

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 49 **NUMMER 4** DECEMBER 2016

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofredacteur*)
Rudi De Raedt
Elise Debeer
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Saleminck
Tonnie Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

Julia Zegeling
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen (opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam (basisontwerp)

© 2016

Boom uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Klantenservice psychologie
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 524 4514
klantenservice@boompsychologie.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Prijzen voor een jaarabonnement voor niet-verenigingsleden:

Particulieren

- Papier en online, binnen de Benelux €73,50, buiten de Benelux €93,-
- Online €68,50

Studenten

- Papier en online, binnen de Benelux €39,50, buiten de Benelux €52,50
- Online €34,50

Instellingen

- Papier en online, binnen de Benelux €87,50, buiten de Benelux €105,50
- Papier en IP-herkenning €175,-
- IP-herkenning €169,50
- Los nummer €19,50

Prijswijzigingen onder voorbehoud

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie



.....

Welkom bij het vierde nummer van ons prachtige periodiek. Het is alweer het laatste nummer van deze jaargang. Ik hoop dat u terugkijkt op een goed jaar, met de verjaardag van de VGCT als een van de hoogtepunten in de arbeidssituatie. De redactie was blij met het themanummer verbonden met de verjaardag, en zeer verheugd over de vele positieve reacties daarop. Ook het tijdschrift is springlevend. Dit tonen we opnieuw aan met dit nummer, waarin u vijf mooie, gevarieerde bijdragen aantreft.

Van Rijsbergen en Bockting kraken kritische noten over het belang van cognitieve reactiviteit bij depressie. Stemminggerelateerde activatie van disfunctionele aannamen wordt beschouwd als een risicofactor voor depressie. Lees het artikel en stel uw gedachten bij. Liber en haar collega's besteden aandacht aan opstandig en antisociaal gedrag bij kinderen. Zij gaan in hun studie na in hoeverre eigenschappen van de therapeutische alliantie een rol spelen in de relatie tussen enerzijds de ernst van psychopathische trekken bij kinderen met disruptief gedrag en anderzijds het effect van behandeling voor deze kinderen. Van Berlo en haar collega's onderzochten de relatie tussen sociale vaardigheden en internaliserende en externaliserende problematiek bij een grote groep jongeren opgenomen in een JeugdzorgPlus-instelling. Hornsveld schetst samen met collega's de achtergrond van een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. Vanryckeghem sluit dit nummer met een artikel in de rubriek 'Kort instrumenteel', over een instrument dat cognities over stotteren meet bij heel jonge kinderen.

Wij hopen dat dit nummer u aan het denken zet. Het is haast overbodig te melden dat u uw reacties uiteraard altijd aan onze redactie kunt voorleggen. Als u dat doet in de vorm van een doorwrocht stuk tekst met een prikkelende stellingname, dan zou u daarmee zelfs in onze rubriek 'Forum' kunnen belanden.

Ten slotte wil ik hier aankondigen dat Rudi De Raedt zijn werkzaamheden in de redactie gaat beëindigen. Rudi heeft zich ruim tien jaar ingezet voor ons tijdschrift. Ik wil Rudi daarvoor, mede namens de redactie, heel hartelijk bedanken. We zullen je missen, Rudi. En we wensen je veel succes met al je werk.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Cognitieve reactiviteit bij recidiverende depressie: potentieel veranderbare kwetsbaarheid?

Een stand van zaken

GERARD VAN RIJSBERGEN & CLAUDI BOCKTING

Samenvatting

Stemmingsgerelateerde activatie van disfunctionele attitudes (schema's, assumpties) wordt cognitieve reactiviteit genoemd. In handboeken over depressie wordt cognitieve reactiviteit als een belangrijke risicofactor voor terugval en aangrijpingspunt voor behandeling gezien. Het doel van dit artikel is de huidige wetenschappelijke stand van zaken te schetsen van de voorspellende waarde van cognitieve reactiviteit voor depressieve terugval. Dit gebeurt aan de hand van een literatuursearch in PsycINFO en Pubmed. Geconcludeerd kan worden dat sinds de cruciale studies van Segal, Gemar en Williams (1999) en Segal, Kennedy, Gemar, Hood en Buis (2006) er vijf negatieve bevindingen zijn gepubliceerd en geen replicaties. De bevindingen zijn uiterst heterogeen, waarbij één studie zelfs laat zien dat cognitieve reactiviteit mogelijk een beschermende werking heeft tegen toekomstige terugval. Slechts één studie onderzocht of cognitieve reactiviteit kon worden veranderd door preventieve psychotherapie (preventieve cognitieve therapie) en of cognitieve reactiviteit het effect van deze interventie op de tijd tot terugval medieerde, maar dit was niet het geval. Er moet echter wel rekening worden gehouden met de methodologische beperkingen van deze studie. Aangezien cognitieve reactiviteit in de meeste studies niet voorspellend is voor terugval, lijkt het niet cruciaal de interventies hierop te richten.

Trefwoorden: cognitieve reactiviteit, disfunctionele attitude, depressie, terugval, preventie, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

.....

359

Depressie is een recidiverende psychiatrische aandoening met een hoge kans op terugval. Er zijn aanwijzingen dat van de herstelde patiënten tussen de 67% en 85% in de toekomst opnieuw met een depressie te maken krijgt, en dat met elke depressieve terugval de kans op een volgende depressieve episode met 16% toeneemt (Mueller et al., 1999; Solomon et al., 2000). Gezien deze hoge kans op terugval is het van belang te onderzoeken waardoor patiënten terugvallen na herstel, zodat mogelijke aangrijpingspunten voor (preventieve) interventies in beeld komen.

Een van de potentieel veranderbare factoren, die wordt gezien als een kwetsbaarheid voor depressieve terugval, is cognitieve reactiviteit, een begrip dat voortkomt uit het herziene cognitieve model van Aaron Beck (1967). In verscheidene handboeken over depressie is te lezen dat een hogere mate van cognitieve reactiviteit bij van depressie herstelde patiënten hen kwetsbaarder maakt voor depressieve terugval (zie bijvoorbeeld: Nezu & Nezu, 2010; Raes & Hermans, 2008; Stein, Kupfer, & Schatzberg, 2007). Zo concluderen Nezu en Nezu (2010, p. 119), wanneer zij cognitieve reactiviteit bespreken: *As such, risk of relapse in recurrent depression can be reduced if individuals are taught to become more aware of negative thinking patterns that are reactivated when feeling dysphoric (...)*. Raes en Hermans (2008, p. 180) stellen: 'Later onderzoek suggereert echter dat het niet zozeer de gedachten op zich zijn die een kwetsbaarheid voor depressie betekenen, maar wel de relatieve snelheid waarmee een matig sombere stemming dat soort van disfunctionele denken triggert (dat wil zeggen cognitieve reactiviteit)'. Een hogere mate van cognitieve reactiviteit na herstel zou niet alleen kunnen verklaren waarom deze patiënten sneller terugvallen in depressie, maar tegelijkertijd mogelijkheden bieden om op aan te grijpen met verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie die kunnen worden aangeboden na herstel van depressie, waaronder mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) en preventieve cognitieve therapie (PCT). In diverse meta-analyses is namelijk al aangetoond dat patiënten die in de acute fase (tijdens de depressie) of na herstel cognitieve therapie aangeboden krijgen, langdurig beschermd zijn tegen toekomstige depressieve terugval (Bockting et al., 2015b; Biesheuvel-Leliefeld et al., 2015; Cuijpers et al., 2013; Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Cognitieve therapie die wordt aangeboden in de acute fase (zonder continuering daarna) blijkt effectiever te zijn dan antidepressiva (zonder continuering daarna). Er werd zelfs een trend-significant effect gevonden dat erop wees dat cognitieve therapie zonder continuering effectiever was dan antidepressiva *met* continuering (Cuijpers et al., 2013).

Maar is de huidige wetenschappelijke stand van zaken betreffende de rol van cognitieve reactiviteit wel zo eenduidig als in bovengenoemde handboeken wordt weergegeven? In dit artikel geven we een overzicht van zowel positieve als negatieve gepubliceerde wetenschappelijke bevindingen over de rol

van cognitieve reactiviteit als kwetsbaarheidsfactor voor terugval bij depressie. Allereerst wordt beschreven wat er wordt verstaan onder cognitieve reactiviteit. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van klinische *trials* die de voorspellende waarde van cognitieve reactiviteit bij terugkerende depressie onderzochten, waaronder ook de studie die door (onder anderen) de auteurs van dit artikel is gepubliceerd. In het overzicht zal eveneens worden meegenomen of er aanwijzingen zijn dat cognitieve reactiviteit, indien voorspellend voor depressieve terugval, mogelijk veranderd kan worden door bijvoorbeeld cognitieve therapie. Het artikel rondt af met een blik op de toekomst van cognitieve reactiviteit.

ACHTERGROND EN DEFINITIE VAN COGNITIEVE REACTIVITEIT

.....

Volgens het cognitieve model van Aaron Beck (1967) spelen negatieve denkpatronen een belangrijke rol bij het ontstaan, de instandhouding en de terugkeer van een depressie. Het cognitieve model veronderstelt dat ieder persoon in zijn jeugd, op basis van vroege ervaringen, bepaalde kernopvattingen ontwikkelt (ook wel schema's, assumpties of attitudes genoemd). Deze kernopvattingen kunnen positief (adaptief) of negatief zijn. Een kind dat nooit iets goed doet in de ogen van zijn ouders kan de kernopvatting ontwikkelen dat hij alles perfect moet doen. Deze opvatting kan jarenlang op de achtergrond aanwezig zijn en hoeft niet voor problemen te zorgen. Volgens het model van Beck (1967) kan een aan de kernopvatting gerelateerde levensgebeurtenis, in dit geval bijvoorbeeld een fout die gemaakt wordt op het werk, zorgen dat de kernopvatting geactiveerd wordt en voor problemen gaat zorgen. Met de activatie van deze kernopvatting ontstaan volgens het cognitieve model ook foutieve denkpatronen (zoals zwart-witdenken of overgeneraliseren) en informatieverwerkingsstoornissen. De aandacht wordt sterker gericht op informatie die congruent is met de kernopvatting en die de kernopvatting daardoor ook in stand houdt. Ook het geheugen speelt hierin een rol. Het idee is dat herinneringen of ervaringen die congruent zijn met de kernopvatting makkelijker opgehaald kunnen worden. Door de geactiveerde kernopvatting ontstaan ook negatieve automatische gedachten, die vervolgens kunnen leiden tot gevoelens van somberheid.

Een probleem met het cognitieve model is dat het veronderstelt dat van depressie herstelde mensen kwetsbaar zijn voor depressieve terugval omdat disfunctionele kernopvattingen sluimerend aanwezig blijven. Maar verschillende studies die van depressie herstelde patiënten vergeleken met een controlegroep van mensen die nooit depressief waren geweest, toonden aan dat er geen verschil is in de mate van disfunctionele opvattingen (bijvoorbeeld: Miranda & Persons, 1990; Silverman, Silverman, & Eardley, 1984). Hoewel deze bevindingen controversieel zijn en sommige studies wel degelijk een verschil in disfunctionele opvattingen aantoonde tussen herstelde patiën-

ten en mensen die nooit depressief waren geweest (bijvoorbeeld: Brosse & Craighead, 1999), was dit de basis voor een uitbreiding van het cognitieve model met de *differential activation hypothesis* (DAH), zoals geformuleerd door Teasdale (1988). De DAH veronderstelt dat disfunctionele opvattingen niet hoeven te worden geactiveerd door een aan de opvatting gerelateerde levensgebeurtenis, maar dat een milde mate van (niet-pathologische) somberheid op zich voldoende is om een kernopvatting te activeren. Deze activatie van kernopvattingen door somberheid wordt ook wel cognitieve reactiviteit genoemd. In de DAH wordt verondersteld dat hoe sterker de toename van disfunctionele kernopvattingen als reactie op somberheid, hoe kwetsbaarder de patiënt is voor depressieve terugval.

De mate van cognitieve reactiviteit is tot nu toe voornamelijk onderzocht binnen laboratoriumstudies, waarbij herstelde patiënten worden blootgesteld aan een milde negatieve stemmingsinductie. Zowel voor als na de stemmingsinductie met sombere muziek wordt de mate van disfunctionele opvattingen in kaart gebracht, vaak met behulp van de *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS; Weissman, 1979) en in ons geval de Nederlandse vertaling van deze vragenlijst (Douma, 1991). Het verschil in disfunctionele opvattingen tussen de voor- en nameting van de DAS wordt gezien als een maat voor cognitieve reactiviteit. Door patiënten vervolgens gedurende langere tijd te volgen op depressieve terugval kan bekeken worden of de mate van cognitieve reactiviteit voorspellend is voor het beloop van depressie.

In de volgende sectie wordt een overzicht gegeven van studies die de voorspellende waarde van cognitieve reactiviteit voor prospectieve depressieve terugval hebben onderzocht. Onderstaand overzicht is verkregen door op 28 juni 2015 een literatuursearch in PsycINFO en Pubmed uit te voeren met de zoektermen: *[[cognitive reactivity] AND [relapse* OR recurren* OR course] AND [depression]]*. Studies die de invloed van cognitieve reactiviteit op het beloop van recidiverende depressie beschreven werden opgenomen in het overzicht ($n = 7$).

OVERZICHT VAN STUDIES

.....

De eerste studie naar de invloed van cognitieve reactiviteit op depressieve terugval was de studie van Segal et al. (1999). Binnen deze studie werd een kleine groep van 54 depressieve patiënten behandeld tot remissie met ofwel cognitieve therapie ($n = 25$) ofwel antidepressiva ($n = 29$). Er vond geen randomisatie plaats (toewijzing aan behandelcondities op basis van toeval). Na remissie ondergingen de patiënten een stemmingsinductie. Uit de resultaten bleek dat patiënten die waren hersteld op antidepressiva een hogere mate van cognitieve reactiviteit lieten zien dan patiënten die waren hersteld op cognitieve therapie. Op basis van deze bevinding is het idee ontstaan dat cognitieve therapie mogelijk de mate van cognitieve reactiviteit vermindert.

Vervolgens is binnen deze studie geprobeerd de patiënten na ‘enkele jaren’ opnieuw te benaderen, met als doel om in kaart te brengen welke patiënten een terugval hadden doorgemaakt. Bij de patiënten die benaderd waren bleek er een grotere kans op depressieve terugval te bestaan bij patiënten die na herstel een hogere mate van cognitieve reactiviteit hadden. Er konden echter geen uitspraken worden gedaan over de invloed van cognitieve therapie of antidepressiva, aangezien de groepen per conditie te klein waren geworden (de follow-upgroep bestond in totaal uit 30 patiënten) en er geen sprake was van randomisatie.

In 2006 werd een poging gedaan deze effecten te repliceren. Een groep patiënten met een recidiverende depressie ($n = 301$) werd gerandomiseerd over ofwel behandeling tot remissie met cognitieve therapie ofwel antidepressiva (Segal et al., 2006). Uiteindelijk bereikten 127 patiënten remissie en ondergingen 99 patiënten een stemmingsinductie. Deze 99 patiënten werden vervolgens in totaal 18 maanden gevolgd op depressieve terugval. Van hen waren er na 18 maanden nog 78 in de studie (slechts 25% van de oorspronkelijke patiëntengroep). De resultaten komen overeen met die van de studie van Segal et al. (1999), namelijk dat patiënten die waren hersteld op antidepressiva een hogere mate van cognitieve reactiviteit lieten zien dan patiënten die hersteld waren op cognitieve therapie. Patiënten met een hogere mate van cognitieve reactiviteit bleken over 18 maanden eerder terug te vallen in een depressie. Opvallend was echter dat er geen verschil was in tijd tot terugval tussen patiënten die waren hersteld op antidepressiva en patiënten die hersteld waren op cognitieve therapie. Dit zou wel verwacht mogen worden als cognitieve therapie inderdaad een effect heeft op cognitieve reactiviteit en daardoor een beschermende werking heeft.

De vijf studies die volgden op deze onderzoeken konden niet aantonen dat cognitieve reactiviteit een rol speelde bij terugval in depressie. Bij een *community sample* van 48 patiënten met een of meerdere voorgaande depressieve episodes (37,5% had een recidiverende depressie) werd na herstel dezelfde stemmingsinductie afgenomen als in voorgaande studies. Er werden geen aanwijzingen gevonden dat cognitieve reactiviteit de tijd tot terugval over 12 maanden voorspelde (Lethbridge & Allen, 2008). Wel bleken veranderingen in stemming op zich (door de stemmingsinductie) de tijd tot depressieve terugval te voorspellen.

Vervolgens was de studie van Kuyken et al. (2010) een van de eerste studies waarin cognitieve reactiviteit werd onderzocht bij een populatie patiënten die geïncludeerd werden *nadat* zij hersteld waren van depressie. Deze herstelde patiënten werden gerandomiseerd over het krijgen van MBCT (ter preventie van depressieve terugval) of het continueren van antidepressiva. Dit onderzoeksonderwerp biedt mogelijkheden om cognitieve reactiviteit te meten zowel vóór als na een preventieve interventie. De onderzoeken tot dan toe konden dit niet bestuderen, aangezien het niet ethisch is een stemmingsinductie af te nemen bij patiënten die op dat moment depressief zijn.

