een spreekbeurt moeten geven) gaan gepaard met (2) negatieve gedachten (bijv. spreken kan ik niet) en (3) negatieve gevoelens (bijv. angst) die (4) leiden tot niet-functioneel gedrag (bijv. ziekmelden). Dit gedragsmechanisme wordt ook wel aangeduid als het 4G-model. Soms wordt nog een vijfde gaan toegevoegd, namelijk de gevolgen van het disfunctionele gedrag (bijv. zittenblijven).

Door jeugdigen te leren om negatieve gedachten te vervangen door positieve, helpende gedachten en gevoelens (bijv. spreken is uitdagend en spannend) kunnen negatieve gedragsketens omgebogen worden tot positieve.

Het belang van systeeminzet

In de hiervoor beschreven benaderingen is de behandeling primair op de jeugdige gericht. Belangrijk is echter ook de directe omgeving actief bij de behandeling te betrekken, zoals het gezin en de school. De laatste jaren is duidelijk geworden dat gedragsverbetering bij kinderen groter is als ook ouders en school de positieve gedragsuitkomsten ondersteunen (multimodale behandeling).

Het belang van een therapeutische alliantie

Bij het vermelden van de verschillende behandelingsmethoden mag beslist niet worden vergeten dat ook de relatie tussen cliënt en therapeut van wezenlijk belang is. Voor het welslagen van een behandeling is een positieve wisselwerking tussen cliënt en therapeut essentieel (er is een 'sociaal-emotionele' klik tussen betrokkenen).

De inzet van farmacotherapie

Bij de behandeling van gedragsproblemen heeft in de loop der tijd de farmacologische discipline ervoor gezorgd dat een breed scala aan medicijnen kan worden ingezet. Ten aanzien van medicijngebruik wordt echter terecht een behoudend beleid gevoerd als het om gedragsproblemen bij jeugdigen gaat. Niet alleen kan het gebruik van medicijnen nevenverschijnselen hebben, zoals sufheid of misselijkheid, ook is niet precies bekend hoe de verschillende sociaal-emotionele gedragsproblemen precies beïnvloed worden door de medicijnen. Het enige wat we tot nu toe weten, is dat de symptomen van bepaalde gedragsproblemen soms effectief verminderen bij het gebruik van bepaalde medicijnen en dat neurotransmitters daarbij een belangrijke rol spelen.

Beschikbare interventieprogramma's

De afgelopen jaren zijn er vele programma's ontwikkeld voor het behandelen van sociaal-emotionele gedragsproblemen bij jeugdigen. Voor een overzicht hiervan verwijzen we naar de databank 'Effectieve Jeugdinterventies' van het Nederlands Jeugdinstituut (►www.nji.nl).

2.7.2 Behandeling van gedragsproblemen per probleemgroep

In deze paragraaf staan we stil bij de belangrijkste behandelingsvormen die zijn gericht op de vier door ons onderscheiden probleemgroepen. Tussen de verschillende behandelingen bestaat nogal wat overlap. Vandaar dat wij bij elke probleemcategorie zo veel mogelijk de onderscheidende behandelingsvormen in beeld brengen.

Voor professionals zijn specifieke richtlijnen voor diagnostiek en behandeling ontwikkeld. Zo kan bij ADHD en ODD/CD de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen* worden geraadpleegd (Lange et al. 2015), voor angstig- en stemmingsverstoord gedrag is de *Richtlijn Stemningsproblemen* voorhanden (Meeuwissen et al. 2015) en bij autisme kan de *Richtlijn diagnostiek en behandeling van Autisme Spectrum Stoornissen bij kinderen en jeugdigen* worden gevolgd (Schothorst 2009), evenals de *JGZ-richtlijn Autismespectrumstoornissen* (NCJ 2016).

Behandeling van gedragsproblemen bij aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD)

■ ■ Pedagogische typering

Kinderen met ADHD zijn sneller afgeleid dan leeftijdgenootjes. Ze zijn ook veel drukker en doen vaker dingen zonder na te denken. Om dit probleemgedrag bij te sturen, wordt er van oudsher voor gepleit om jeugdigen met ADHD een prikkelarme en duidelijk herkenbare pedagogische omgeving aan te bieden met vaste regels en gewoonten, zoals een rustige kamer, een vaste dagindeling, enkelvoudige taken en eenduidige opdrachten. Een prikkelarme omgeving biedt echter niet altijd de beste oplossing. Soms vinden drukke kinderen juist baat bij een prikkelrijke omgeving. Ze worden daar alerter van en kunnen zich daardoor ook beter concentreren (Barkley 2013). Welke omgeving het beste bij het kind past – prikkelarm of prikkelrijk – zal dan ook moeten worden uitgezocht. De ouders kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Daarnaast dienen de ouders het kind te respecteren en emotioneel te ondersteunen. Net als bij kinderen zonder problemen, is bij kinderen met ADHD persoonlijke aandacht een erg belangrijke opvoedfactor. Persoonlijke aandacht leidt tot een betere ontwikkeling dan wanneer men het afleidbare en ongestuurde gedrag van het kind alleen met harde hand en straffen binnen de perken probeert te houden (Ploeg en Scholte 2001).

■ ■ Psycho-educatie

Voor zowel de ouders van de jeugdige als de jeugdigen zelf, is goed leren omgaan met de kenmerken van ADHD de belangrijkste en eerste sleutel voor het in goede banen leiden van de ontwikkeling van de jeugdige. Verstandige ouders (en kinderen) zoeken allereerst meer informatie over ADHD op het Internet of bij ouderverenigingen (psycho-educatie). Ouders kunnen zich ook aansluiten bij zelfhulpgroepen of deelnemen aan oudertrainingsprogramma's. Hier kunnen ze de gedragstherapeutische principes leren voor het bijsturen van het gedrag van kinderen met ADHD ('Parent Management Training' of mediatietherapie). Verder is het mogelijk om pedagogisch deskundigen te raadplegen, zoals een kinderpsycholoog

of orthopedagoog, terwijl bij volstrekt onhandelbaar of complex probleemgedrag een beroep gedaan kan worden op de kinderpsychiater.

■ ■ Gedragstherapie

Bij de behandeling van ADHD bij jeugdigen wordt doorgaans gebruikgemaakt van gedrags-therapie. De gedragsverandering wordt vooral bewerkstelligd via het systematisch belonen van het gewenste gedrag (Hinshaw en Ehrhardt 1991). Dit wordt operante conditionering genoemd: waar de jeugdige met ADHD moeite heeft om van binnenuit zijn gedrag te reguleren, probeert de omgeving dit interne regelmechanisme te bevorderen door aandachtig en doordacht gedrag systematisch te bekrachtigen en druk en impulsief gedrag te negeren of in bepaalde gevallen te bestraffen. De beloning die het gevolg is van het gewenste rustige gedrag, leidt ertoe dat dit gedrag steeds vaker wordt vertoond. Tegelijkertijd krijgt het drukke storende gedrag steeds minder ruimte om zich te uiten.

Overigens betekent het voorgaande niet dat de operante conditionering van het gewenste gedrag in de praktijk altijd even soepel verloopt. Het storende gedrag kan zo onhanteerbaar zijn dat tijdelijk een straffe maatregel nodig is. Het kind kan dan in een prikkelvrije ruimte apart gezet worden, opdat én totdat de jeugdige gekalmeerd is (time-out).

De operante gedragstherapie blijkt bij ADHD de effectiefste aanpak, met name wanneer deze vorm van gedragstherapie in de diverse leefomgevingen waarin het kind zich ontwikkelt, consequent wordt doorgevoerd (dat wil zeggen zowel door de ouders thuis, als door de leraren op school en door de sportinstructeur in de vrije tijd).

■ ■ Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie, zoals leren plannen en organiseren, en stop-denk-doe en tel-tot-tien programma's, wordt bij ADHD ook wel aangeboden. De heersende gedachte is echter dat cognitieve programma's bij ADHD geen effect hebben (Gezondheidsraad 2014). Het gaat dan vooral om ernstige vormen van ADHD. Afgeleid, druk en impulsief gedrag kan echter ook in lichte mate aanwezig zijn, of zich voordoen in combinatie met antisociaal gedrag, sociale problemen of angst- en stemmingsklachten. In zulke gevallen kan cognitieve gedragstherapie juist een goede oplossing bieden (Oord et al. 2014). Dit geldt met name voor de wat oudere jeugd met ADHD. Met het vorderen van de leeftijd komen de denkfuncties van het brein meer en meer tot ontwikkeling. Jeugdigen zijn hierdoor beter in staat na te denken over de oorzaken en gevolgen van hun gedrag en kunnen daar dan vervolgens in hun gedragsreactie rekening houden.

■ ■ Farmacotherapie

Bij ADHD kan behandeling met psychostimulantia worden geboden. Dit betreft meestal methylfenidaat (Ritalin) en dexamfetamine (Dexedrine). Van deze medicijnen is aangetoond dat zij de storende gedragsymptomen van ADHD kunnen verminderen (Spencer et al. 1996). Medicatie in combinatie met gedragstherapie wordt voor de behandeling van ADHD dan ook vaak aanbevolen (Gezondheidsraad 2014). Medicijnen voor ADHD kunnen echter vervelende bijwerkingen hebben, zoals slaapproblemen, nervositeit, hoofdpijn, een verminderde eetlust en groeiachterstand. De combinatie met gedragstherapie kan dit deels tegengaan. In dit geval kan met lagere doseringen methylfenidaat worden volstaan.

■ ■ Tot slot

Alvorens een behandeling te selecteren voor jeugdigen met ADHD is het verstandig eerst de ernst van het probleemgedrag te bepalen, evenals de eventueel gelijktijdige aanwezigheid van

oppositional, agressieve of antisociale gedragsproblemen, angstig en stemmingsverstoord gedrag of autisme. Een screening van het gedrag met de Sociaal Emotionele Vragenlijst kan hiervoor een goede ingang bieden (Scholte en Ploeg 2013).