Daarnaast weten we niet wat de invloed van een stemmingsinductie tijdens een depressie is op disfunctionele overtuigingen ten opzichte van een stemmingsinductie na herstel. Helaas hebben Kuyken et al. (2010) alleen de mate van cognitieve reactiviteit na afloop van MBCT gerapporteerd. Er kon niet worden aangetoond dat cognitieve reactiviteit na behandeling met MBCT of antidepressiva de tijd tot terugval voorspelde in 80 van recidiverende depressie herstelde patiënten (die allen meer dan 3 voorgaande depressieve episodes hadden doorgemaakt). Ook bleek de invloed van cognitieve reactiviteit op de tijd tot terugval niet anders te zijn voor de MBCT- en de antidepressiva-conditie. Opvallend genoeg was de mate van cognitieve reactiviteit na behandeling met MBCT hoger dan na herstel op antidepressiva. Dit in tegenstelling tot voorgaande bevindingen, waarin de mate van cognitieve reactiviteit juist na herstel op antidepressiva relatief hoger was (Segal et al., 1999, 2006). Een eenduidige verklaring hiervoor wordt niet gegeven.

In navolging kon bij een grote groep patiënten ($n = 207$) die waren hersteld met behulp van cognitieve therapie en die minimaal één voorgaande depressieve episode hadden doorgemaakt niet worden aangetoond dat cognitieve reactiviteit überhaupt aanwezig was (Jarrett et al., 2012). Na gebruik van exact dezelfde stemmingsinductie als in voorgaande studies bleek namelijk dat patiënten weliswaar significant somberder werden door de stemmingsinductie, maar dat er geen sprake was van activatie van disfunctionele overtuigingen. Dit zou opgevat kunnen worden als een aanwijzing dat de rol van cognitieve reactiviteit na remissie wordt overschat.

Binnen een eerder artikel van ons en collega's over cognitieve reactiviteit (van Rijsbergen et al., 2013) maakten we gebruik van de onderzoeksresultaten van de Depression Evaluation Longitudinal Therapy Assessment trial (DELTA). Binnen deze studie zijn 187 patiënten die reeds hersteld waren van een recidiverende depressie gerandomiseerd over *treatment as usual* (TAU) met daaraan toegevoegd PCT, of over alleen TAU (kortom, TAU + PCT versus TAU). PCT is een preventieve psychologische interventie, die is gericht op terugvalpreventie bij depressie en bestaat uit 8 groepsbijeenkomsten (zie Bockting et al., 2009a). TAU kon bestaan uit alle mogelijke behandelingen, waaronder geen behandeling. Patiënten die cognitieve gedragstherapie kregen bij aanvang van de studie konden echter niet deelnemen. Aangezien de patiënten na remissie werden geïnccludeerd in de studie, kon er voor de start van de interventie een stemmingsinductie worden afgenomen (*pre-treatment*). Deze stemmingsinductie was dezelfde als in eerder genoemde studies. Na de interventie is wederom een stemmingsinductie afgenomen (*post-treatment*), waardoor bestudeerd kon worden wat de invloed van PCT was op de mate van cognitieve reactiviteit. Daarna zijn de patiënten gedurende 5,5 jaar gevolgd op terugkeer van de aandoening (Bockting et al., 2009b). De resultaten laten zien dat noch de mate van pre-treatment cognitieve reactiviteit, noch de mate van post-treatment cognitieve reactiviteit voorspellend waren voor de tijd tot depressieve terugval over 5,5 jaar. Wel vonden we

dat de mate van stemmingsreactiviteit op de stemmingsinductie de tijd tot terugval voorspelde: patiënten die reageerden met een relatief sterke mate van somberheid vielen eerder terug in depressie. Ten slotte konden we ook niet aantonen dat PCT, waarvan voorgaande studies hadden laten zien dat het effectief is in de preventie van depressieve terugval (Bockting et al., 2005, 2009b, 2015b), haar werking uitoefende via het veranderen van de mate van cognitieve reactiviteit. Daarbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat het onderzoeksontwerp mogelijk niet optimaal was om mediatie-effecten te testen. Een van de voorwaarden om te kunnen spreken van mediatie is namelijk dat het effect van (in dit geval) de interventie voorafgaat aan de mediator (Kazdin, 2007). Er zijn aanwijzingen dat niet voldaan is aan deze voorwaarde, aangezien in het eerder verschenen effectiviteitsartikel over PCT (Bockting et al., 2005) is aangetoond dat het effect van PCT op de tijd tot depressieve terugval waarschijnlijk grotendeels plaatsvindt in de eerste drie maanden. Dit zou betekenen dat het effect van PCT al is ingezet vóór de nameting van cognitieve reactiviteit, waardoor eigenlijk niet meer kan worden vastgesteld of het effect van PCT door cognitieve reactiviteit gemedieerd wordt. Ook bestaat de kans dat de mediatie-analyse te weinig statistische power had om een effect te detecteren. Overeind blijft echter dat cognitieve reactiviteit de tijd tot terugval überhaupt niet voorspelde. Daarmee staat ook de noodzaak ter discussie om met interventies de mate van cognitieve reactiviteit te veranderen.

Ten slotte laat de studie van Pfeiffer, Brockmeyer, Zimmermann en Backenstrass (2014) een tegengestelde invloed zien van cognitieve reactiviteit op het beloop van depressie in vergelijking met eerdere studies. Bij 24 patiënten met een recidiverende depressie (met een gemiddeld aantal van ruim 5 voorgaande episodes), die in het kader van de studie zijn behandeld tot remissie, is de eerder beschreven stemmingsinductie afgenomen. Hoe hoger de mate van cognitieve reactiviteit, hoe meer deze patiënten beschermd waren tegen depressieve terugval. Daarmee lijkt de variëteit aan bevindingen rondom cognitieve reactiviteit compleet.

CONCLUSIE

.....

In dit artikel is gepoogd een overzicht te geven van de huidige stand van zaken op het gebied van cognitieve reactiviteit na herstel van recidiverende depressie. Hoewel in diverse handboeken op het gebied van depressie wordt aangenomen dat cognitieve reactiviteit een kwetsbaarheidsfactor is voor terugval in depressie, blijkt bestudering van de wetenschappelijke stand van zaken een ander beeld te geven en lijkt de uitbreiding van het model van Beck (1967) met de differentiële activatie hypothese (Teasdale, 1988) niet overeen te houden. Revisie van deze handboeken met een genuanceerder beeld lijkt daarom wenselijk.

Na de twee studies van Segal et al. (1999, 2006) heeft geen studie meer aan kunnen tonen dat cognitieve reactiviteit het beloop van recidiverende depressie voorspelt. Sterker nog, ten minste één studie vindt geen evidentie dat cognitieve reactiviteit überhaupt aanwezig is in een herstelde populatie van 207 patiënten (Jarrett et al., 2012). De bevindingen worden gekenmerkt door een grote diversiteit: sommige studies tonen aan dat de mate van cognitieve reactiviteit hoger is na herstel op antidepressiva (Segal et al., 1999, 2006), terwijl andere studies aantonen dat juist na preventieve psychotherapie (MBCT) de mate van cognitieve reactiviteit hoger is (Kuyken et al., 2010). Ten slotte laat één studie zien dat herstelde patiënten met een hogere mate van cognitieve reactiviteit zelfs beter beschermd lijken tegen toekomstige depressieve terugval (Pfeiffer et al., 2014). Deze compleet tegengestelde bevinding zou tot de conclusie kunnen leiden dat cognitieve gedragstherapie zich zou moeten richten op het verhogen van de mate van cognitieve reactiviteit.

De enige studie die heeft gekeken naar de invloed van preventieve interventie (PCT) op de mate van cognitieve reactiviteit had weliswaar een aantal methodologische beperkingen, maar heeft niet aan kunnen tonen dat PCT werkt via het veranderen van cognitieve reactiviteit (van Rijsbergen et al., 2013). Aangezien de voorspellende waarde van cognitieve reactiviteit voor het beloop van depressie als op zijn minst twijfelachtig is te kwalificeren, is het ook sterk de vraag of psychologische interventies zich zouden moeten richten op het veranderen van cognitieve reactiviteit.

DISCUSSIE

.....

Een mogelijke verklaring voor het feit dat bovenstaande bevindingen zo gemengd zijn, is dat de genoemde studies de rol van het *aantal* voorgaande depressieve episodes niet hebben meegenomen. Recent hebben wij het verband tussen het aantal voorgaande depressieve episodes en cognitieve reactiviteit onderzocht (Elgersma et al., 2015), zowel binnen de Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) als binnen twee klinische trials ('Doorbreek het ritme van depressie'). Daarin werden herstelde patiënten met een recidiverende depressie geïnccludeerd. Binnen de NESDA-studie wordt een cohort mensen tussen de 18 en 65 jaar met een verschillende mate van psychopathologie (gezonde controles, patiënten met een angst- of stemmingsstoornis, patiënten met een hoog risico op psychopathologie) langdurig gevolgd. Uit de resultaten blijkt dat patiënten uit de NESDA-studie met één voorgaande depressieve episode een significant hogere mate van cognitieve reactiviteit hadden dan patiënten zonder depressieve episode in de voorgeschiedenis. Voorts bleken patiënten met een sterk recidiverende depressie een hogere mate van cognitieve reactiviteit te hebben dan patiënten met één episode. Opvallend was dat binnen de sterk recidiverende en

herstelde groep het aantal voorgaande episodes niet gerelateerd was aan de mate van cognitieve reactiviteit. Dit kon worden gerepliceerd met behulp van de data van de twee klinische trials (Elgersma et al., 2015). Dit zou erop kunnen wijzen dat de grens van de kritische invloed van cognitieve reactiviteit vooral ligt van nul naar één episode, en van één naar een recidiverende depressie. Aangezien de eerder besproken studies voornamelijk bestonden uit sterk recidiverende populaties en niet uit patiënten met één voorgaande depressieve episode, is de rol van cognitieve reactiviteit op het beloop van depressie mogelijk onderbelicht gebleven. Dit verklaart echter niet waarom de studies van Segal et al. (1999, 2006) wel een negatieve invloed op het beloop van depressie aantoonde, hetgeen in opvolgende studies niet bevestigd werd (Jarrett et al., 2012; Kuyken et al., 2010; Lethbridge & Allen, 2008; Pfeiffer et al., 2014; van Rijsbergen et al., 2013).

Hoewel de toekomst van cognitieve reactiviteit als kwetsbaarheidsfactor voor depressieve terugval op basis van de in dit artikel weergegeven evidentie niet veelbelovend lijkt, moet er ook rekening mee worden gehouden dat een stemmingsinductie mogelijk niet de optimale methode is om cognitieve reactiviteit te meten. Er zijn aanwijzingen dat cognitieve reactiviteit mogelijk ook gemeten kan worden met behulp van een zelfrapportagevragenlijst, de *Leiden Index of Depression Sensitivity* (LEIDS; van der Does, 2002). De LEIDS bleek namelijk geassocieerd met de mate van verandering van disfunctionele overtuigingen na een stemmingsinductie (van der Does, 2002). Gezien de zeer gemengde bevindingen op het gebied van cognitieve reactiviteit die we hierboven hebben beschreven, rijst de vraag wat dit betekent voor de LEIDS. Recent werd aangetoond dat een hogere score op de LEIDS ook voorspellend is voor de tijd tot depressieve terugval, maar dit bleek voornamelijk de ruminatiecomponent te zijn (Figueroa et al., 2015).

Een andere veelbelovende methode is het meten van cognitieve reactiviteit in het dagelijks leven met behulp van *Experience Sampling Methodology* (ESM). Wat dit betreft wordt de geïnteresseerde lezer verwezen naar de onderzoeken van Wenze, Gunthert en Forand (2007, 2010). Binnen ESM krijgt de patiënt een palmcomputertje mee naar huis. De patiënt wordt gedurende een bepaalde periode meerdere keren per dag (of wanneer een bepaalde gebeurtenis heeft plaatsgevonden) gevraagd hoe hij zich voelt en wat hij denkt. Voor zover de auteurs bekend, hebben deze studies echter niet expliciet onderzocht of cognitieve reactiviteit in het dagelijks leven na herstel ook de kans op depressieve terugval vergroot. Het meten van cognitieve reactiviteit in het dagelijks leven met behulp van ESM lijkt meerdere voordelen te hebben ten opzichte van zowel een stemmingsinductie als zelfrapportage. ESM ondervangt zowel problemen met ecologische validiteit bij een stemmingsinductie als problemen met de vraag of cognitieve reactiviteit een concept is dat voor patiënten toegankelijk is en waar bewust over gerapporteerd kan worden. Het ambulant meten van cognitieve reactiviteit met behulp van ESM zou meer duidelijkheid kunnen geven over de eventuele rol van cognitieve

reactiviteit bij depressie. Een eerste stap zou kunnen zijn om met behulp van ESM te bepalen of er na herstel van depressie überhaupt sprake is van cognitieve reactiviteit. Vervolgens kan bekeken worden of een hogere mate van cognitieve reactiviteit ook van invloed is op het beloop van depressie. Gezien de bevinding dat stemmingsreactiviteit zelf ook voorspellend lijkt te zijn voor het beloop van depressie (Lethbridge & Allen, 2008; van Rijsbergen et al., 2013), is het echter aan te bevelen ESM ook te richten op veranderingen in stemming op zich.

Gerard D. van Rijsbergen is gz-psycholoog bij het Vroeg Interventie Psychose (VIP) team van GGZ Drenthe en was vanuit zijn promotieonderzoek verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, Nederland.

Claudi L. H. Bockting is verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht, Martinus J. Langeveldgebouw, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, Nederland.

Correspondentieadres: G. D. van Rijsbergen, PhD, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit GMW, Afdeling Klinische Psychologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: g.d.van.rijsbergen@rug.nl

Summary Mood-linked activation of dysfunctional attitudes (schemas, assumptions) is referred to as cognitive reactivity. Handbooks on depression consider cognitive reactivity to be an important risk factor for relapse in depression and target for preventive psychotherapy. The aim of this article is to provide an update on the current scientific stance considering the predictive validity of cognitive reactivity for depressive relapse, using a literature search in PsycINFO and Pubmed. It can be concluded that since the pivotal studies of Segal et al. (1999, 2006) five negative studies and zero replications were published. Thus, findings on cognitive reactivity are highly heterogeneous, with one study even demonstrating that cognitive reactivity might protect against future relapse. Only one study examined whether cognitive reactivity was changed by preventive psychotherapy (Preventive Cognitive Therapy) and mediated its effects, which was not the case. However, methodological limitations hamper these conclusions. Still, since cognitive reactivity in many studies does not predict relapse, it might not be crucial to target interventions on change of cognitive reactivity.

Keywords: *cognitive reactivity, dysfunctional attitude, depression, relapse or recurrence, prevention, cognitive behavioral therapy*

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>Beck, A. T. (1967). <i>Depression</i>. New York: Harper and Row.</p> <p>Biesheuvel-Leliefeld, K. E., Kok, G. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Hollon,</p> | <p>S. D., van Marwijk, H. W., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 174, 400-410.</p> |
|---|--|

- Bockting, C. L. H. (2009a). *Preventieve cognitieve training bij terugkerende depressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bockting, C. L. H., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015a). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*. In press.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.
- Bockting, C. L. H., Smid, N. H., Koeter, M. W., Spinhoven, P., Beck, A. T., & Schene, A. H. (2015b). Enduring effects of preventive cognitive therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 185, 188-194.
- Bockting, C. L. H., Spinhoven, P., Wouters, L. F., Koeter, M. W. J., & Schene, A. H. (2009b). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 5.5-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1621-1628.
- Brosse, A. L., & Craighead, L. W. (1999). Testing the mood-state hypothesis among previously depressed and never-depressed individuals. *Behavior Therapy*, 30, 97-115.
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Bockting, C. L. H., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, 1-8.
- Douma, M. (1991). *The measurement of trait depression: Construction of the Dutch Dysfunctional Attitude Scale (A version) of Arlene Weissman*. Meerssen: St. Lois Marie Jamin.
- Elgersma, H. J., de Jong, P. J., van Rijsbergen, G. D., Kok, G. D., Burger, H., van der Does, W., ... Bockting, C. L. (2015). Cognitive reactivity, self-depressed associations, and the recurrence of depression. *Journal of Affective Disorders*, 183, 300-309.
- Figueroa, C. A., Ruhé, H. G., Koeter, M. W., Spinhoven, P., van der Does, W., Bockting, C. L., & Schene, A. H. (2015). Cognitive reactivity versus dysfunctional cognitions and the prediction of relapse in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 1306-1312.
- Jarrett, R. B., Minhajuddin, A., Borman, P. D., Dunlap, L., Segal, Z. V., Kidner, C. L., ... Thase, M. E. (2012). Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 280-286.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Lethbridge, R., & Allen, N. B. (2008). Mood induced cognitive and emotional reactivity, life stress, and the prediction of depressive relapse. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1142-1150.
- Miranda, J., & Persons, J. B. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood states. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237-241.
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell,

- W., Warshaw, M., & Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2010). Problem-solving therapy for relapse prevention in depression. In C. S. Richards & M. G. Perri (Eds.), *Relapse prevention for depression* (pp. 99-130). Washington DC: American Psychological Association.
- Pfeiffer, N., Brockmeyer, T., Zimmermann, J., & Backenstrass, M. (2014). The temporal dynamics of cognitive reactivity and their association with the depression risk: An exploratory study. *Psychopathology*, 48, 114-119.
- Raes, F., & Hermans, D. (2008). Cognitief model voor depressie. In J. Huyser, A. H. Schene, B. Sabbe, & Ph. Spinhoven (Eds.), *Handboek depressieve stoornissen* (pp. 173-184). Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Segal, Z. V., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749-755.
- Silverman, J. S., Silverman, J. A., & Eardley, D. A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 41, 28-30.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., ... Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.
- Stein, D. J., Kupfer, D. J., & Schatzberg, A. F. (2007). *The American psychiatric publishing textbook of mood disorders*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, 2, 247-274.
- van der Does, A. J. W. (2002). Cognitive reactivity to sad mood: Structure and validity of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 105-120.
- van Rijsbergen, G. D., Bockting, C. L. H., Burger, H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Ruhe, E., ... Schene, A. H. (2013). Mood reactivity rather than cognitive reactivity is predictive of depressive relapse: A randomized study with 5.5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81v 508-517.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475-488.
- Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389-1390.
- Wenze, S., Gunthert, K., & Forand, N. (2007). The influence of dysphoria on positive and negative cognitive reactivity to daily mood fluctuations. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 915-927.
- Wenze, S., Gunthert, K., & Forand, N. (2010). Cognitive reactivity in everyday life as a prospective predictor of depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 554-562.