Behandeling van gedragsproblemen bij oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag (ODD/CD)

■ Pedagogische typering

Kinderen met ODD/CD gedragen zich oppositioneel-opstandig, agressief en/of antisociaal. Verondersteld wordt dat jeugdigen die met deze gedragsproblemen te kampen hebben, onvoldoende kennis, vaardigheden en positieve emotionele motivatie hebben om zich aan de gangbare sociale omgangsregels te kunnen houden. Om de gedragsproblemen van deze jeugdigen te beteugelen, doen verstandige ouders en kinderen er ook nu weer goed aan eerst meer informatie te verzamelen middels psycho-educatie.

■ Gedragstherapie

Om oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag bij jeugdigen te verbeteren, worden doorgaans eerst sociale vaardigheidstrainingen toegepast. Deze zijn gebaseerd op gedragstherapeutische principes. Via oefening wordt jeugdigen de regels en vaardigheden bijgebracht om soepel en zonder conflicten om te gaan met leeftijdgenoten, volwassenen en autoriteiten, zoals leraren, politie en justitie. In deze trainingen is de laatste jaren steeds meer accent komen te liggen op de cognitieve processen, waarbij jeugdigen leren inzicht te krijgen in en controle te hebben over hun gedragingen. Hollin (1994) concludeert op basis van een meta-analyse dat sterk (cognitief-)structurende interventies, zoals gedragstherapie en sociaal-cognitieve vaardigheidstrainingen, een positieve uitwerking kunnen hebben op jeugdigen met gedragsproblemen, terwijl het effect van louter psychodynamische en niet-directieve of 'clientcentered' therapieën minder duidelijk is.

Studies naar de effecten van psychotherapieën laten zien dat voor het bijsturen van gedragsproblemen bij kinderen en jeugdigen, cognitieve gedragsbehandeling de effectiefste aanpak is (Landenberger en Lipsey 2005; Litsche et al. 2010). Of behandeling individueel dient te zijn of groepsgevoegd is afhankelijk van de situatie. Training in homogene groepen wordt doorgaans afgeraden vanwege de kans dat agressieve en antisociale jeugdigen dan probleemgedrag van elkaar overnemen (Deviancy Training).

■ Gezinsinterventies

Naast cognitieve gedrags- en sociale vaardigheidstherapie voor jeugdigen zijn gezinsinterventies relatief succesvol ter preventie of bestrijding van sociaal probleemgedrag bij jeugdigen (Kazdin 1997; Lundahl et al. 2006). Op dit gebied zijn de laatste jaren diverse programma's ontwikkeld, waarbij de opvoedvaardigheden van ouders ten aanzien van de interactie met hun kind intensief worden getraind en begeleid. Deze oudertrainingen zijn erop gericht inadequaate opvoedingsgedrag te corrigeren door ouders te leren hoe ze goede omgangsregels met hun kind kunnen stellen, en hoe ze via een systeem van beloning en straf gewenst gedrag kunnen versterken en ongewenst gedrag kunnen afzwakken. Het is aangetoond dat deze gedragsgerichte oudertrainingen (*Parent Management Trainingen*, PMT's) de ouderlijke opvoedingscompetentie vergroten en leiden tot vermindering van oppositioneel-opstandige, agressieve en antisociale gedragsproblemen (Kaminski 2008). De kans op bijsturing van het probleemgedrag is in het algemeen het grootst wanneer de oudertrainingen gepaard gaan

met cognitieve gedragstherapie bij het kind. De leeftijd van het kind speelt daarbij overigens wel een rol. Bij basisschoolkinderen slaan oudertrainingen meer aan, bij oudere jeugdigen zetten vooral de cognitieve gedrags- en vaardigheidstrainingen zoden aan de dijk.

Ook de gezinsinteractietherapie kan soelaas bieden (Thomas en Zimmer-Gembeck 2007). In dat geval wordt naast de ouder-kindrelatie het gehele gezinssysteem in de aanpak betrokken. Deze gezinsbehandeling beoogt de affectieve relatie en de communicatie tussen de gezinsleden te verbeteren door het aantal positieve interacties tussen de gezinsleden te vergroten en de negatieve te verminderen.

■ ■ Multisysteeminterventies

Bij interventies die zijn gebaseerd op een multisysteembenadering gaat de behandeling nog een stap verder, doordat nu ook de uitgebreidere gezinsomgeving in de behandeling wordt betrokken: niet alleen het gezin, maar ook problemen van ouders, de wijdere familie, de school van het kind en de buurt waarin het gezin woont (Henggeler et al. 2010). Deze aanpak komt met name in beeld na de overgang naar de middelbare school. De behoefte aan autonomie, het aftasten van sociale regels en grenzen, het experimenteren met alcohol en verdovende middelen, de invloed van leeftijdgenoten daarbij en de kans op uitval op school spelen dan een belangrijke rol. Bij deze interventies worden alle leefgebieden aangepakt. De ouders wordt bijvoorbeeld geleerd om de eigen problemen aan te pakken en om de affectieve band, de communicatie en de gezagsrelatie met de jeugdige te herstellen, familieleden wordt gevraagd positieve sociale activiteiten met de jeugdige te ondernemen, de negatieve invloed van vrienden en de buurt wordt teruggedrongen door sporten of andere positieve sociale vrijetijdsbestedingen en de school biedt een passend en belonend les- en werkprogramma aan om binding met de samenleving te bewerkstelligen.

■ ■ De rol van school

Verder wijzen we nog op de bijdrage die de school kan leveren, met name op het preventieve vlak. Vroegtijdige onderkenning van gedragsproblemen en het systematisch volgen van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de leerlingen kan leiden tot vroegtijdige interventies, zoals remedial teaching, plaatsing van jeugdigen met ernstige sociaal-emotionele problemen in het speciaal onderwijs of doorverwijzing van deze jongeren naar de jeugdzorg. Daarnaast kunnen scholen veel doen door een schoolklimaat te creëren dat positief sociaal gedrag bij leerlingen stimuleert (Wolf en Beukering 2009).

■ ■ Comorbiditeit

Jeugdigen met oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag hebben vaak nog andere gedragsproblemen. Deze betreffen vooral ADHD en angstig en stemmingsverstoord gedrag. Het is belangrijk daar in de diagnostiek en behandeling rekening mee te houden. Agressief en antisociaal gedrag kan berekenend en instrumenteel, ofwel proactief zijn, maar ook een onnadenkende daad, die samenhangt met een gebrekkige impulscontrole, of een verdeigende daad van een angstig-depressieve jeugdige die op een vermeende vijandigheid of bedreiging reageert.

■ ■ Tot slot

Bij oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag van jeugdigen is het belangrijk om niet alleen te bepalen hoe ernstig het probleemgedrag is, het ook om na te gaan welke andere sociaal-emotionele gedragsproblemen er eventueel aan het gedrag ten grondslag liggen, alvorens een bepaalde behandeling te kiezen. Net als bij ADHD kan de Sociaal

Emotionele Vragenlijst in deze situaties een goede ingang bieden voor het opsporen van bijkomende gedragsproblemen.

Behandeling van gedragsproblemen bij angstig en stemmingsverstoord gedrag

■ ■ Pedagogische typering

Belangrijk aspect bij angstig en stemmingsverstoord gedrag is de oorzaak van dat gedrag te traceren. Zo kan somberheid een lichamelijke oorzaak hebben. Somberheid kan echter ook voortkomen uit beklemmende of fobische angsten, zoals ondefinieerbare angstige ongerustheid of angst voor sociale situaties en openbare ruimtes.

De meeste behandelingen van angst en depressie zijn op het kind gericht en stelen op psychodynamische inzichten, op leertheoretische of (cognitief) gedragstherapeutische uitgangspunten en op farmacologische steun. Deze behandelmethoden blijken een gunstige uitwerking te hebben op het beloop van angstig en stemmingsverstoord gedrag bij kinderen en adolescenten (Birmaher 1996; GGZ 2009).

■ ■ Systematische desensitisatie

Wanneer beklemmende of fobische angsten centraal staan, wordt doorgaans gebruikgemaakt van systematische desensitisatie. De angst wordt daarbij in meerdere sessies ontdaan van zijn angstinboezemende emotionele lading via een stapsgewijze blootstelling (*exposure*) aan het angstopwekkende object of situatie.

■ ■ Cognitieve therapie

Cognitieve therapie bij angsten. Om het effect van de systematische desensitisatie te versterken, krijgen jeugdigen vanaf acht jaar doorgaans gelijktijdig cognitieve gedragstherapie. Hierin leert men de lichamelijke uitingen van de angst te herkennen, zoals lichamelijke verkramptheid, en hoe deze via ontspanningsoefeningen kan worden verminderd. Daarnaast wordt geleerd om de angstinboezemende omstandigheden als onbedreigend te gaan waarnemen, evenals hoe angstige gedachten vervangen kunnen worden door positieve, helpende gedachten. Verder kan via denkbeeldig rollenspel worden geoefend hoe men beangstigende situaties succesvol het hoofd kan bieden. Bij sociale angst is het ook belangrijk om de sociale en communicatieve vaardigheden van de jeugdige te trainen in een groepstherapie en te oefenen in het dagelijks leven.

Cognitieve therapie bij depressie. Net als angsten kunnen depressieve klachten vanaf de leeftijd van acht jaar doorgaans eveneens goed behandeld worden met behulp van cognitieve gedragstherapie. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de volgende (cognitieve) technieken (McCarthy 2007): achtergrondinformatie over de angst- en stemmingsproblemen (psycho-educatie), ontspanningsoefeningen, een logboek bijhouden van stemmingen, activiteiten en gedachten, systematisch plannen van plezierige activiteiten, ombuigen van negatieve gevoelens en gedachten in positieve (cognitieve herstructurering), leren problemen bevredigend op te lossen en trainen van sociale en communicatieve vaardigheden.