Persoonlijkheid van kinderen met disruptief gedrag en de vorming van vroege therapeutische alliantie bij de behandeling van disruptief gedrag

JULIETTE LIBER, PATRICIA VUIJK, ESTHER DE GROOT-ZIJLSTRA 
GERLY DE BOO

Samenvatting

Uit meta-analyses is gebleken dat er een positief verband is tussen therapeutische alliantie en behandelresultaat, met name uit studies naar de effecten van behandeling van disruptief gedrag bij kinderen. Een therapeutische alliantie vormt zich mede onder invloed van persoonlijkheidstrekken, terwijl ook is gebleken dat bijvoorbeeld psychopathische trekken behandeluitkomsten negatief beïnvloeden. Kinderen met disruptieve gedragsproblemen laten in het algemeen sterkere psychopathische trekken zien dan kinderen zonder deze problemen.

Dit onderzoek met 44 kinderen beoogt de vraag te beantwoorden of de therapeutische alliantie een mediërende factor is tussen de mate waarin psychopathische trekken aanwezig zijn en de effectiviteit van een evidence-based CGT-behandeling van disruptief gedrag. Middels multiële regressie is onderzocht of deze trekken de afname van disruptief gedrag na behandeling voorspelden en of de therapeutische alliantie deze relatie medieert. Ouders en leerkrachten rapporteerden een significante afname van disruptief gedrag bij de na- en follow-upmeting (gemiddelde *effect size* (Cohen's *d*) = 0.31). Er werd geen significante relatie gevonden tussen enerzijds het niveau van psychopathische trekken en anderzijds de kwaliteit van de vroege therapeutische alliantie en afname in disruptief gedrag. Therapeutische alliantie bleek de mate waarin kinderen profiteren van de behandeling marginaal te voorspellen.

Concluderend kan worden gesteld dat kinderen met disruptief gedrag kunnen profiteren van CGT, ongeacht de mate waarin ze psychopathische trekken vertonen. Aandacht voor de therapeutische relatie met de behandelaar kan mogelijk helpen het behandelresultaat te optimaliseren.

Trefwoorden: gedragsproblemen, cognitieve gedragstherapie, interventies voor op school, psychopathische trekken, therapeutische processen

INLEIDING

.....

Opstandig en antisociaal gedrag bij kinderen, ook wel disruptief gedrag genoemd, hangt samen met allerlei ontwikkelingsproblemen, zoals een slechte ouder-kindrelatie, problemen in de interacties met leeftijdsgenoten en volwassenen, voortijdig schoolverlaten, vandalisme, criminaliteit, en gedragsproblemen in de adolescentie en op volwassen leeftijd (Broidy et al., 2003; Loeber, Burke, & Pardini, 2009). Deze problemen hebben grote impact op het kind, op belangrijke anderen in zijn omgeving en op de bredere maatschappij.

Effectieve behandelmethoden voor disruptief gedrag zijn gericht op het kind en/of het gezin, en veelal gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) (bijvoorbeeld: Costin & Chambers, 2007; Kazdin & Wassell, 2000). Deze behandelmethoden zijn echter niet (voldoende) effectief voor alle kinderen. Het is daarom belangrijk om na te gaan welke variabelen van invloed zijn op de mate waarin kinderen van deze methoden profiteren. Vanuit therapeutisch perspectief wordt er in onderzoek onderscheid gemaakt tussen variabelen waarop behandelaars geen of weinig invloed kunnen uitoefenen, maar die wel van invloed zijn op het effect van de behandeling (*moderatoren* of *inputvariabelen*; Fjermestad, McLeod, Tully, & Liber, 2015), en variabelen waarop behandeling of behandelaars wel invloed kunnen uitoefenen, de zogenaamde *procesvariabelen*. Voorbeelden van inputvariabelen zijn persoonlijkheidskenmerken, sekse en sociaal-economische status van de cliënt (Hawes & Dadds, 2005; Koegl, Farrington, Augimeri, & Day, 2008), terwijl voorbeelden van procesvariabelen de mate waarin een protocol opgevolgd wordt, de betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling, en de werkrelatie tussen cliënt en behandelaar zijn (Garland, Hawley, Brookman-Frazee, & Hurlburt, 2008; Liber, van der Leeden, Sauter, & Treffers, 2007).

THERAPEUTISCHE ALLIANTIE

.....

Een belangrijke procesvariabele betreft de relatie tussen therapeut en cliënten. Deze wordt tegenwoordig overwegend aangeduid met de term 'therapeutische alliantie' of 'werkrelatie' (McLeod & Weisz, 2005; Reisner, 2005).

De term ‘therapeutische alliantie’ behelst bij de behandeling van kinderen zowel de affectieve relatie tussen behandelaar en cliënt (‘band’) als de mate van overeenstemming tussen behandelaar en cliënt over de therapeutische taken die nodig zijn om de therapiedoelen te behalen (‘taken’) (Fjermestad et al., 2015; Liber et al., 2007).

Uit resultaten van meta-analyses naar de invloed van therapeutische alliantie op behandeluitkomst bij psychotherapie voor kinderen in het algemeen komt een verband naar voren tussen een betere therapeutische alliantie en een gunstiger behandeluitkomst (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; Shirk & Karver, 2003). Echter, de resultaten uit de meta-analyse van Karver et al. (2006) wijzen slechts op een klein tot matig effect (effectgrootte (ES) = .21). In voorgaande meta-analyses werd geen onderscheid gemaakt naar wie de alliantie beoordeelde (cliënt, hulpverlener of observator). Een recentere en omvangrijkere meta-analyse door McLeod (2011) laat een nog kleinere effectgrootte zien (ES = .14), die bovendien niet significant is. Uit deze meta-analyse bleek bovendien dat de sterkte van het verband tussen alliantie en uitkomst varieerde afhankelijk van de informant, met de meest bescheiden resultaten voor observaties (ES kind = .14, ES behandelaar = .18, ES observator = .06). Meta-analyses laten dus geen eenduidig beeld zien. Wanneer behandelstudies echter specifiek gericht zijn op disruptief gedrag bij kinderen, wordt er meer consistent een significante relatie gevonden tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en behandeluitkomst (Kazdin & Durbin, 2012; Kazdin, Whitley, & Marciano, 2006). In de meta-analyse van McLeod (2011) wordt de relatie tussen alliantie en behandeluitkomst apart bestudeerd voor internaliserende en externaliserende problemen, en dan blijkt er zich een opmerkelijk verschil voor te doen: de samenhang tussen therapeutische alliantie en behandelresultaat is wel significant bij kinderen met externaliserende problemen (ES = .10), maar niet bij kinderen met internaliserende problematiek (ES = .22).

PSYCHOPATHISCHE TREKKEN VAN KINDEREN EN DE FORMING VAN THERAPEUTISCHE ALLIANTIE

.....

Er is weinig bekend over factoren die de therapeutische alliantie bij kinderen met disruptief gedrag (mogelijk) beïnvloeden. Een belangrijke inputvariabele van kinderen met disruptief gedrag die de vorming van therapeutische alliantie en daaraan gerelateerd behandel-effect kan beïnvloeden betreft het niveau van psychopathische trekken. Bij psychopathische trekken worden in het algemeen drie persoonlijkheidsdimensies onderscheiden, namelijk (1) narcistische trekken (verwaande en bedrieglijke interpersoonlijke stijl, in het Engels ook wel *grandiose-manipulative* genoemd), (2) ongevoeligheid en onaangedaanheid (weinig empathie, schuldgevoel of berouw, en oppervlakkige emoties, ook wel *callous-unemotional* genoemd), en (3) impulsief-

onverantwoordelijke trekken (impulsiviteit, weinig verantwoordelijkheid, zoeken naar spanning, aandachtsproblemen, ook wel *impulsive-irresponsible* genoemd) (van Baardewijk et al., 2008). Kinderen met disruptieve gedragsproblemen laten in het algemeen hogere niveaus van deze drie psychopathische trekken zien dan kinderen met normaal gedrag (Fanti, Demetriou, & Kimonis, 2013; Frick & White, 2008; Kauten, Barry, & Leachman, 2013; Loeber et al., 2009).

Hoewel er nog weinig onderzoek verricht is naar de invloed van psychopathische trekken op therapeutische verandering bij kinderen, tonen de beschikbare onderzoeken aan dat psychopathische trekken de behandeluitkomst beïnvloeden (Hawes & Dadds, 2005; Manders, Dekovic, Asscher, van der Laan, & Prins, 2013). De studie door Manders et al. (2013) liet niet direct een voorspellende waarde zien voor de ongevoelige-onaangedane trek, maar wel voor de impulsieve-onverantwoordelijke trek. Kinderen die meer van die laatste trek lieten zien, vertoonden na behandeling meer externaliserende problemen. Opvallend was dat er een interactie-effect met interventieconditie werd gevonden voor de ongevoelige-onaangedane trekken en de narcistische trekken: minder van deze trekken voorspelde in de multisystemische interventieconditie meer winst, terwijl deze trekken dat niet deden in de *care-as-usual*-conditie. Deze studies suggereren dat psychopathische trekken de mate waarin kinderen van behandeling profiteren beïnvloeden, maar dat het proces waarlangs dit gebeurt niet eenduidig is voor de verschillende typen trekken. Dit wordt in dit onderzoek verder uitgezocht.

Voorliggend artikel is de eerste studie die deze verbanden bij kinderen met disruptief gedrag exploreert. De studie is erop gericht om na te gaan of de therapeutische alliantie de relatie tussen het niveau van psychopathische trekken bij kinderen met disruptief gedrag en het behandelresultaat medeert. Hiervoor wordt onderzocht of er een relatie is tussen het niveau van psychopathische trekken bij kinderen met disruptief gedrag en de vroege therapeutische alliantie bij een evidence-based protocollaire behandeling voor kinderen met disruptief gedrag (Liber, de Boo, Huizenga, & Prins, 2013). Daarnaast zal nagegaan worden of kinderen profiteren van de behandeling en of de therapeutische alliantie de mate voorspelt waarin kinderen ten gevolge van de behandeling veranderen.

METHODE

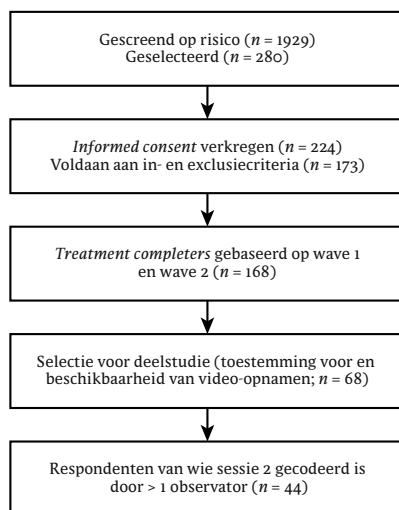
.....

Proefpersonen

.....

Onderhavige studie is een deelstudie van een grotere gerandomiseerde, gecontroleerde (wachtlíjst)studie (RCT), waarvan figuur 1 het stroomschema weergeeft. Kinderen die aan de wachtlijstconditie waren toegewezen namen

na afloop alsnog deel aan de interventie (*wave 2*). Aan de oorspronkelijke studie naar de effectiviteit van de training *Ik kies voor zelfcontrole* namen 173 kinderen deel (jongens: $n = 136$, gemiddelde leeftijd = 10,32 jaar ($sd = 1,19$); meisjes: $n = 37$, gemiddelde leeftijd = 10,08 ($sd = 1,15$)). De kinderen kwamen voornamelijk uit gezinnen met een lage sociaal-economische status (SES laag: $n = 96$ (55%); SES laag tot midden: $n = 56$ (32%); SES hoog: $n = 16$ (9%); SES *missing*: $n = 5$ (3%)). De SES is in kaart gebracht met het standaard beroepenclassificatiesysteem van het CBS (Centraal Bureau voor Statistiek Nederland, 2001). Het merendeel van de kinderen was van niet-westerse afkomst, bijvoorbeeld Turks, Marokkaans, Surinaams of Afghaans ($n = 109$ (63%); van Nederlandse afkomst: $n = 57$ (33%)). De meeste kinderen ($n = 105$ (61%)) waren afkomstig uit een gezin met beide biologische ouders, terwijl 45 kinderen (26%) afkomstig waren uit een eenoudergezin, en 17 kinderen (10%) uit een gezin waarvan de ouders gescheiden waren en een of beide ouders hertrouwd waren. Van zes kinderen waren geen gegevens over de gezinssituatie beschikbaar.



FIGUUR 1 *Stroomdiagram deelstudie*

Respondenten werden voor de in dit artikel beschreven deelstudie geselecteerd indien ouders toestemming gaven voor video-opname van de sessies, en zowel ouders als scholen toestemming gaven voor het gebruik van deze video-opnamen voor wetenschappelijk onderzoek. Video-opnamen vonden alleen plaats indien voor alle kinderen uit een groep toestemming voor video-opname verleend werd door de ouders. Verder werden sessies alleen gebruikt om te coderen indien de eerste auteur niet deelnam als trainer aan de desbetreffende training. Codering vond plaats van januari 2015 tot en

met augustus 2015 door een onderzoeksgroep bestaande uit zes personen. De gecodeerde populatie respondenten bevat 44 kinderen, twee derde van de bruikbare kindopnamen ($n = 68$) werd gecodeerd. Om ervoor te zorgen dat het coderen objectief en betrouwbaar plaatsvond, werden alle video-opnamen door minimaal twee codeurs bekeken.

De huidige steekproef ($n = 44$; zie tabel 1 voor demografische gegevens) is afkomstig uit wave 1 (interventieconditie) en wave 2 (deelname aan interventie na afloop van de wachtlijstconditie) van de totale populatie ($N = 173$). De populatie van de steekproef bleek significant af te wijken van de originele populatie wat betreft leeftijd: de kinderen uit de steekproef waren gemiddeld een half jaar jonger. De steekproef verschilde niet wat betreft geslacht, etniciteit of SES (zie tabel 1). Daarnaast is gekeken of de huidige steekproef verschilde wat betreft de ernst van de problemen (Z-score TRF externaliserende problemen; $t = 0,87$, $df = 170$, $p = ns$) en de mate waarin kinderen significante en betrouwbare verandering vertoonden na de interventie met behulp van *Reliable-Change*-scores (VvGK ODD: $t = -1,50$, $df = 169$, $p = ns$, VvGK CD: $t = -0,20$, $df = 162$, $p = ns$; TRF ODD: $t = 0,93$, $df = 169$, $p = ns$, TRF CD: $t = 0,10$, $df = 169$, $p = ns$; SDQ tot: $t = 0,87$, $df = 75$, $p = ns$). Op basis hiervan werd geconcludeerd dat de steekproef niet verschilde van de originele studiebevolking met betrekking tot ernst van de problemen en de mate waarin kinderen profiteerden van de interventie Zelfcontrole.

TABEL 1 *Demografische gegevens*

	Totale populatie ($n = 173$) Gemiddelde/ n / %	SD	Populatie TA ($n = 44$) Gemiddelde/ n / %	SD
Leeftijd	10,27 jaar	1,19	9,87 jaar *	0,96
Geslacht	78% jongens ($n = 136$)		70% jongens ($n = 31$)	
SES				
Laag	55% ($n = 96$)		66% ($n = 29$)	
Midden	32% ($n = 56$)		25% ($n = 11$)	
Hoog	9% ($n = 16$)		9% ($n = 4$)	
Etniciteit				
Autochtoon	33% ($n = 57$)		23% ($n = 10$)	
Allochtoon	67% ($n = 116$)		77% ($n = 34$)	

* Leeftijd; $t = 2,65$, $df = 171$, $p < .01$.