■ ■ Interpersoonlijke therapie

Bij oudere jeugdigen blijkt ook de interpersoonlijke therapie (IPT) soelaas te kunnen bieden. De jeugdige reikt dan een probleem aan dat vermoedelijk geleid heeft tot de angstig en stemmingsverstoord gedrag. Dit probleem wordt geanalyseerd en er worden oplossingen bedacht en uitgetoetst door ze na te spelen.

■ ■ Psychotherapie

Stemmingsproblemen kunnen ook nog worden bestreden met behulp van psychodynamische of non-directieve steunende therapieën. Uitgegaan wordt dan van de freudiaanse veronderstelling dat angstig en stemmingsverstoord gedrag onverwerkte emoties uitdrukt, zoals woede, frustratie, teleurstelling, schaamte of schuld. Hierdoor is de jeugdige niet in staat om relaties aan te gaan en positief over zichzelf te denken. De psychotherapeut helpt de jeugdigen via steunende en inzichtgevende gesprekken om diens verstoorde innerlijke wereld bloot te leggen en te begrijpen. Hierdoor komt de emotieregulatie weer op orde.

Bij jonge kinderen omvat de psychodynamische behandeling van angst- en stemmingsstoornissen veelal een vorm van speltherapie, waarin het kind als het ware zijn angsten 'uit- en wegspeelt'.

■ ■ Gezinstherapie

De gedragstherapeutische en psychodynamische interventies bij angstig en stemmingsverstoord gedrag kunnen daarnaast nog worden ondersteund door een gezins- of systeemtherapie, die de relaties in het gezin of op de school van de jeugdige beoogt te verbeteren.

■ ■ Farmacotherapie

Ten slotte kan de behandeling van angstig en stemmingsverstoord gedrag bij jeugdigen vanaf acht jaar nog worden ondersteund vanuit de farmacologisch hoek. Het is vastgesteld dat gebruik van fluoxotine (Prozac) door jeugdigen kan leiden tot een flinke verbetering van de stemming. Medicijngebruik is echter niet zonder risico's. Er kunnen niet alleen lichamelijke klachten optreden, zoals hoofdpijn, duizeligheid en obstipatie, ook doet zich soms uitval voor op sociaal, emotioneel en cognitief gebied, zoals wazig zien, gejaagdheid, vreemde ideeën, suïcidale gedachten en neiging tot zelfbeschadiging.

■ ■ Tot slot

Onderzoek laat zien dat gezinstherapie en steunende psychotherapievormen kunnen bijdragen tot vermindering van depressie bij jeugdigen. Ze zijn echter minder effectief dan cognitieve gedragsbehandelingen (Weisz et al. 2006).

Behandeling van gedragsproblemen bij autisme

■ ■ Pedagogische typering

Autisme is een neurobiologische aandoening die in essentie niet te overwinnen is. De aanpak zal daarom vooral gericht zijn op het scheppen van een passende omgeving waarin het kind zich optimaal kan ontwikkelen (Engeland 2001; Gezondheidsraad 2009). Het leren accepteren van het autisme en het leren omgaan met de gevolgen van de stoornis is de belangrijkste eerste stap om het kind goed te kunnen begeleiden.

Omdat het opvoeden van een kind met autisme niet gemakkelijk is en hoge eisen stelt, doen ouders er verstandig aan eerst uitgebreid informatie te zoeken via het Internet of gebruik te maken van de hulp van ouderverenigingen (psycho-educatie). Hiernaast kan hulp worden gevonden bij zelfhulpgroepen, programma's voor training van ouders of deskundigen. De behandeling en begeleiding kan vervolgens op de belangrijkste onderdelen van de stoornis worden gericht.

■ ■ Logopedie

Vaak is bij kinderen met autisme de spraakontwikkeling afwezig of beperkt. Kinderen met autisme kunnen zich slecht in taal uitdrukken en begrijpen het taalgebruik van anderen veelal niet. Intensieve (logopedische) begeleiding kan in dit geval leiden tot lichte verbeteringen in de spraak en het taalgebruik en daarmee voorwaarden scheppen voor de ontwikkeling van sociaal-emotionele vaardigheden.

■ ■ Structurering

Rigiditeit en stereotiep gedrag kan via structurering van de omgeving, het aanbieden van vaste dagelijkse routines en het stapsgewijs introduceren van kleine veranderingen hanteerbaar worden gemaakt. De leefomgeving wordt hierdoor voorspelbaar, waardoor de jeugdige zich veiliger voelt. Dit kan de voedingsbodem vormen voor gedragsveranderingen, waardoor de vaak aanwezige comorbide gedragsproblemen via operante gedragstechnieken kunnen worden bijgestuurd. Bij deze interventies worden in het algemeen ook de ouders betrokken. Het doel is dat opvoeders en andere gezinsleden leren zo goed mogelijk om te gaan met de gevolgen die de stoornis heeft voor het functioneren van het gezin.

Daarnaast is het belangrijk om het betrokken kind een zo gunstig mogelijke ontwikkelingssomgeving te bieden. Soms is het daarbij nodig de ouders passende, structurerende opvoedingsvaardigheden te leren. Dit zal de individuele gedragstherapie van het kind kunnen versterken.