Instrumenten

376

Screening — Om kinderen met een verhoogd risico op persisterend disruptief gedrag te selecteren werd voor de oorspronkelijke effectstudie een screeningsinstrument gebruikt bestaande uit zes items: de Lijst Globale Screening (LGS; van Leeuwen & Bijl, 2003). Deze werd onafhankelijk van elkaar door twee leerkrachten ingevuld voor 1929 kinderen. Ieder kind werd door twee leerkrachten beoordeeld om valspositieve uitkomsten te voorkomen. De LGS is ontwikkeld om kinderen te identificeren die (symptomen van) antisociaal gedrag laten zien. De LGS is gevalideerd bij kinderen met een etnisch gevarieerde achtergrond. De resultaten duiden op een goede sensitiviteit (73%) en specificiteit (86%) (van Leeuwen & Bijl, 2003). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Yules Y) tussen de leerkrachten bedroeg in de huidige studie .61 ($n = 151$ leerkrachten).

Leerkrachtrapportage — De *Teacher Report Form* (TRF; Verhulst, 2002) is een instrument bestaande uit 113 items dat gedragsproblemen in kaart brengt en een goede betrouwbaarheid en validiteit heeft laten zien (Achenbach & Rescorla, 2001). De items worden op een driepunts Likertschaal beoordeeld (range 0-2). De betrouwbaarheid van de alpha voor de schaal externaliseren (32 items) varieerde in onderhavige studie van .92 tot .94 (afhankelijk van of het een voormeting, nameting of follow-upmeting betrof). Cronbach's alpha's voor de TRF DSM-IV-schalen varieerden van .84 tot .89 voor gedragsproblemen (CD; dertien items) en van .81 tot .85 voor oppositionele-opstandige problemen (ODD; vijf items).

De Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK; Oosterlaan et al., 2008) brengt symptomen in kaart van de oppositionele-opstandige gedragsstoornis (ODD; acht items), gedragsstoornis (CD; zestien items), aandachtsproblemen (A; negen items) en hyperactiviteit-impulsiviteit (HI; negen items). De items worden gescoord op een vierpunts Likertschaal, die varieert van 0 tot en met 3. De Nederlandse versie heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit laten zien. In onderhavige studie varieert de Cronbach's alpha voor de verschillende schalen van .89 tot .93, met uitzondering van de CD-schaal, waar de alpha varieert van .68 tot .75.

Ouderrapportage — Ouders vulden de Sterke Kanten en Moeilijkheden Vragenlijst in (SDQ; van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003). Deze vragenlijst bevat 25 items die op een driepunts Likertschaal beoordeeld worden (range 0-2). De Nederlandse versie heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit laten zien (van Widenfelt et al., 2003). In de huidige studie is de totaalscore opgenomen van de SDQ (twintig items). De Cronbach's alpha was .88 voor deze schaal in de Nederlandse normpopulatie (van

Widenfelt et al., 2003). De gemiddelde test-hertestcorrelatie voor de leerkrachtschalen was .73 (Goodman, 2001). De Cronbach's alpha in de huidige studie varieert van .78 tot .82 voor de totaalscore, met uitzondering van de follow-upmeting ($\alpha = .63, n = 23$).

377

Psychopathische trekken — De kinderen vulden de *Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version* (YPI-C) in. Dit is een zelfrapportagelijst die vijftig items bevat en die de drie kernpersoonlijkheidsdimensies van psychopathische trekken in kaart brengt: een affectieve (callous-unemotional; CU), een interpersoonlijke (grandiose-manipulative; GM) en een gedragsfactor (impulsive-irresponsible; II) (van Baardewijk et al., 2008). Een arrogante en bedrieglijke interpersoonlijke stijl wordt weergegeven door de GM-dimensie (voorbeelditem: 'De wereld zou een betere plek zijn wanneer ik er de baas zou zijn'). Een afwijkende affectieve stijl wordt weergegeven door de CU-dimensie ('Ik vind het zwak om te huilen, zelfs als niemand het ziet'), en een impulsieve en onverantwoordelijke gedragsstijl wordt weergegeven door de II-dimensie ('Ik vind het leuk om dingen te doen alleen maar omdat het lekker spannend of gaaf voelt'). De test-hertestbetrouwbaarheid, convergente validiteit en divergente validiteit toonden aan dat deze drie dimensies ook in een Nederlandse populatie betrouwbaar en betekenisvol met een zelfrapportagelijst voor kinderen van 9 tot en met 12 jaar in kaart gebracht kunnen worden (van Baardewijk et al., 2008). De betrouwbaarheidscoëfficiënten in de onderhavige studie (kinderen van 8-12 jaar) varieerden van .87 tot .91 voor de GM-dimensie, .75 tot .85 voor de CU-dimensie en van .74 tot .78 voor de II-dimensie.

Therapeutische alliantie — De *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy – Alliance Scale* (TPOCS-A; McLeod & Weisz, 2005) is ontwikkeld om de therapeutische alliantie tussen kinderen en ouders met hun behandelaar in kinderpsychotherapie in kaart te brengen. De TPOCS-A bevat zes items die erop gericht zijn om de affectieve elementen van de therapeutische relatie in kaart te brengen. Daarnaast bevat de TPOCS-A drie items die de participatie van de cliënt bij de therapeutische activiteiten in kaart brengt. De TPOCS-A is in het Nederlands vertaald en wordt gebruikt om de kwaliteit van de therapeutische relatie in kaart te brengen bij de individuele en groepsgewijze CGT-behandeling van kinderen met angststoornissen (Liber et al., 2007). In eerdere studies liet de TPOCS-A een afdoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, convergente validiteit en betrouwbaarheid zien (Chiu, McLeod, Har, & Wood, 2009; McLeod & Weisz, 2005). Ook de Nederlandse versie heeft een afdoende betrouwbaarheid laten zien (Liber et al., 2007). De Cronbach's alpha in de huidige populatie was .79 voor de schaal *band*, .19 voor de schaal *taken* en .74 voor de totale schaal. De lage betrouwbaarheid van de schaal *taken* lijkt vooral veroorzaakt te worden doordat bij aanvang van de therapie nog weinig aan de therapeu-

tische taken buiten de zitting gewerkt is. In deze studie is ervoor gekozen om de totale schaal te gebruiken om de therapeutische alliantie zo breed mogelijk weer te geven.

Procedure

Zeventien scholen uit stedelijke gebieden met een lage of lage tot midden-klasse SES namen deel, gedurende één van drie opeenvolgende schooljaren. Voor elk kind uit de groepen 5 tot en met 8 (totaal 1929 kinderen) werd door twee leerkrachten onafhankelijk van elkaar de LGS ingevuld (tijdstip 1). Indien uit de rapportage van beide leerkrachten een risico-inschatting naar voren kwam, werden de betreffende kinderen geselecteerd ($n = 280$). *Informed consent* door de ouders werd verkregen via school. Voor 224 kinderen (85%) werd toestemming verkregen, 51 kinderen vielen af vanwege een geschat IQ (verkorte WISC-III) onder de 85. Dit resulteerde in een onderzoeksgroep van 173 kinderen.

Voorafgaand aan de behandeling vulden de leerkrachten en ouders vragenlijsten in (tijdstip 2; onder andere de vragenlijsten TRF, VvGK en SDQ). 70 kinderen werden toegewezen aan de interventieconditie (CGT; behandeling in wave 1) en 103 kinderen aan de wachtlijstconditie (WLC). Eén tot twee weken na afronding van de CGT of WLC werden de vragenlijsten opnieuw ingevuld door de leerkrachten en ouders (tijdstip 3). Daarna werd aan de WLC-kinderen de CGT aangeboden (behandeling in wave 2). Na de interventie vond ook voor hen een nameting en een follow-upmeting plaats, waarbij de vragenlijsten opnieuw werden ingevuld door de leerkrachten en ouders. In de huidige studie zijn gegevens opgenomen van kinderen die deelnamen aan sessie 2 van de interventie, zowel uit interventie-wave 1 als uit wave 2. De Commissie Ethiek van de Universiteit van Amsterdam adviseerde positief over dit project. Het is opgenomen in het Nederlandse Trial Register (NTR1352). Een uitgebreidere beschrijving van de procedure is terug te vinden in Liber et al. (2015).

Procedure: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid therapeutische alliantie — De strategie voor het coderen van de therapeutische alliantie omvatte het bekijken van de gehele therapiesessies, waarna ieder item op een zespunts Likertschaal werd gescoord. De scoring varieert van 0 (*helemaal niet van toepassing*) tot 5 (*in grote mate van toepassing*). Alle codeurs vulden onafhankelijk van elkaar de formulieren voor het *target*-kind in. Omdat het groepsbehandeling betreft, waren de codeurs geïnstrueerd om de therapeutische alliantie tussen het *target*-kind en de hoofdtrainer te coderen. Er werd voor gekozen om de therapeutische alliantie tussen het *target*-kind en de hoofdtrainer in kaart te brengen, omdat de hoofdtrainers over het algemeen een prominentere rol in de groepssessies speelden dan de cotrainers.

Zes codeurs namen deel aan het codeerproces, waarbij de beschikbare banden in zeven fases gecodeerd werden. De groep codeurs bestond uit de eerste drie auteurs (eerste auteur is universitair docent en cognitief gedragstherapeut, de tweede auteur is lector en pedagoog, en de derde codeur is masterstudent pedagogiek) en drie docenten (die docent zijn aan de opleiding tot jeugdzorgwerker, allen geschoold op wo-niveau). Voor iedere fase is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld met behulp van *intraclass*-correlatiecoëfficiënten (ICC) van de gemiddelde scores per beoordelaar. De ICC is de beste maat voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor items op ordinaal niveau (Tinsley & Weiss, 2000). In de eerste fase werd in een trainingsbijeenkomst door alle betrokkenen onder leiding van de eerste auteur een oefenband gecodeerd. Er werd gefaseerd gewerkt met tussentijdse overleggen om *observer*, *rater* of *coder drift* te voorkomen. Gefaseerd werken biedt bovendien de mogelijkheid om de ICC regelmatig te berekenen en bij tegenvallende resultaten in te grijpen. In fases 3 tot en met 7 werden verschillende banden gecodeerd door meerdere personen. In de tussentijdse overleggen werden afwijkende scores doorgesproken tot overeenstemming werd bereikt over de eindscore (zie tabel 2 voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). De eindscores zijn meegenomen in de analyses. Aan de laatste fase namen drie codeurs deel, waarbij de banden door twee codeurs bekeken werden. De gegevens zijn geanalyseerd met IBM SPSS versie 21. Hierbij dient opgemerkt te worden dat met IBM SPSS een negatieve ICC gevonden kan worden indien een codering onbetrouwbaar is (geen of lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en/of een lage variantie kent. In deze gevallen ($n = 5$) is

 TABEL 2 *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid codeurs*

Fase	Aantal codeurs	Aantal codeurs per band	Aantal banden beoordeeld	Gemiddelde ICC (SD)
1	6	6	1	(n.v.t.: oefenband)
2	6	5	3	0,73
3	6	3	8	0,75
4	6	3	10	0,68
5	6	3	10	0,72
6	3	2-3	13	0,64

Noot: Intraclass-correlatiecoëfficiënten (ICC) werden berekend aan de hand van *two-way-random*-modellen, op basis van *absolute agreement*.

Finn's *r* uitgerekend en meegenomen, in plaats van de ICC (Tinsley & Weiss, 2000). Hoewel op *face value* de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in de laatste fase hoger leek, komt deze echter uit de ICC als lager naar voren. Ook hier bleek dat het werken met slechts twee codeurs per band tot een lage variantie leidde, waarvoor de ICC in negatieve zin gevoelig is. De eindscore, dat wil zeggen de score waarover na overleg overeenstemming was bereikt, is meegenomen in de statistische analyses.

INTERVENTIE

.....

De training *Ik kies voor zelfcontrole* (de Boo & Liber, 2014a, b) is een bewerking van de evidence-based protocollaire interventie *Zelfcontrole* van van Manen (2001; van Manen, Prins, & Emmelkamp, 2004) en bestaat uit één individuele zitting en negen groepsbijeenkomsten. De training is gebaseerd op het theoretische model van sociale informatieverwerking (SIV), zoals beschreven door Crick en Dodge (1994) en Arsenio (2010). Volgens dat model bestaat de sociale informatieverwerking uit verschillende stappen: (1) encoderen van informatie (interne en externe *cues*), (2) interpreteren van sociale informatie, (3) doel bepalen, (4) reacties genereren, (5) reactie selecteren, en (6) respons uitvoeren. Hieraan is toegevoegd: stap (7) evalueren. Iedere zitting is gericht op het verbeteren van de sociale informatieverwerking. In de eerste individuele zitting worden met het kind behandeldoelen opgesteld. In de daaropvolgende negen groepsbijeenkomsten worden sociale informatie verwerkingsprocessen en sociale vaardigheden aangepakt middels CGT-technieken, zoals cognitieve herstructurering, emotie-educatie, rollenspel en *modeling*. Oefeningen worden geïllustreerd door vier stripfiguren met ieder een eigen karakter: *Hot Harry*, *Hot Hester*, *Cool Kevin* en *Cool Kübra*.

De groepssessies bestaan uit cognitief-gedragstherapeutische technieken, zoals psycho-educatie, modeling, rollenspelen en het bespreken van huiswerk oefeningen. In het kennismakingsgesprek tussen kind, leerkracht en trainer worden leerdoelen opgesteld, die het kind opschrijft in zijn persoonlijke werkboek (actieboek). Afhankelijk van wat het kind in samenspraak met de leerkracht naar voren brengt, kunnen de individuele leerdoelen meer gericht zijn op bijvoorbeeld stap 1 van de sociale informatieverwerking (SIV) of bijvoorbeeld juist meer op stap 4 van de SIV.

In de eerste bijeenkomst vertellen de kinderen elkaar over hun doelen. In overleg worden groepsregels opgesteld. De kinderen en trainers ondertekenen een contract van vertrouwelijkheid. Aan de hand van persoonsbeschrijvingen van *Cool Kevin* en *Hot Harry* (*Cool Kübra*/*Hot Hester*), en rollenspellen leren de kinderen wat gedrag is en dat je daarop wordt beoordeeld door anderen. In het actieboek maken de kinderen een gedragsregistratie van zichzelf en van anderen. Deze bijeenkomst is gericht op zowel normaliseren als probleem(h)erkenning.

De tweede bijeenkomst is gericht op emotie-educatie. Gevoelens worden opgenoemd en uitgebeeld, en kinderen leren de toon waarop iets wordt gezegd te interpreteren. De oefeningen uit deze bijeenkomst zijn onder andere gericht op het verbeteren van de vaardigheden van de kinderen wat betreft het encoderen van informatie en het interpreteren van sociale situaties, de stappen 1 en 2 uit SIV. De kinderen oefenen met behulp van rollenspellen en het maken van een gevoelsregistratie, gekoppeld aan een boosheidsthermometer.

In bijeenkomst drie leren de kinderen dat gevoel en gedachten bij elkaar horen. De kinderen verwoorden hun gevoel en bijbehorende gedachten in reactie op verschillende situaties. De oefeningen uit deze bijeenkomst richten zich met name op stappen 2 en 3 uit SIV (interpreteren van sociale situaties en doelen stellen).

De vierde bijeenkomst richt zich eerst op ontspanning en imaginatie, om daarna te oefenen met koel blijven onder uitdaging (toepassen van de eerder opgestelde koele gedachten en de ontspanning). De oefeningen uit deze bijeenkomst richten zich met name op stappen 3 en 4 uit SIV (doelen stellen en reacties genereren).

In de daaropvolgende vijfde bijeenkomst worden verschillende vignettes van *Hot Harry* en *Cool Kevin* besproken, en wordt de kinderen gevraagd zelf situaties aan te dragen. Zo leren de kinderen dat iedereen een eigen interpretatie heeft. Bij conflicten levert strijd om de 'juiste' interpretatie vaak nieuwe conflicten op. De kinderen oefenen met verschillende problemen, bedenken meerdere oplossingen, voeren deze uit in een rollenspel en evalueren hun keuze. De oefeningen uit deze bijeenkomst richten zich met name op stappen 2, 3 en 4 uit SIV (situaties interpreteren, doelen stellen en reacties genereren).

Vervolgens leren de kinderen in de zesde bijeenkomst aan de hand van verhaaltjes over *Hot Harry* en *Cool Kevin* dat er 'nu-doelen' zijn en 'altijd-doelen'. 'Nu-doelen' zijn makkelijk te bereiken, maar zorgen er vaak voor dat 'altijd-doelen', die belangrijker zijn, niet bereikt worden. Kinderen oefenen met gedrag dat ze nodig hebben om het 'later-doel', namelijk 'aardig gevonden worden', te bereiken. De oefeningen uit deze bijeenkomst richten zich met name op stappen 3, 4 en 5 uit SIV (doelen stellen, reacties genereren en responsselectie).