Belangrijk is ook de school bij de behandeling te betrekken (Berckelaer-Onnes 2012). Het schoolse leren wordt geoptimaliseerd en vergemakkelijkt door de schoolomgeving sterk voorspelbaar te maken. Dit kan middels het geven van aangepaste instructies en concrete communicatievormen, zoals beeldende taal (pictogrammen).

■ ■ Gedragstherapie

De voor autisme zo typerende beperkingen op het gebied van de sociale en communicatieve vaardigheden kan men eveneens trachten bij te sturen via operante en soms ook cognitieve gedragsveranderingstechnieken. Via beloning, het nabootsen van voorbeelden en veel oefening kunnen kinderen met autisme leren hoe contact met anderen kan worden gelegd en hoe men zich in contacten met anderen het beste kan gedragen (White et al. 2007). De communicatie wordt hierbij doorgaans ondersteund door beeldtaal, zoals het gebruik van instructiekeningen en pictogrammen.

Het begrip van welk soort gedrag bij welke soort omstandigheden past, en hoe men zich in sociale situaties dient te gedragen, komt vaak echter niet tot stand. Hierdoor worden de sociale vaardigheden die kinderen met autisme tijdens een training hebben geleerd, slecht generaliseerd naar nieuwe, vergelijkbare situaties. Het reguleren van emoties lukt kinderen met autisme hierdoor ook lang niet altijd. Sommige kinderen begrijpen bijvoorbeeld niet waarom ze in spelsituaties op hun beurt moeten wachten, wat kan leiden tot woede-uitbarstingen.

■ ■ Farmacotherapie

Wanneer de bijkomende problemen onhoudbaar zijn, bijvoorbeeld agressie, angsten of psychosen, wordt ook wel medicatie toegepast, zoals haloperidol of naloxon. Medicijnen lossen het autisme uiteraard niet op, maar kunnen de bijkomende gedragsproblemen soms wel hanteerbaar maken en zo een grotere ontvankelijkheid voor therapeutische interventies bewerkstelligen.

■ ■ Een leven lang anders dan anderen

Helaas zijn er nog geen interventies voorhanden die de ontwikkeling van autistisch gedrag drastisch kunnen keren. Hier geldt: hoe sterker en hoe meer symptomen, hoe kleiner de kans dat het gedrag te veranderen is. Soms wordt het dagelijks functioneren zo belemmerd, dat het nodig is de jeugdige of volwassene met autisme op te nemen in een residentiële instelling. De noodzaak tot aanpassingen in de leefomgeving zal in ieder geval levenslang blijven bestaan.

Casus Timo: Diagnose en behandelingsadvies

De *diagnose* van de gedragswetenschapper is dat Timo van huis uit meer dan gemiddeld druk en impulsief is. Daarbij vertoont Timo de laatste tijd steeds vaker oppositioneel, agressief en antisociaal gedrag. Dit probleemgedrag verpest niet alleen de sfeer thuis en op school, het belemmert ook het leren en het frustreert de omgang met leeftijd- en klasgenootjes. Hierdoor bestaat de kans dat sociaal teruggetrokken gedrag en gevoelens van eenzaamheid tot ontwikkeling komen. Thuis heeft het probleemgedrag van Timo geleid tot ernstige verstoring van de gezinsrelaties, evenals tot opvoedingsonmacht bij de ouders.

Het multimodale *behandeladvies* van de gedragswetenschapper is: voor Timo een (cognitieve) gedragstherapie om de gedrags- en emotieregulatie op orde te krijgen en voor de ouders een op gedragstherapeutische principes geënte training, om voor Timo thuis een ondersteunend passend opvoedingsregiem op de rails te krijgen.

Op school zal de juf Timo's gedrag en leerprestaties bijsturen door strategische plaatsing van zijn tafeltje voorin de klas en gestructureerde lesinstructies. Om de omgang met klasgenoten te versoepelen, wordt Timo daarnaast een groepsgewijze sociale vaardigheidstraining aangeboden.

Afgesproken wordt om de uitkomst van de behandeling routinematig te monitoren door elk halfjaar de Sociaal Emotionele Vragenlijst en de Gezinsvragenlijst opnieuw in te vullen en dan te bezien of de gedragsproblemen zijn afgenomen en de gezinsrelaties en opvoedingsvoorwaarden zijn verbeterd.

Zo ja, dan zal worden voortgegaan op de ingeslagen weg. Zo nee, dan zal de behandeling aangepast moeten worden.

2.8 Gedragsproblemen in vogelvlucht

In de loop van de geschiedenis zijn er verschillende indelingen gemaakt voor het groeperen van sociaal-emotionele gedragsproblemen van jeugdigen. Een vandaag de dag veel gebruikte indeling is die in geïnternaliseerde (naar binnen gerichte) gedragsproblemen, zoals somberheid en angsten, en geëxternaliseerde (naar buiten gerichte) gedragsproblemen, zoals agressie en antisociaal gedrag. Hiernaast worden er kinderpsychiatrische indelingen gehanteerd, zoals de Amerikaanse DSM-5 en de ICD 10 van de *World Health Organization* (WHO).

Om grip te krijgen op de gedragsproblemen bij jeugdigen werd door ons de Sociaal Emotionele Vragenlijst ontwikkeld. Uit onderzoek met dit diagnostische instrument komen

de volgende vier groepen sociaal-emotionele gedragsproblemen bij Nederlandse jeugdigen naar voren:

- aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD)
- oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag (ODD/CD)
- angstig en stemmingsverstoord gedrag
- autisme.

Het onderzoek met de Sociaal Emotionele Vragenlijst laat zien dat 10 tot 15 % van de Nederlandse jeugd op een of meer van deze vier gebieden gedragsproblemen vertoont.

De oorzaken van deze gedragsproblemen zijn zeer divers en doorgaans meervoudig bepaald. Naast biologische invloeden spelen sociale omgevingsfactoren een belangrijke rol. Problematische gezinskenmerken, zoals materiële of psychische problemen van de ouders, vormen ongunstige omstandigheden om in op te groeien. Meer direct van invloed zijn negatieve opvoedingsomstandigheden, zoals ouders die kinderen geen ondersteuning, begeleiding en respect bieden. Deze omstandigheden kunnen ertoe bijdragen dat kinderen gedragsproblemen ontwikkelen of dat beginnende gedragsproblemen zich ontwikkelen tot ernstiger gedragsstoornissen.

De behandeling van problematisch gedrag kent een lange traditie. In de psychodynamische benaderingen richt de aandacht zich vooral op de acceptatie of het verwerken van emoties en traumatische gebeurtenissen uit het verleden die het actuele functioneren belemmeren. De cognitieve gedragsbenadering is erop gericht om probleemgedrag via operante beloningstechnieken en cognitieve herstructurering van disfunctionele gedragsmotieven om te buigen naar meer functioneel gedrag. De laatste decennia zijn de gezinsinterventies meer in beeld gekomen bij de behandeling van jeugdigen met gedragsproblemen.

Zowel de psychodynamische als de cognitieve gedragstherapie als de gezinsinterventie kan effectieve oplossingen bieden voor uiteenlopende sociaal-emotionele gedragsproblemen van jeugdigen.

Suggesties voor ouders, leraren en mentoren om de ontwikkeling van kinderen met sociaal-emotionele gedragsproblemen te stimuleren

Kinderen met aandachtstekort met hyperactiviteit (ADHD)

- Biedt structuur via duidelijke dagindeling en regels en herhaal gemaakte afspraken.
- Geef korte of stapsgewijs uitvoerbare opdrachten die het kind prikkelen, één per keer.
- Wees alert op positief gedrag en beloon dit gedrag direct met complimenten.
- Beëindig discussies vriendelijk maar resoluut, leg uit welk gedrag wel wordt verwacht.
- Geef het kind regelmatig de ruimte om zijn energie kwijt te raken.
- Controleer of eventueel medicijngebruik volgens de voorschriften verloopt.
- Zorg niet alleen voor structuur en duidelijkheid, maar biedt ook affectie.

Kinderen met oppositioneel-opstandig, agressief en antisociaal gedrag (ODD/CD)

- Accepteer het probleemgedrag niet en leg direct uit welk ander gedrag gewenst wordt.
- Leg uit dat gedrag een bewuste keuze is die gevolgen heeft, geef positieve alternatieven.
- Stimuleer gewenst gedrag systematisch via het afspreken van een beloningssysteem.
- Blijf steeds alert op positieve gedragingen en beloon dit gedrag direct met complimenten.
- Versterk de emotieregulatie door het inschatten van andermans bedoelingen te oefenen.

Kinderen met angstig en stemmingsverstoord gedrag

- Neem angst en stemmingsklachten serieus en geef erkenning dat ze er zijn; neem de tijd om naar het kind te luisteren.
- Stel het kind gerust als het angstig is en probeer te begrijpen wat er aan de hand is.
- Stimuleer succeservaringen door het kind activiteiten te laten ondernemen en deze, ongeacht het resultaat, te belonen.
- Stimuleer zelfvertrouwen door sociale vaardigheidstraining met leeftijdgenoten.
- Zorg voor afleiding en ontspanning om de aandacht af te leiden of de druk op het kind te verminderen.
- Wijs op de invloed van gedachten en leer het kind negatieve te vervangen door positieve.

Kinderen met autisme

- Gebruik concrete taal, korte zinnen, spreek duidelijk en focus op het kind.
- Zorg voor een duidelijke, vaste dagindeling met regels, taken en afspraken en beperk veranderingen.
- Communiceer per keer één ding en geef voldoende tijd om de informatie te verwerken.
- Geef positieve gevoelens en emoties aan in het contact en stel bij opwindning gerust.
- Straf onjuist sociaal gedrag niet, maar leg uit hoe het wel moet en doe het voor.