In de zevende bijeenkomst worden situaties besproken die *Hot Harry* en *Cool Kevin* meemaken. In rollenspellen wordt geoefend met je verplaatsen in de ander, invoegen in een spel of situatie, en oplossingen uitvoeren in lastige situaties. Opnieuw komen dan ook de mogelijk negatieve gevolgen van 'nu-doelen' ter sprake. De oefeningen uit deze bijeenkomst richten zich met name op stappen 4, 5 en 6 uit SIV (reacties genereren, responsselectie en respons uitvoeren).

De volgende (achtste) bijeenkomst is gericht op pesten. De kinderen bespreken eigen ervaringen met pesten en uitdagen. In rollenspellen worden

kinderen uitgedaagd en gepest, en er wordt geoefend met passend reageren. In de laatste (dat wil zeggen, de negende) bijeenkomst wordt verder ingegaan op effectief voor jezelf opkomen. In de achtste bijeenkomst worden in rollenspellen situaties geoefend waarin de leerkracht een nadelige beslissing neemt voor het kind (bijvoorbeeld: je bent ingedeeld in het zwakste team, maar dat komt omdat je zo'n goede voetballer bent en zo dat zwakke team kunt versterken). Het zijn oefeningen met 'ik-boodschappen', gevoelens vertellen en nadenken over handige timing.

De afsluiting (bijeenkomst 9) vindt plaats met een quiz met vragen en rollenspellen, een korte terugblik en een diploma. De oefeningen uit deze bijeenkomst richten zich met name op stappen 4, 5 en 6 uit SIV (reacties genereren, responsselectie en respons uitvoeren).

Parallel aan de training voor de kinderen zijn er vijf individuele gesprekken met de leerkrachten van de participerende kinderen. Deze gesprekken duren ongeveer één uur. De leerkracht wordt onder andere geïnformeerd over de inhoud van de training van de kinderen, over het verloop van de zittingen met de kinderen (en eventuele bijzonderheden), en over de individuele vorderingen van het kind. Daarbij wordt besproken hoe de leerkracht zijn leerlingen kan motiveren, steunen en begeleiden bij het ontwikkelen van nieuw gedrag. De leerkracht ontvangt psycho-educatie over de problematiek van het kind. Daarnaast kan de trainer verschillende CGT-elementen aanreiken die de leerkracht kan inzetten in de klas. Deze onderdelen van de training zijn optioneel en worden afhankelijk van de behoefte van de leerkracht ingezet.

Het oudercontact bestaat uit drie bijeenkomsten: een kennismakingsgesprek, een ouderavond samen met andere ouders en de leerkrachten, en een nabespreking. Tijdens het kennismakingsgesprek wordt uitgelegd wat de interventie precies inhoudt en hoe deze in zijn werk gaat. Gedurende de ouderavond maken de ouders met elkaar kennis, wordt er uitleg gegeven over de training, gaan ouders zelf in groepjes oefenen met een aantal opdrachten en wordt de voortgang besproken wat betreft de individuele doelen van de kinderen. Tevens wordt de datum van de diploma-uitreiking en de wijze van evalueren met alle partijen besproken.

Statistische analyses

Cohen's d wordt berekend voor de interventie versus wachtlijstconditie op basis van de verschilscore voor de voor- en nameting. Middels multi-pele regressieanalyse wordt onderzocht of de niveaus van psychopathische trekken (predictor) samenhangen met de therapeutische alliantie (mediator), en zo ja, in welke richting. Vervolgens wordt onderzocht of de therapeutische alliantie (mediator) samenhangt met de therapeutische verandering van de kinderen (uitkomst), eveneens met multi-pele regressieanalyse. Om therapeutische verandering in kaart te brengen direct na behandeling en bij

follow-up worden Reliable-Change-scores gebruikt, een bewerking van de vershilscores om de mate van verandering zo betrouwbaar mogelijk weer te geven (dit corrigeert onder andere voor meetfouten) (Jacobson & Truax, 1991). Indien deze relaties significant zijn, kan worden onderzocht of er een mediatie, dan wel een indirect verband bestaat tussen psychopathische trekken van de kinderen (predictor), de (vroege) therapeutische alliantie (mediator) en de Reliable-Change-scores (uitkomst) middels een *stepwise* regressieanalyse. Hiermee kan tevens nagegaan worden of ook aan de voorwaarde van een verband tussen de mediator en uitkomstvariabele is voldaan (Baron & Kenny, 1986). Door toevoegen van alliantie wordt verwacht dat de voorspellende waarde van psychopathische trekken voor uitkomst afneemt. Ten slotte worden alle analyses herhaald, waarbij gecontroleerd wordt voor leeftijd en ernst van de problemen.

RESULTATEN

.....

Beschrijvende gegevens

.....

Uit de gegevens blijkt dat de kinderen ($n = 44$) voorafgaand aan de behandeling een significant hoger niveau van psychopathische trekken lieten zien dan kinderen uit de normale populatie, zoals berekend met een *single sample* t-test (zie tabel 3). De scores van de kinderen op de YPI zijn omgezet naar T-scores op basis van normdata, omdat de normen voor jongens en meisjes verschillen, en op deze wijze interpretatie vergemakkelijkt wordt. Daarnaast worden de scores weergegeven op de TPOCS-A (vroege therapeutische alliantie).

TABEL 3 *Niveau psychopathische trekken en therapeutische alliantie (n = 44)*

	t-scores	SD	Range	t ¹
GM-trekken	55,36	(10,94)	37,91-80,20	3,25 **
CU-trekken	56,72	(9,88)	33,78-72,30	4,51 ***
II-trekken	53,79	(10,38)	29,00-80,97	2,42 *
	Steekproef-gemiddelde	SD	Range	
TPOCS-Band	2,48	(0,72)	0,80-4,00	n.v.t.
TPOCS-Taken	2,73	(0,87)	0,67-4,50	n.v.t.
TPOCS-Totaal	2,73	(0,68)	0,78-3,88	n.v.t.

¹ t-waarde geeft afwijking t.o.v. normale populatie weer, * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$.

Resultaten interventie

Voor oppositionele-opstandige gedragsproblemen werd, zoals in kaart gebracht met de VvGK en TRF, een matig effect gevonden (respectievelijk: VvGK ODD: 0,45, CI: 0,14-0,76; TRF ODD: 0,22, CI: 0,09-0,53). Voor gedragsproblemen werd op beide instrumenten eveneens een matig effect gevonden (VvGK CD: 0,33, CI 0,02-0,65; TRF CD: CI 0,02-0,64). Cohen's *d* voor de externaliserenschaal van de TRF bedroeg 0,27. Het betrouwbaarheidsinterval omvat echter de 0, waardoor niet gesteld kan worden dat het effect significant is (CI: -0,04-0,58). Ouders rapporteren een matig tot groot effect (SDQ-Tot: 0,50, CI: 0,07-0,93). (Opmerking: voor meer informatie over de resultaten van de studie naar het programma *Ik kies voor zelfcontrole* wordt verwezen naar Liber, de Boo, Huizenga en Prins (2013, 2015).)

Cohen's *d* voor de verschillende uitkomstmaten is gemiddeld 0,31. Deze getallen geven Cohen's *d* weer voor de interventie versus de wachtlijstconditie. Er is gebruikgemaakt van de verschillscore (voor- en nameting).

Voorspellende waarde van psychopathische trekken voor disruptief gedrag direct na behandeling

Uit de analyses (multiële regressie, entermethode) kwam geen significante voorspellende waarde naar voren van de psychopathische trekken van de

kinderen voor de mate waarin kinderen, ten gevolge van deelname aan de interventie, veranderden in disruptief gedrag. Nadat de analyses herhaald werden, waarbij gecorrigeerd werd voor leeftijd en ernst van de problemen, kwamen enkele trends naar voren waarbij het complete model wel significant was, maar het significantieniveau van de psychopathische trek tussen $p = .050$ en $p = .100$ lag. De aanwezigheid van hogere niveaus van impulsieve-onverantwoordelijke trekken (II) voorspelde minder verandering (dat wil zeggen: verbetering) in gedragsproblemen en externaliserende problemen (RC TRF CD: $R^2 = .23$, $F(3,40) = 3,89$, $p < .05$, $\beta_{II} = -.27$, $B = -.03$, 95% CI B $[-.05, .00]$; RC TRF Ext: $R^2 = .20$, $F(3,40) = 3,22$, $p < .05$, $\beta_{II} = -.26$, $B = -.04$, 95% CI B $[-.09, .01]$).

Voorspellende waarde van psychopathische trekken voor disruptief gedrag tijdens follow-up

Nadat de analyses herhaald waren voor de follow-upmeting zonder correctie voor leeftijd en ernst van de problemen, kwamen er evenmin significante bevindingen naar voren, alleen een trend voor narcistische trekken (GM) die de verandering in gedragsproblemen (VvGK) voorspelde: meer van deze trekken voorspelden meer verandering (RC VvGK CD: $R^2 = .09$, $F(1,34) = 3,37$, $p < .10$, $\beta_{GM} = .30$, $B = .02$, 95% CI B $[-.00, .04]$). Deze trend verdween echter zodra gecorrigeerd was voor leeftijd en ernst van de problemen. Er kwamen echter wel enkele trends naar voren waarbij de verandering op de follow-upmeting voorspeld werd door de psychopathische trekken wanneer gecorrigeerd werd voor leeftijd en ernst van de problemen. De trends waren overeenkomstig de voorgaande bevindingen: sterkere impulsieve-onverantwoordelijke trekken voorspelden minder verbetering in oppositionele-opstandige gedragsproblemen, gedragsproblemen en externaliserende problemen (RC TRF ODD FU: $R^2 = .28$, $F(3,34) = 4,42$, $p < .05$, $\beta_{II} = -.30$, $B = -.08$, 95% CI B $[-.17, .00]$; RC TRF CD FU: $R^2 = .44$, $F(3,35) = 9,09$, $p < .05$, $\beta_{II} = -.24$, $B = -.03$, 95% CI B $[-.07, .00]$; RC TRF Ext FU: $R^2 = .38$, $F(3,34) = 7,04$, $p < .01$, $\beta_{II} = -.28$, $B = -.06$, 95% CI B $[-.13, .00]$). Daarnaast werd een trend gevonden voor de verandering in externaliserende problemen volgens klasgenoten (RC PMIEB Ext FU: $R^2 = .11$, $F(3,31) = 1,31$, $p = ns$, $\beta = -.39$, $B = -.03$, 95% CI B $[-.07, .00]$) in relatie tot narcistische trekken. Deze bevinding is echter tegengesteld aan de eerdere bevinding: hogere niveaus van deze trekken voorspelden minder verbetering.

Voorspellende waarde van psychopathische trekken voor therapeutische alliantie

Er werd geen voorspellende waarde gevonden van de psychopathische trekken voor de vroege therapeutische alliantie. Evenmin werd er een voorspellende waarde gevonden voor de psychopathische trekken in relatie tot the-

rapeutische alliantie wanneer gecorrigeerd was voor leeftijd en ernst van de problemen. Er kwamen geen trends naar voren.

Voorspellende waarde van therapeutische alliantie voor verandering in disruptief gedrag

De therapeutische alliantie voorspelde de verandering in oppositioneel-opstandig gedrag (TRF) significant (zie tabel 4): een gunstiger alliantie voorspelde meer verbetering. Wanneer gecorrigeerd werd voor leeftijd en ernst van de problemen, resteerde een trend. Er werd eveneens een trend gevonden voor de vroege therapeutische alliantie in relatie tot verandering in externaliserende gedragsproblemen op de nameting zoals gerapporteerd door klasgenoten (PMIEB). Deze trend werd eveneens gevonden wanneer gecorrigeerd werd voor leeftijd en ernst van de problemen.

Therapeutische alliantie als mediator of indirect verband tussen psychopathische trekken en Reliable Change in disruptief gedrag

Aangezien psychopathische trekken de vroege therapeutische alliantie niet voorspellen en de mate van therapeutische verandering slechts trendmatig voorspellen, wordt niet voldaan aan de eisen voor mediatie dan wel een indirect verband (Baron & Kenny, 1986). Derhalve is het toetsen van deze verbanden niet geïndiceerd.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Bij 44 kinderen met disruptief gedrag is onderzocht of de mate waarin kinderen psychopathische trekken vertonen (narcistisch, ongevoelig/onaangedaan en/of impulsief/onverantwoordelijk) de kwaliteit van de vroege therapeutische relatie voorspelt. Vervolgens is onderzocht of de kwaliteit van deze relatie een meer of minder gunstige behandeluitkomst voorspelt. Uit de resultaten bleek dat alleen de verbetering in oppositionele-opstandige gedragsproblemen, gerapporteerd door leerkrachten, significant voorspeld werd door de kwaliteit van de therapeutische alliantie. De mate waarin kinderen psychopathische trekken vertoonden bleek in het geheel niet gerelateerd te zijn aan de kwaliteit van de vroege therapeutische relatie, hoewel de kinderen gemiddeld genomen een (significant) hoger niveau van deze trekken vertoonden dan kinderen uit de normale populatie. Verder bleken deze trekken geen significante voorspellende waarde voor behandeluitkomst te laten zien. Er werden echter wel enkele trends gevonden. Een consistent patroon, zij het trendmatig, werd gevonden ten aanzien van impulsieve-onverantwoordelijke trekken: wanneer kinderen meer van deze trekken lieten zien, rapporteerde de leerkracht zowel na behandeling als op de langere ter-

TABEL 4 *Voorspellende waarde van therapeutische alliantie voor Reliable Change*

	beta	p <	R ²	p <	F(df)	B	95% CI B
RC TRF ODD			.09	.05	4.32 (1,42)		
Therapeutische alliantie	.31	.05				1.06	0.03-2.08
RC TRF ODD			.39	.10	2.44 (3,40)		
Leeftijd	-.18	ns				-0.44	-1.24, 0.36
Ernst van de problemen	.12	ns				0.27	-0.47, 1.02
Therapeutische alliantie	.28	.10				0.95	-0.07, 1.98
RC PMIEB ext			.07	.10	3.02 (1,42)		
Therapeutische alliantie	.26	.10				0.35	-.06, 0.75
RC PMIEB ext			.09	ns	1.28 (3,40)		
Leeftijd	.11	ns				0.10	-0.22, 0.42
Ernst van de problemen	.15	ns				0.13	-0.17, 0.43
Therapeutische alliantie	.26	.10				0.35	-0.06, 0.76

Noot: RC = Reliable Change, TRF = Teacher Report Form, PMIEB = Peer Measurement for Internalizing and Externalizing Behavior, ODD = oppositionele-opstandige gedragsproblemen, ext = externaliserende problemen, CI = confidence interval.

mijn minder verbetering ten aanzien van oppositioneel-opstandig gedrag, gedragsproblemen en externaliserende problemen. Eerder vonden Manders et al. (2013) voor impulsieve-onverantwoordelijke trekken een vergelijkbaar effect (zie inleiding). Samenvattend kan men stellen dat psychopathische trekken de vorming van de vroege therapeutische alliantie niet lijken te belemmeren of te voorspellen, maar mogelijk in beperkte mate direct van invloed zijn op de mate waarin kinderen profiteren van behandeling. De therapeutische relatie lijkt bij deze populatie beperkt invloed te hebben op de mate waarin kinderen van de interventie profiteren, maar medieert het verband tussen psychopathische trekken en behandeluitkomst niet.

Klinische en wetenschappelijke implicaties

Opvallende bevinding van deze studie is dat hoewel kinderen met disruptief gedrag een persistent patroon van sociale en relationele problemen laten zien, dit niet per se resulteert in beperkingen in de geobserveerde kwaliteit van de therapeutische alliantie met de behandelaar. Noch de psychopathische trekken, noch de ernst van de problemen toonde een (significant) verband met de kwaliteit van de therapeutische relatie. Deze bevinding is vanuit therapeutisch perspectief positief: ook wanneer kinderen gekenmerkt worden door persoonlijkheidstrekken die relatievorming compliceren en moeilijk te reguleren gedrag laten zien, hoeft dit de therapeutische alliantie in de behandeling, en daarmee de mate waarin kinderen profiteren van behandeling, niet negatief te beïnvloeden. Dit lijkt echter in strijd met eerdere bevindingen, hoewel die voornamelijk gedaan zijn in studies naar de relatie tussen persoonlijkheidstrekken en de vorming van therapeutische alliantie bij volwassenen. Uit studies bij volwassenen komt namelijk naar voren dat ongunstige persoonlijkheidstrekken van de cliënt samenhangen met een moeizamer therapeutische alliantie (Hirsh, Quilty, Bagby, & McMain, 2012; Johansen, Melle, Iversen, & Hestad, 2013; Smith, Hilsenroth, Fiori, & Bornstein, 2014), terwijl een aangename persoonlijkheid (*agreeableness*) samenhangt met een gunstiger therapeutische alliantie (Johansen et al., 2013).

Uit de resultaten kwamen echter wel aanwijzingen naar voren dat impulsieve en onverantwoordelijke trekken mogelijk verbetering op de langere termijn belemmeren. Dit dient met grote terughoudendheid geïnterpreteerd te worden, omdat het slechts trends betrof. We hebben ervoor gekozen deze wel te rapporteren, omdat ze zowel op de voor- als nameting werden gezien, bij meerdere uitkomstmaten en in eerder vergelijkbaar onderzoek (Manders et al., 2013).

Ten slotte kan men stellen dat de persoonlijkheidstrekken van de kinderen zich weliswaar niet vertalen naar een meer of minder gunstige alliantie, maar dat een meer of minder gunstige alliantie zich wel vertaalt naar een meer of minder gunstige behandeluitkomst. Hoewel de effectgrootte beperkt was en de relatie met alliantie niet voor alle uitkomstmaten werd gevonden, kunnen

behandelaars de therapeutische alliantie in overweging nemen als een mogelijke factor die van invloed is op het effect van de behandeling bij individuele cliënten. Mogelijk is het vormen van een gunstige therapeutische relatie bij kinderen met disruptief gedrag moeilijker dan bij kinderen met internaliserende problemen. In eerdergenoemde meta-analyses is vooral ingegaan op de (sterkte van de) associatie tussen therapeutische alliantie en een meer of minder gunstige behandeluitkomst, en niet op het niveau van de kwaliteit van de alliantie op zich. Of deze bij externaliserende problemen gemiddeld genomen lager ligt, wordt niet weergegeven. Door methodologische problemen (onder andere verschillende informanten, verschillende instrumenten) is dit moeilijk te achterhalen (McLeod, 2011). De therapeutische alliantie zoals in kaart gebracht met de Nederlandse versie van de TPOCS is eerder gebruikt voor het coderen van therapeutische alliantie bij kinderen van vergelijkbare leeftijd, maar met internaliserende problematiek (Liber et al., 2010). Het niveau van de therapeutische alliantie kwam in die studie beduidend hoger uit in vergelijking met de therapeutische alliantie in de huidige studie: $M = 3,79$ ($SD = 0,70$) voor individuele CGT en $M = 3,61$ ($SD = 0,65$) voor groeps-CGT, versus $M = 2,48$ ($SD = 0,72$) in onderhavige studie.

Sterke kanten en beperkingen

De resultaten van deze studie stemmen beperkt overeen met de bevindingen uit eerdere studies naar de therapeutische relatie en behandeluitkomst bij kinderen met externaliserend gedrag, en disruptief gedrag in het bijzonder (Kazdin & Durbin, 2012; Kazdin et al., 2006). Uit die studies kwam naar voren dat bij externaliserend gedrag de therapeutische relatie de mate waarin kinderen van behandeling profiteren significant voorspelt en daarbij een matig effect laat zien. Aangezien in deze studie slechts 44 kinderen geobserveerd werden, is het mogelijk dat deze bevindingen slechts in beperkte mate gevonden werden ten gevolge van een lagere *power*. Waar een significante of trendmatige relatie gevonden werd tussen de therapeutische relatie en behandeluitkomst, leek de grootte van het effect overeenkomstig eerdere studies. Vanuit klinisch oogpunt kan men echter ook beargumenteren dat indien men een grote steekproef nodig heeft omdat het effect klein tot matig is, dit effect vanuit klinisch oogpunt minder relevant is. Een tweede methodologische beperking betreft de lage variatie in psychopathische trekken van de kinderen, waardoor het moeilijker is om relaties te onderzoeken en te toetsen.

Het is met het oog op vervolgonderzoek belangrijk om in deze discussie nader in te gaan op andere procesvariabelen die van invloed kunnen zijn op behandeluitkomst. Groepsdynamiek is zo'n variabele. Uit onderzoek van van Zalk en van Zalk (2014) bleek dat kinderen met sterkere psychopathische trekken een negatieve invloed hebben op leeftijdsgenoten met een lage competentiebeleving. Ook de aanwezigheid van onbekende leeftijdsgeno-

ten blijkt invloed te hebben op kinderen (Weigard, Chein, Albert, Smith, & Steinberg, 2014). In voorgenoemde studie werd de invloed van leeftijdsgenoten onderzocht op het nemen van risico's en gevoeligheid voor beloning. De deelnemers lieten een voorkeur zien voor een kleinere en directere beloning wanneer ze het idee hadden dat leeftijdsgenoten toekeken, ook indien ze deze leeftijdsgenoot niet kenden. Uit een studie door Feldman (1992) bleek dat wanneer jongeren willekeurig aan één van drie behandelgroepen worden toegewezen — een groep jongeren zonder verwijzing, een groep jongeren die zijn verwezen in verband met gedragsproblemen, en een gemengde groep — de jongeren uit de groep die allemaal verwezen zijn in verband met gedragsproblemen de minst gunstige behandelresultaten laten zien. Mogelijke mechanismen die tot de ongunstiger behandelresultaten leidden in groepsinterventies zijn eerder beschreven door Gifford-Smith, Dodge, Dishion en McCord (2005). Zij toonden aan dat er verschillende mechanismen zijn die dit kunnen veroorzaken, namelijk positieve en negatieve bekrachtiging, imitatie en training in afwijkend gedrag (ook wel *deviancy training* genoemd). In onderhavige studie is niet onderzocht in hoeverre de groepsdynamiek heeft bijgedragen aan een meer of minder gunstige behandeluitkomst. Evenmin is onderzocht of de accumulatie van kinderen met sterkere psychopathische trekken van invloed is geweest op de therapeutische alliantie dan wel de behandeluitkomst. Er is ook onderzoek dat laat zien dat groepsdynamiek behandeluitkomsten positief kan beïnvloeden. Shechtman en Leichentritt (2010) toonden aan dat procesvariabelen als *bonding* (onderdeel van de therapeutische alliantie) tot een gunstiger behandelresultaat leidde in steungroepen voor kinderen die werden behandeld voor emotionele en gedragsproblemen.

Niettemin kan juist de samenstelling van de groepen, bijvoorbeeld de aanwezigheid van meerdere kinderen met sterke manipulatieve trekken, van invloed zijn geweest op de therapeutische alliantie en daarmee op de uitkomst. Een studie bij volwassenen liet zien dat de overeenstemming tussen groepsleden ten aanzien van de therapeutische alliantie van invloed was op de mate waarin verbetering optrad op individueel niveau (Lo Coco, Gullo, & Kivlighan, 2012).

Samenvattend kan men stellen dat er beperkt evidentie is dat bij kinderen met disruptief gedrag die een groepsbehandeling volgen gericht op het verbeteren van dat gedrag de therapeutische alliantie van invloed is op de behandeluitkomst. Er werden geen aanwijzingen gevonden dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie werd beïnvloed door het niveau van psychopathische trekken van de kinderen. Onderzoek naar de therapeutische alliantie staat bij kinderen nog aan het begin. Dit onderzoek is slechts een eerste aanzet tot het bestuderen van deze klinisch zo waardevolle variabele in effectiviteitsonderzoek. Wij hopen hiermee een stimulans te geven aan vervolgonderzoek.

Juliette M. Liber is verbonden aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit Utrecht, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, en aan het lectoraat Publieke Zorg en Preventie voor Jeugd, Hogeschool Rotterdam, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam.

Patricia Vuijk is verbonden aan het lectoraat Publieke Zorg en Preventie voor Jeugd, Hogeschool Rotterdam, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam.

Esther de Groot-Zijlstra is verbonden aan de afdeling Orthopedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam, van der Boechorstraat 1, 1081 BT Amsterdam.

Gerly M. de Boo is verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Weesperplein 4, 1018 XA, Amsterdam.

Correspondentieadres: J. M. Liber, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mail: j.m.liber@uu.nl

Summary Results from meta-analyses showed positive associations between therapeutic alliances and treatment outcome, even more so in studies of treatment outcome of children with disruptive behavior. Therapeutic alliances are influenced by personality traits and these traits are of influence on treatment outcome. This holds true also for children with disruptive behavior and psychopathic traits. Children with disruptive behavior tend to show increased levels of psychopathic traits. The aim of this study is to investigate therapeutic alliance as a mediating factor between psychopathic traits and CBT outcome in a sample of children with disruptive behavior problems. Psychopathic traits and therapeutic alliance were examined in children ($n = 44$) with disruptive behavior who participated in a cognitive behavioral group intervention. The relationships between the variables were assessed with regression analysis. Subsequently, it was assessed if therapeutic alliance mediated the relationship between psychopathic traits and treatment gains. Parents and teachers reported significant decreases in disruptive behavior at post-treatment (Cohen's $d = 0,31$). Early therapeutic alliance predicted treatment gains, though marginally. No significant relationship showed between psychopathic traits and early therapeutic alliance, nor for psychopathic traits and treatment gains. Children with disruptive behavior can profit from CBT regardless of their level of psychopathic traits. However, optimizing the therapeutic relation may enhance treatment gains.

Keywords: *behavior problems, cognitive behavior therapy, school-based interventions, psychopathic traits, therapeutic processes*

Literatuur

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-aged forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth and Families.

Arsenio, W. F. (2010). Social information processing, emotions, and aggression:

Conceptual and methodological contributions of the special section articles. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 627-632.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality*

- and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., ... Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquencies: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Centraal Bureau voor Statistiek Nederland (2001). *Standaard beroepenclassificatie 1999*. Voorburg/Heerlen: Statistics Netherlands.
- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K., & Wood, J. J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 751-758.
- Costin, J., & Chambers, S. M. (2007). Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 511-524.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- de Boo, G. M., & Liber, J. M. (2014a). *Ik kies voor zelfcontrole: Actieboek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- de Boo, G. M., & Liber, J. M. (2014b). *Ik kies voor zelfcontrole: Trainershandleiding*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Fanti, K. A., Demetriou, C. A., & Kimonis, E. R. (2013). Variants of callous-unemotional conduct problems in a community sample of adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 42, 964-979.
- Feldman, R. A. (1992). The St. Louis experiment: Effective treatment of antisocial youths in prosocial peer groups. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence* (pp. 233-252). New York, NY, US: Guilford Press.
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Tully, C. B., & Liber, J. M. (2015). Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement with youth. In S. Maltzman (Ed.), *Oxford handbook of treatment processes and outcomes in counseling psychology*. New York: Oxford University Press.
- Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 359-375.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.
- Gifford-Smith, M., Dodge, K. A., Dishion, Th. J., & McCord, J. (2005). Peer influence in children and adolescents: Crossing the bridge from developmental to interventions science. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 255-265.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Hawes, D. J. & Dadds, M. R. (2005). Treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 737-741.
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26, 616-627.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinic-

- al significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1169-1176.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- Kauten, R., Barry, C. T., & Leachman, L. (2013). Do perceived social stress and resilience influence the effects of psychopathy-linked narcissism and CU traits on adolescent aggression? *Aggressive Behavior*, 39, 381-390.
- Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of child-therapist alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy (Chic)*, 49, 202-217.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 436-445.
- Koegl, C. J., Farrington, D. P., Augimeri, L. K., & Day, D. M. (2008). Evaluation of a targeted cognitive-behavioral program for children with conduct problems — the SNAP Under 12 Outreach Project: Service intensity, age and gender effects on short- and long-term outcomes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 419-434.
- Liber, J. M., de Boo, G. M., Huizenga, H., & Prins, P. J. (2013). School-based intervention for childhood disruptive behavior in disadvantaged settings: A randomized controlled trial with and without active teacher support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 975-987.
- Liber, J. M., de Boo, G. M., Huizenga, H., & Prins, P. J. (2015). Ik kies voor zelfcontrole: CGT op school bij gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 36, 146-161.
- Liber, J. M., McLeod, B. C., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). Therapist adherence and therapeutic alliance in a treatment outcome study for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41, 172-186.
- Liber, J. M., van der Leeden, A. J., Sauter, F., & Treffers, P. D. A. (2007). Therapeutische alliantie: De TPOCS-A. Een observatie-codeersysteem voor het beoordelen van de band tussen cliënt en therapeut bij kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 28, 20-31.
- Lo Coco, G., Gullo, S., & Kivlighan, D. M. (2012). Examining patients' and other group members agreement about their alliance to the group as a whole and changes in patients symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 197-207.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Manders, W. A., Dekovic, M., Asscher, J. J., van der Laan, P. H. & Prins, P. J.

- M. (2013). Psychopathy as predictor and moderator of multisystemic therapy outcomes among adolescents treated for antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 1121-1132.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603-616.
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system-alliance scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 323-333.
- Oosterlaan, J., Baeyens, D., Scheres, A., Antrop, I., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2008). *VvGK 6-16 Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen 6-16 jaar: Handleiding*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Reisner, A. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55, 377-399.
- Shechtman, Z., & Leichtenritt, J. (2010). The association of process with outcomes in child group therapy. *Psychotherapy Research*, 20, 8-21.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Smith, S. W., Hilsenroth, M. J., Fiori, K. L., & Bornstein, R. F. (2014). Relationship between SWAP-200 patient personality characteristics and patient-rated alliance early in treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 372-378.
- Tinsley, H. E. A., & Weiss, D. J. (2000). Interrater reliability and agreement. In H. E. A. Tinsley & S. D. Brown (Eds.), *Handbook of applied multivariate statistics and mathematic modeling* (pp. 95-124). San Diego: Academic Press.
- van Baardewijk, Y., Stegge, H., Andershed, H., Thomaes, S., Scholte, E., & Vermeiren, R. (2008). Measuring psychopathic traits in children through self-report: The development of the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 199-209.
- van Leeuwen, E., & Bijl, B. (2003). *The validity of the SPRINT instruments*. Duivendrecht: PI Research.
- van Manen, T. G. (2001). *Zelfcontrole*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Manen, T. G., Prins, P. J., & Emmelkamp, P. M. (2004). Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 1478-1487.
- van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- van Zalk, M. H., & van Zalk, N. (2015). Violent peer influence: The roles of self-esteem and psychopathic traits. *Development and Psychopathology*, 27, 1077-1088.
- Verhulst, F. C. (2002). *Gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar*. Rotterdam: Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Weigard, A., Chein, J., Albert, D., Smith, A., & Steinberg, L. (2014). Effects of anonymous peer observation on adolescents' preference for immediate rewards. *Developmental Science*, 17, 71-78.

Sociale vaardigheden, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek bij jongeren opgenomen in een JeugdzorgPlus-instelling

LIEKE VAN BERLO, MAAIKE CIMA, ALICE TONNAER, THEO KLIMSTRA,
ARIANNE BAANDERS & SANNE VERWAAIJEN

Samenvatting

In deze studie wordt de relatie onderzocht tussen sociale vaardigheden met internaliserende en externaliserende problematiek, en wel aan de hand van gegevens van 483 jongeren die zijn opgenomen in de Ottho Gerhard Heldringstichting te Zetten, een JeugdzorgPlus-instelling. De problematiek is gemeten aan de hand van gegevens van de Child Behavioral Checklist (CBCL) (Achenbach et al., 2008). Het competentieniveau van jongeren is gemeten aan de hand van de vragenlijst Taken en Vaardigheden van Adolescenten (TVA) (van der Knaap, Beenker, & Bijl, 2004). De resultaten van deze studie wijzen uit dat zowel internaliserende als externaliserende problematiek over de tijd afnemen. Daarnaast stijgt het competentieniveau van de jongeren tijdens de opname. Deze effecten zijn in het algemeen sterker voor meisjes dan voor jongens. Bovendien blijkt uit een subsample van 329 jongeren dat de verbeteringen in sociale competenties samengaan met een afname van specifiek externaliserende problematiek.

Trefwoorden: externaliserende en internaliserende problemen, sociale vaardigheden, JeugdzorgPlus, sociale competenties

INLEIDING

.....

396

In 2013 gaf ruim 13% van de Nederlandse jongeren van elf tot zeventien jaar aan gedragsproblemen te hebben (van der Looze et al., 2014). Gedragsproblemen en emotionele problemen in de jeugd zijn vaak een voorbode van stoornissen bij (jong)volwassenen. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat in veel gevallen dergelijke problemen voortduren tot in de late adolescentie en de volwassenheid (Ferdinand & Verhulst, 1995a; Ferdinand, Verhulst, & Wiznitzer, 1995b; Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2002). Zo is van veel volwassen delinquenten bekend dat de normoverschrijdende en agressieve gedragingen al ontstonden in de jeugd (Schoemaker & de Ruiter, 2005). Daarnaast is van veel volwassenen met een angst- of stemmingsstoornis bekend dat zij in hun jeugd ook al last hadden van emotionele problemen (Boel, Blekman, de Jong, Ruiter, & Voordouw, 2007). In de literatuur wordt onderscheid gemaakt worden tussen twee soorten gedragsproblematiek, namelijk internaliserende en externaliserende problematiek. Onder internaliserende problematiek worden problemen verstaan die intern, naar binnen toe gericht zijn. Er is sprake van internaliserende problematiek wanneer deze gevoelens of gedragingen geen reële grond hebben en wanneer de betrokken persoon er sociale of beroepsmatige problemen door ondervindt (Trimbos-instituut, 2006). Deze vorm van gedragsproblematiek kenmerkt zich door emotionele instabiliteit en een verstoord affect, waaronder angststoornissen, stemmingsstoornissen, en teruggetrokken en geremd gedrag (Muler, ten Kate, & Eurelings-Bontekoe, 2009). Internaliserende problematiek is met name storend voor de persoon zelf (Mervielde, de Clerq, de Fruyt, & van Leeuwen, 2005). Externaliserende problematiek daarentegen is naar buiten gericht en wordt vooral door de omgeving als storend ervaren. Het effect van het gedrag op de sociale omgeving staat centraal. Deze gedragsproblemen komen vaak tot uiting in agressief, antisociaal en impulsief gedrag (Eisenberg et al., 2001). Tot deze categorie behoren ook gedragsstoornissen, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), *attention deficit disorder* (ADD), *conduct disorder* (CD) en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD). Externaliserende problemen bij jongeren vormen een groot risico op het ontwikkelen van crimineel en gewelddadig gedrag op latere leeftijd (Betz, 1995; Farrington, 1987; Liu, 2004; Moffitt, 1993).