Literatuur

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2006). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington D.C.: APA.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 40, 57–87.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296–3319.
- Barkley, R. A. (2013). Diagnose ADHD. *Complete gids voor ouders en hulpverleners*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autisme and Asperger syndrom*. New-York: Oxford University Press.
- Berckelaer-Onnes, I. van (2012). *Autisme op school. Een passend aanbod binnen passend onderwijs*. Amsterdam: Boom.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575–1583.
- Didden, R. (2006). In *Perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperkingen*. Houten, Bohn, Stafleu van Lochem.
- Dodge, K. A., Petit, G., McClaskey, C., & Brown, M. (1986). Social Competence in Children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58, 213–251.
- Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., et al. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS One*, 10, e0119895.
- Engeland, H. van (2001). Autisme en aan autisme verwante contactstoornissen. In J. A. R. Sanders-Woudstra, F. C. Verhulst, & H. F. J. de Witte (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie I: Psychopathologie en behandeling* (pag. 331–350). Assen: Van Gorcum.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ► <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008225.pub2/pdf>.

- Gezondheidsraad (2009). *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2014). *ADHD: medicatie en maatschappij*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gregory, R. J. (2007). *Psychological testing. History, principles and applications*. London: Pearson Education, Inc.
- GGZ. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn, addendum depressie bij jeugd*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Haaxma, R. (2008). *Neurologie van cognitie en gedrag in hoofdlijnen*. (2nd druk) Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2010). *Multisysteem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hinshaw, S., & Erhardt, D. (1991). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral techniques*. New York: Guilford Press.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749–775.
- Hollin, C. (1994). Forensic Psychology. In A. Colman (Ed.), *Companion encyclopedia of psychology*. London: Routledge.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 18(2):CD004690.
- Kaminski, J. W., 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.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62, 161–182.
- Kerig, P., Ludlow, A., & Wenar, C. (2012). *Developmental Psychopathology* (6th ed.). New-York: McGraw-Hill.
- Kohnstamm, G. A., Halverson, Ch F., Mervielde, I., & Havill, V. L. (red.). (1998). *Parental Descriptions of Child Personality*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatments. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451–476.
- Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2015). *Richtlijn ernstige gedragsproblemen* (3rd ed.). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- 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.
- Looze, M. de, Dorselaer, S. van, Roos, S. de, Verdurmen, J., Stevens, G., & Gommans, R. et al. (2014). *HBSC 2013 Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderator and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104.
- McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 879–886.
- Meeuwissen, J., Speetjens, P., Meije, D., Oud, M., Konijn, C., Besselse, M. et al. (2015). *Richtlijn stemmingsproblemen. 2e herziene druk*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology, socialization, personality and social development*. New York: Wiley & Sons, 4, 1–101.
- NCJ. (2016). *JGZ-richtlijn Autismespectrumstoornissen*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oord, S. van der, Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Efficacy of ethylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 783–800.
- Owen, D., Slep, A., & Heyman, R. (2012). The Effect of Praise, Positive Nonverbal Response, Reprimand, and Negative Nonverbal Response on Child Compliance: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 364–385.
- Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2001). *adhd-jeugdigen in ontwikkeling*. Utrecht: De Graaff.
- Ploeg, J. D. van der, & Scholte, E. M. (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL)*. Handleiding. Houten: BSL.
- Ploeg, J. D. van der (2014). *Gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Rutter, M. (2006). *Genes and Behaviour. Nature nurture interplay explained*. Oxford: Blackwell.
- Rollins, B. C. & Thomas, D. L. (1970). Parental support, power and control techniques in the socialisation of children. In W. R. Burr, R. Hill, F. J. Nije, & J. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family: Research based theories*, London: The Free Press, 317–360.

- Scholte, E. M., & Ploeg, J. D. van der (2013). *Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)*, Handleiding. Houten: BSL.
- Schothorst, P. F., Engeland, H. van, Gaag, R. van der, Minderaa, R. B., Stockmann, A. P. A. M., & Westermann, G. M. A. (2009). Richtlijn diagnostiek en behandeling van Autisme Spectrum Stoornissen bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: de Tijdstroom.
- Spencer, T., Biedermann, J., Wilens, T., O'Donnell, M., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit-hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 35, 409–432.
- 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.
- 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. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475–495.
- Verhulst, F. C. (1985). *Mental Health in Dutch Children*. Meppel: Krips Repro.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4–18 jaar*. Rotterdam: Sophia ziekenhuis.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132–149.
- White, S. W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social Skills Development in Children with Autism Spectrum Disorders: A Review of the Intervention Research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1858–1868.
- Wolf, K. van der, & Beukering, T. van. (2009). *Gedragsproblemen in scholen*. Leuven/Apeldoorn: Acco.
- World Health Organisation (2003). *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems. 10th Revision (ICD—10)*. Geneva: World Health Organisation.
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8–23.

Handboek sociaal-emotionele vaardigheden
Basisvaardigheden van jeugdigen om gedrags- en
leerproblemen te voorkomen en te verminderen
Scholte, E.M.; van der Ploeg, J.
2017, X, 158 p., Softcover
ISBN: 978-90-368-1413-3