Hoewel internaliserende en externaliserende problematiek verschillende vormen van gedragsproblematiek behelzen — omdat de stoornissen emoties verschillend reguleren (Cima & Siep, 2015) — bestaat er ook een overlap (comorbiditeit) tussen bepaalde stoornissen van de internaliserende en externaliserende problematiek (Zoccolillo, 1992). Een persoon kan dan zowel internaliserende als externaliserende problematiek ondervinden. Specifieker gezegd, er bestaat zowel comorbiditeit *binnen* stoornissen als comorbiditeit *tussen* stoornissen. Zo is er binnen de internaliserende problematiek een sterke comorbiditeit van depressie en angst (Verhulst, van der Ende, Fer-

dinand, & Kasius, 1997). Binnen de externaliserende problematiek betreft dit bijvoorbeeld ADHD met gedragsstoornissen (Beauchaine, Hinshaw, & Pang, 2010). Tussen de externaliserende en internaliserende stoornissen kan depressie tegelijkertijd voorkomen met een antisociale gedragsstoornis (Angold, Costello, & Erkanli, 1999), en komen angststoornissen in combinatie met externaliserend gedrag ook niet zelden voor (Granic, 2014; van Goozen et al., 1998; van Goozen, Matthys, & van Engeland, 2000). Deze verschillende vormen van comorbiditeit zijn mogelijk te verklaren vanuit het feit dat voor beide vormen van problematiek soms dezelfde onderliggende factoren verantwoordelijk zijn, zoals temperament, afwijzing en gezinsstress (de Fruyt, Mervielde, & van Leeuwen, 2002; Keiley, Bates, Dodge, & Pettit, 2000; Lienenfeld, 2003; Vasey & Dads, 2001).

Jongeren met gedragsproblemen kunnen in Nederland onder andere terecht bij jeugdzorgorganisaties. Vaak worden zij in eerste instantie thuis geholpen en behandeld, in de eigen vertrouwde omgeving, ook wel ambulante zorg genoemd. In sommige gevallen is de problematiek echter zo ernstig dat jongeren behandeld moeten worden binnen een JeugdzorgPlus-instelling. Dit is een zeer intensieve vorm van gespecialiseerde jeugdhulp, waarbij de vrijheden van de jeugdige kunnen worden ingeperkt, om te voorkomen dat hij zich onttrekt of onttrokken wordt aan de hulp die hij nodig heeft. Jongeren worden hier opgenomen met een machtiging gesloten jeugdzorg, die door de kinderrechter wordt afgegeven. Veelal zijn in een JeugdzorgPlus-instelling jongeren opgenomen die ernstige gedragsproblemen hebben, al dan niet in combinatie met psychiatrische problematiek, en die zich onttrekken aan hulp. Ambulante behandeling is door het vrijwillige karakter ervan en een niet afdoende intensiteit geen optie (meer) voor deze jongeren. Gedwongen plaatsing in een JeugdzorgPlus-instelling is dan de best passende oplossing.

In Nederland zijn er dertien JeugdzorgPlus-instellingen. De Ottho Gerhard Heldringstichting te Zetten (O. G. Heldring) is hier één van. In onderstaande paragrafen zal verder ingegaan worden op de O. G. Heldring te Zetten. Tevens worden in algemene zin het behandelperspectief en de behandelmethoden besproken.

BEHANDELPERSPECTIEF EN BASISMETHODIEK VAN DE O. G. HELDRING

.....

De O. G. Heldring behandelt jongeren vanuit een multisystemisch-multimodaal perspectief. Dit houdt in dat er niet enkel aandacht is voor de lichamelijke en psychologische kenmerken van de jongeren, maar ook voor die van hun gezin en sociale omgeving. Dit omdat deze kenmerken medeverantwoordelijk kunnen zijn voor het veroorzaken en in stand houden van de te behandelen problematiek (Jansma, 2010). De behandeling is multimodaal te noemen, in de zin dat er ingezet wordt op het beïnvloeden van de kenmerken

van de verschillende probleemgebieden (zoals omgevingsfactoren of het gezin), en niet alleen op het beïnvloeden van de kenmerken van de jongeren.

De basismethodiek van de O. G. Heldring is voor een groot deel gebaseerd op het sociale competentiemodel (Slot & Spanjaard, 1999). Dit model is in de jaren zeventig ontwikkeld aan de hand van ontwikkelingspsychologie en leertheorieën. Een belangrijk doel van de basisbehandeling is het bereiken van een sociaal competent niveau bij de jeugdige. Volgens het model is een jongere (sociaal) competent wanneer er een balans is tussen ontwikkelingsgerelateerde levensstaken en de hiervoor benodigde vaardigheden. Een jongere kan dan de bij zijn ontwikkelingsniveau en omstandigheden passende levensstaken aan met de vaardigheden die hij heeft (Bartels, 2001). Factoren als psychopathologie, omgevingsstressoren of andere risicofactoren kunnen deze levensstaken verzwaken, terwijl deze verlicht kunnen worden door vaardigheden, veerkracht en beschermende factoren. Wanneer men over vaardigheden spreekt, gaat het niet enkel over sociale vaardigheden, maar worden tevens bedoeld de basisvisie, kernovertuigingen en cognitieve schema's die de jeugdige heeft over het leven, over zichzelf en over anderen (Orobio de Castro, & Bosch, 1998). Vanuit de geschetste visie van een onbalans tussen levensstaken en vaardigheden dient de behandeling van jongeren te bestaan uit taakverlichting, vaardigheidstraining of een combinatie van beide (Bartels, 2001). De keuze van de O. G. Heldring voor een basisbehandeling gebaseerd op het sociale competentiemodel sluit aan bij *evidence-based* werken. Zo blijkt dat voor jongeren in de residentiële hulpverlening de meest positieve effecten te behalen zijn met interventies gericht op het aanleren van vaardigheden (Bartels, 2001; Konijn, 2003; Lipsey, Wilson, & Cothorn, 2000).

SPECIFIEKE EN AANVULLENDE BEHANDELING IN DE O. G. HELDRING

.....

Bij het bepalen van het specifieke behandelaanbod van de O. G. Heldring wordt uitgegaan van *what-works*-principes (Andrews et al., 1990). Deze principes bepalen in hoeverre interventies effectief zijn. Ze zijn gebaseerd op groot-schalig effectonderzoek (meta-analyses) naar toegepaste interventies bij delinquente jongeren. Hoewel de jongeren binnen de O. G. Heldring formeel niet tot deze groep behoren, kan gesteld worden dat ze betreffende ernst en aard van de problematiek wel vergelijkbaar zijn (van Nieuwenhuizen, 2008).

Een eerste *what-works*-principe is het *risicoprincipe*. Dat stelt dat de intensiteit van de behandeling aangepast dient te worden aan de hoogte van het risico dat de jongere psychisch dan wel fysiek loopt. De behandeling die een jongere krijgt binnen een JeugdzorgPlus-instelling is de meest intensieve vorm van jeugdzorg. Een behandeling in gedwongen kader dient zo kort mogelijk, maar zo lang als nodig te duren. Dit betekent dat de intensiteit aangepast moet worden aan de aard en ernst van de problematiek. Indien de problematiek tijdens de behandeling afneemt, zal bovendien de intensiteit van

de behandeling hierop aangepast worden, zodra dit verantwoord is. Volgens dit principe is er een risicotaxatie nodig om in te schatten in hoeverre de kans bestaat dat het probleemgedrag zich herhaalt. Hierop dient de behandeling aangepast te worden. De intensiteit en geïndiceerde behandeling worden binnen de O. G. Heldring bepaald aan de hand van de Short Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version (START-AV) (Viljoen, Nicholls, Cruise, Desmarais, & Webster, 2014). Ook de behandelvoortgang wordt met de START-AV gemeten.

Het tweede what-works-principe is het *behoefteprincipe*. Dit principe houdt in dat de behandeling van de jongere gericht moet zijn op de dynamische of veranderbare factoren die van invloed zijn op het probleemgedrag van de jongere. De behandeling begint voor alle jongeren binnen de O. G. Heldring met het aanleren van een aantal vaardigheden, zoals basisvaardigheden en sociale vaardigheden. Deze uitbreiding op het sociale competentiemodel vloeit voort uit het inzicht dat een tekort aan vaardigheden niet de enige verklaring kan zijn voor het probleemgedrag van de jongere. Vaak liggen de oorzaken in verschillende factoren en verscheidene contexten, zoals biologische predispositie, opvoedingsomgeving, en emotionele en cognitieve factoren (ten Broeke, van der Heiden, Meijer, & Schurink, 2004). Als gevolg van een vaardighedentekort zijn jongeren onvoldoende in staat lastige sociale situaties zelfstandig en adequaat te hanteren. Dit leidt onder andere tot antisociaal gedrag (Hoogsteder, 2008). Zodra de sociale vaardigheden van jeugdigen toenemen, zal er een afname van agressie plaatsvinden (van Manen, 2006). Onderzoek van Spence (2003) toont daarnaast aan dat gebreken in sociale vaardigheden en sociale competentie een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling en bestendiging van veel emotionele en gedragsstoornissen in de kindertijd en de adolescentie. Bovendien blijkt dat de aanwezigheid van sociale competenties een positieve uitwerking heeft op het verlagen van de kans op depressieve symptomen (Rockhill, van der Stoep, McCauley, & Katon, 2008). Het vergroten van de sociale competenties, het verbeteren van sociale vaardigheden en het verbeteren van de kwaliteit van relaties vormen dan ook vaak belangrijke componenten van interventies of behandelingen voor internaliserende en externaliserende problemen. Het aanleren van vaardigheden gebeurt bij de behandelingen in de O. G. Heldring middels operant conditioneren en observationeel leren. Dit houdt in dat de jongere vaardigheden leert door hem modellen aan te bieden, en adequaat gedrag te bekrachtigen, uit te lokken en te koppelen aan stimuli die in het dagelijks leven van de jongere aanwezig zijn (Bandura, 1969; Bartels, 2001; Skinner, 1938). Gewenst (dat wil zeggen: vaardig) gedrag wordt bevorderd met het feedbacksysteem. Jongeren kunnen dagelijks punten verdienen voor goed gedrag. Het gebruik van een feedbacksysteem is een bewezen effectieve behandelmethode, zo blijkt uit de meta-analyse van Lipsey en Wilson (1998). Naast het aanleren van vaardigheden behoren tot het *behoefteprincipe* interventies die gericht zijn op de morele ontwikkeling, de ontwikkeling van sociale informatieverwerking en

de emotionele ontwikkeling van jongeren die op deze gebieden problemen of tekorten hebben (Jansma, 2010). Binnen de O. G. Heldring wordt *schema-gerichte therapie* ingezet, een specifieke vorm van cognitieve gedragstherapie om de cognities en daarmee samenhangende emoties en gedragingen te veranderen (van Wijk-Herbrink, 2016). Ook systeembehandeling is een belangrijk onderdeel van het behandelprogramma. Er worden bijvoorbeeld interventies aangeboden die gericht zijn op vaardigheden van de ouders of op de nazorg na een opname. Betrokkenheid van het gezin bij de behandeling kan de effectiviteit daarvan vergroten (Barth, 2005; Boendermaker, van Rooijen, Berg, & Bartelink, 2013; Harder, Knorth, & Zandberg, 2006; Hair, 2005).

Het derde en laatste what-works-principe is het *responsiviteitsprincipe*. Dit principe stelt dat de behandeling aan dient te sluiten bij de kenmerken en de leerstijl van de jongere. Er wordt gekeken op welk niveau de jongere functioneert, zowel op sociaal-emotioneel niveau als qua intelligentie, en in hoeverre de behandeldoelen door de jongere worden herkend en erkend als belangrijke doelen. Dit bepaalt de wijze waarop het totale behandelplan wordt opgesteld en op welke afdeling de jongere het best past. Daarnaast wordt er rekening gehouden met sekseverschillen, wat zich uit in geslachtsspecifieke interventies. Op deze manier zal de jongere optimaal kunnen profiteren van de behandeling. Afhankelijk van de persoonlijke problematiek kunnen bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, vaktherapieën en traumaverwerking worden aangeboden.

In dit artikel zal een beeld worden geschetst van welke jongeren er binnen de O. G. Heldring worden opgenomen, welke behandelingen deze jongeren krijgen en wat de effecten van hun opname zijn. In het kader van effectevaluatie is het zinvol om te onderzoeken of een opname in de O. G. Heldringstichting leidt tot een vermindering van internaliserende en externaliserende problematiek. Bovendien wordt er ingegaan op de relatie tussen internaliserende en externaliserende problematiek enerzijds en sociale vaardigheden anderzijds.

Alvorens ingegaan wordt op deze vragen, zullen eerst de algemene kenmerken van de populatie van de O. G. Heldring uiteengezet worden, als belangrijke achtergrondinformatie.

METHODEN

Instrumenten

Child Behavioral Checklist — Gedurende de afgelopen jaren werd de aard en ernst van de gedragsproblemen van de opgenomen jongeren binnen de O. G. Heldring vastgelegd met de Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach et al., 2008). De O. G. Heldring is in 2009 van start gegaan met het invol-

len van dit instrument. De momenten waarop de CBCL wordt ingevuld, zijn gekoppeld aan de behandelcyclus, maar dit instrument wordt in ieder geval aan het begin en einde van de opname afgenomen (zie verder de paragraaf *Procedure en analyse* hieronder). De CBCL wordt ingevuld door de mentor van de jongere. Met een score tussen 0 en 2 geeft deze aan in hoeverre de verschillende vragen van toepassing zijn op de jongere (0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, en 3 = vaak). De ruwe scores worden omgerekend naar een T-score, die tussen de 50 en de 100 ligt. Hoe hoger de T-score, des te ernstiger is de gedragsproblematiek. Bij T-scores van 60 tot 63 is er sprake van zorgwekkende problemen (subklinisch niveau). Bij een T-score boven de 63 is er sprake van zeer ernstige problemen (klinisch niveau). Ligt de T-score onder de 60, dan is sprake van een normaal niveau. De in totaal 113 vragen van de CBCL hebben betrekking op 8 verschillende subschalen: (1) angstig-depressief, (2) teruggetrokken-depressief, (3) lichamelijke klachten, (4) sociale problemen, (5) denkproblemen, (6) aandachtsproblemen, (7) regel-overtredend gedrag en (8) agressief gedrag. Deze subschalen zijn vervolgens weer onder te verdelen in 2 typen gedragsproblemen, te weten: (1) internaliserende problemen (de eerste drie schalen) en (2) externaliserende problemen (de laatste twee schalen). Uit meerdere studies (COTAN, 2011; Evers, van Vliet-Mulder, & Groot, 2000; Stevens et al., 2005) blijkt dat de CBCL een betrouwbaar instrument is om gedragsproblemen te signaleren en op hun ernst te beoordelen.

Vragenlijst Taken en Vaardigheden van Adolescenten — Het competentieniveau geeft een indicatie van de zwaarte van de problematiek van de jongeren. Het uitgangspunt is dat zwaardere problematiek zal leiden tot een grotere achterstand in het competentieniveau en dat een grotere competentieachterstand eventuele (gedrags)problemen in stand houdt. Binnen de O. G. Heldring wordt het competentieniveau gemeten aan de hand van de vragenlijst Taken en Vaardigheden van Adolescenten (TVA) (van der Knaap et al., 2004). De TVA is speciaal ontwikkeld voor het monitoren van het sociale competentiemodel (Veerman & Ooms, 2008).

De vragenlijst wordt ingevuld door de mentor van de jongere, volgens dezelfde cyclus als de CBCL. Met een score tussen 1 en 5 geeft de mentor aan in hoeverre een jongere competent is. Hoe hoger de score, des te hoger is het competentieniveau. De competenties worden gemeten op zes verschillende domeinen, die relevant zijn voor de ontwikkeling en het (maatschappelijk) functioneren van de jongeren: (1) omgang met leeftijdsgenoten, (2) autonomie en zelfsturing, (3) school en toekomst, (4) werk en toekomst, (5) seksualiteit en relaties en (6) zelfverzorging. In verband met een kleine N binnen het derde en vierde domein zijn deze voor de analyses van deze studie samengevoegd tot één domein 'school/werk en toekomst'. De scores op de verschillende items van een schaal worden gesommeerd en de somscore wordt gedeeld door het aantal samenstellende items. Dat levert een gemiddelde

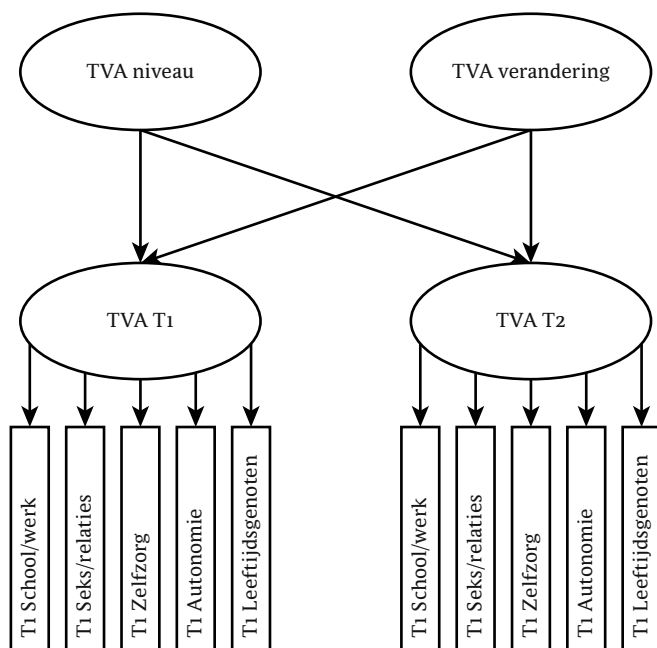
domeinscore tussen 1-5 op. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument is in meerdere onderzoeken aangetoond (van der Knaap, 2003; van der Put et al., 2011; Veerman & Ooms, 2008). Zowel de CBCL-L als de TVA worden herhaald afgenomen in het kader van de voortgangsmetingen.

Procedure en analyse

De uitkomsten van dit onderzoek worden in deductieve vorm weergegeven, waarbij binnen elke stap gekeken is naar hoe bepaalde kenmerken van de doelgroep veranderen over de beschikbare opnamejaren. Er is begonnen met de grootst beschikbare pool van jongeren ($N = 1186$) die in de periode 2005-2013 opgenomen zijn geweest in de O. G. Heldring. Van deze groep zijn enkele demografische gegevens beschikbaar. Uit deze groep zijn vervolgens de jongeren gehaald van wie minimaal één beginmeting van de CBCL en de TVA beschikbaar was die gemeten was binnen de eerste 3 maanden van opname ($N = 483$). Dit om inzicht te krijgen in de problematiek en eventuele verschuivingen hierin.

Bij de variabele externaliserende problematiek blijkt een aantal zogeheten *outliers* te vinden te zijn. Dit zijn respondenten met waarnemingen die niet bij de overige waarnemingen lijken te passen. Om deze groep respondenten niet nog verder te verkleinen, is ervoor gekozen om deze outliers voor externaliserende problematiek de eerstvolgende score te geven die één standaardfout van het gemiddelde verwijderd ligt. Dit is een bewezen effectieve methode (Balanda & Brown, 2010; MacGillivray, 1988; Nelson, 1984). Vervolgens is er binnen de groep van 483 respondenten gekeken naar jongeren van wie naast de beginmeting tevens minimaal één eindmeting op de CBCL en de TVA beschikbaar was ($N = 324$). Binnen deze groep ontbrak 2,03% van alle waarden. *Little's Missing Completely At Random Test* (Little, 1988) gaf een significant resultaat ($p = .033$), maar uit de χ^2/df ratio (1.140) bleek volgens richtlijnen van Bollen (1989) dat deze ontbrekende waarden at random verdeeld waren over de steekproef en deze dus geschat mochten worden in vervolganalyses. Hierdoor kan van deze groep het verschil tussen T1 en T2 van externaliserende en internaliserende problematiek en voor de TVA worden bepaald. Dit wordt gedaan met behulp van *repeated measures* MANOVA. Met deze groep wordt er ten slotte ook onderzocht of verandering op de CBCL samenhangt met verandering op de TVA. Hiertoe is een multivariaat *latent change model* (zie bijvoorbeeld: de Bolle, Beyers, de Clercq, & de Fruyt, 2012) gebruikt, omdat dergelijke modellen controleren voor meetfouten en dus een zuiverder beeld geven van de samenhang tussen de verandering in verschillende constructen dan een correlatie tussen verschillcores van die verschillende constructen. Specifiek worden er in het latent change model latente niveauscores onderscheiden van latente verschillcores voor alle drie de constructen in het model (namelijk: CBCL-internaliserend, CBCL-externaliserend en TVA). De indicatoren van de latente CBCL-internaliserende

factor zijn de subschalen teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten en angstig/depressief. Voor de latente CBCL-externaliserende factor zijn dit normafwijkend gedrag en agressief gedrag, terwijl dit voor de latente TVA-factor de subschalen omgang met leeftijdsgenoten, autonomie, school/werk, seksualiteit en relaties, en zelfzorg zijn. In figuur 1 is weergegeven hoe het latent change model voor alleen de TVA-factor eruitziet, om te illustreren hoe latente vershilscores worden verkregen. Om dit latent change model te kunnen uitvoeren is gebruikgemaakt van Mplus 7 (Muthen & Muthen, 2012).



Noot: TVA = Taken en Vaardigheden van Adolescenten

FIGUUR 1 *Latent Change Model TVA*

RESULTATEN

Deel 1: Beschrijvende data

In de grootste groep jongeren (N = 1186) is gekeken naar leeftijd, geslacht, behandelduur, herkomst en diagnose over de jaren 2005 tot en met 2013. De gemiddelde leeftijd van de jongeren schommelt over de verschillende opnamejaren tussen de vijftien en zestien jaar bij opname, waarbij er geen noemenswaardig verschil is tussen jongens en meisjes. De opnameduur neemt in de jaren 2005 tot 2008 toe, van gemiddeld tien maanden naar gemiddeld

vijftien maanden. Vanaf 2008 echter daalt de opnameduur gestaag. Die bedraagt in 2013 nog maar gemiddeld negen maanden voor jongens en tien maanden voor meisjes. De verhouding jongens/meisjes bereikt langzaam een equilibrium binnen de O. G. Heldring: bedroeg de verhouding in 2005 nog 25%/75%, in 2013 is ze bijna fiftyfifty. De jongeren kwamen tot 2009 vooral uit een JJI. Na 2010 echter, komt het grootste deel van de jongeren of uit een andere vorm van gesloten zorg (crisis, gesloten psychiatrie), of uit een thuissituatie (familie, ouders/verzorgers). Dit is verklaarbaar door de nieuwe Wet op Jeugdzorg, die samenplaatsing van jongeren met strafrechtelijke en civielrechtelijke titels uitsloot. De O. G. Heldring kreeg toentertijd een bestemming JeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg) en was vanaf toen geen justitiële jeugdinrichting meer. Uitplaatsingen vanuit JJI naar de O. G. Heldring waren na 2009 dus niet langer mogelijk.

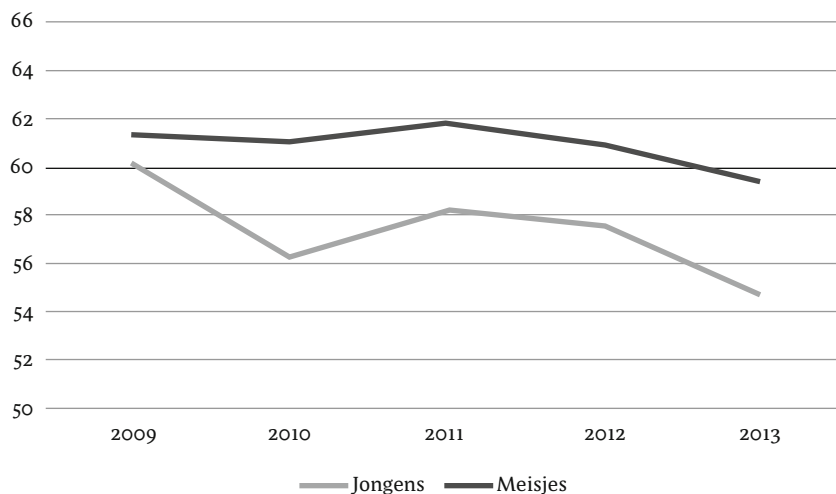
Ten slotte worden er met name jongeren opgenomen met externaliserende problematiek, wat op te maken valt uit het feit dat de meeste diagnoses ODD en ADHD betreffen (respectievelijk 36% en 15%). Dit verandert niet gedurende de verschillende opnamejaren, hoewel er vanaf 2008 ook steeds meer jongeren worden opgenomen met een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling. Vóór 2008 was dit aantal rond de 10%, maar vanaf 2008 stijgt dit tot ongeveer 20%.

Deel 2: Begin meting

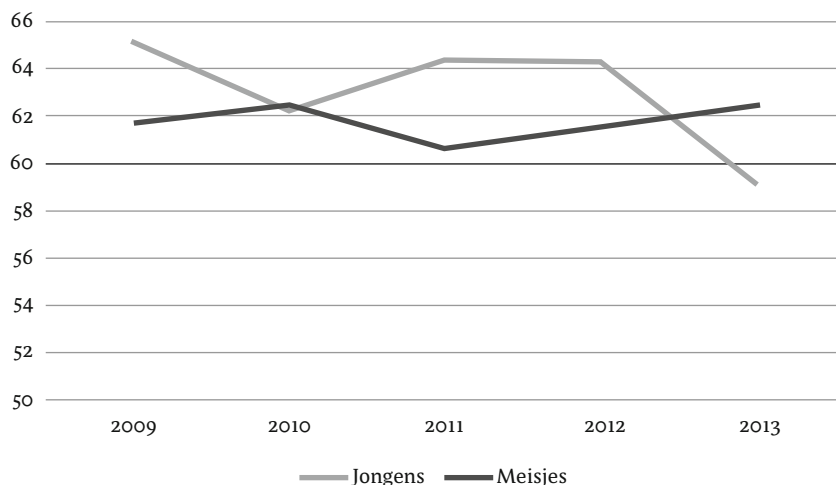
Door dieper in te zoomen op de jongeren van wie minimaal één beginmeting op de CBCL en de TVA beschikbaar is ($N = 483$), kan gekeken worden naar externaliserende en internaliserende problemen (CBCL) en het competentieniveau (TVA) bij binnenkomst. De gegevens hierover zijn beschikbaar vanaf opnamejaar 2009.

CBCL — Uit de gegevens blijkt dat opgenomen jongeren binnen de O. G. Heldring vaker externaliserende problematiek dan internaliserende problematiek hebben (respectievelijk 68% en 52%). Er zijn hierbij geen noemenswaardige verschillen tussen de verschillende opnamejaren. Figuur 2 en figuur 3 geven per geslacht de gemiddelde genormeerde scores weer op internaliserende en externaliserende problematiek. Hieruit blijkt dat meisjes gemiddeld hoger scoren op internaliserende problematiek (61,25) dan jongens (57,65) [$t(481) = -4,24$; $p < 0,001$]. Bij externaliserende problematiek zien we daarentegen een omgekeerd beeld: jongens scoren gemiddeld genomen hoger (63,53) dan meisjes (61,61) [$t(481) = 2,23$; $p < 0,05$]. Bovendien is te zien dat de gemiddelde score van meisjes bij internaliserende problematiek zich bij ieder jaartal boven de subklinische score (*cut-off* = 60) bevindt. Voor jongens is dit alleen het geval in 2009. Bij de score op externaliserende problematiek zien we dat zowel jongens als meisjes zich boven de subklinische score bevinden, wat inhoudt dat de problematiek

dermate ernstig is dat behandeling vereist is. De verschillen met betrekking tot internaliserende en externaliserende problematiek per opnamejaar los van geslacht zijn getoetst op significantie, maar blijken niet significant (respectievelijk [$F(4, 482) = 1,67; p > 0,05$) en $F(4,482) = 0,68; p > 0,05$]).



FIGUUR 2 Gemiddelde genormeerde score internaliserende problematiek (beginmeting), cut-off= 60



FIGUUR 3 Gemiddelde genormeerde score externaliserende problematiek (beginmeting), cut-off= 60

TVA — De gemiddelde scores op de verschillende competenties die de TVA meet, blijven over de opnamejaren ongeveer gelijk. Uit de analyses blijkt dat er voor twee domeinen significante verschillen gevonden worden tussen jongens en meisjes. Meisjes scoren gemiddeld hoger op het domein 'school/werk en toekomst' dan jongens (3,22 respectievelijk 3,01) [$t(452) = -3,23; p < 0,05$]. Daarnaast blijkt met betrekking tot het domein 'zelfverzorging' dat meisjes ook hoger scoren (3,31) dan jongens (3,15) [$t(452) = -2,38; p < 0,05$]. Bij de overige drie domeinen zijn nagenoeg geen verschillen tussen de scores van jongens en meisjes (alle t 's $< 1,48$; alle p 's $> 0,05$).

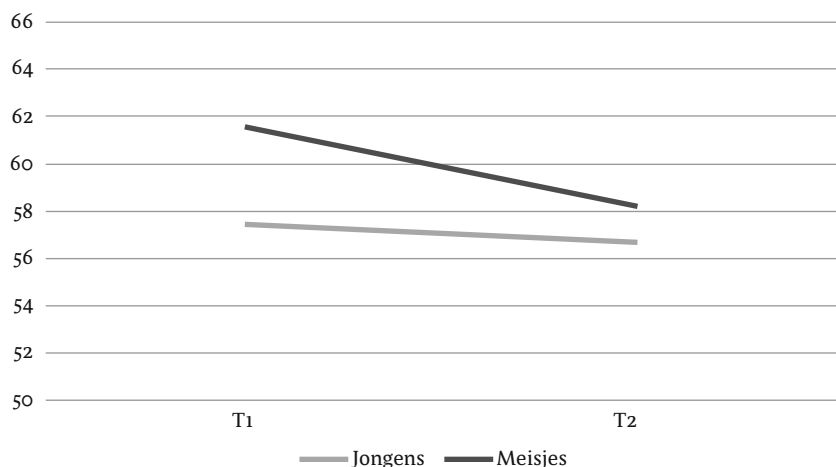
Deel 3: Verandering

Om te onderzoeken of er een significante verandering plaatsvindt tussen T1 en T2 op de externaliserende en internaliserende problematiek gemeten met de CBCL, en op de competenties gemeten met de TVA is de groep respondenten verder uitgedund naar jongeren die naast de beginmeting ook aan minimaal één eindmeting zijn onderworpen. Dit is bij 324 jongeren het geval. Omdat het in dit geval om een herhaalde meting gaat (T1 versus T2), worden de analyses uitgevoerd met een repeated measures MANOVA voor zowel de internaliserende problematiek, de externaliserende problematiek, als de vijf competenties gemeten met de TVA.

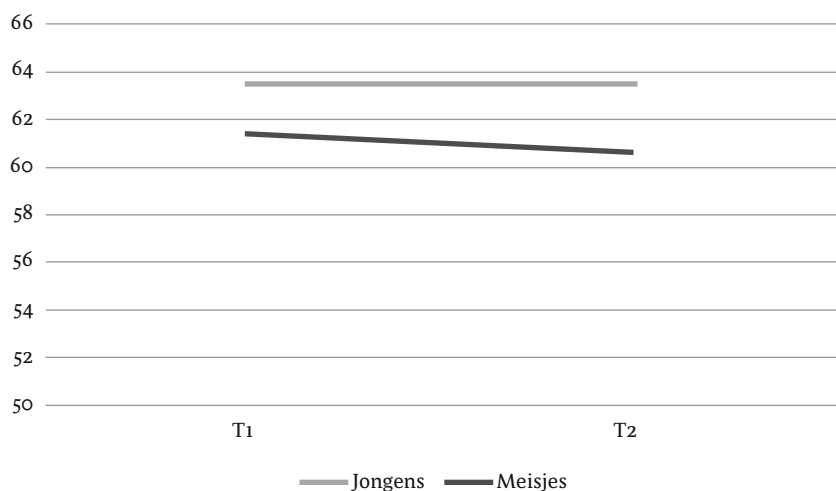
CBCL — Voor de schalen van de internaliserende en externaliserende problematiek van de CBCL is gekeken naar de verandering tussen T1 en T2 met behulp van een 2(groepen) X 2(tijdstip) repeated measures MANOVA, uitgevoerd en gecontroleerd voor behandelduur. Allereerst blijkt er voor internaliserende problematiek geen hoofdeffect te zijn, wat betekent dat internaliserende problematiek voor de gehele groep niet toe- of afneemt over de tijd [$F(1,321) = 0,12; p = 0,73$]. Daarnaast blijkt dat jongens lager scoren op internaliserende problematiek dan meisjes [meisjes [$F(1,131) = 10,18; p < 0,05$]. Bovendien blijkt er een significant interactie-effect te bestaan van geslacht x internaliserende problematiek over de tijd [$F(1,321) = 6,33; p < 0,05$]. Dit wil zeggen dat de internaliserende problemen van T1 naar T2 afnemen, en dat dit effect voor meisjes sterker is dan voor jongens (zie figuur 4).

Bij externaliserende problematiek zien we allereerst een significant hoofdeffect van geslacht [$F(1,321) = 7,36; p < 0,05$]. Dit wil zeggen dat jongens hoger scoren op externaliserende problematiek dan meisjes, ongeacht tijdstip (zie figuur 5). Daarnaast is er een significant hoofdeffect van behandelduur [$F(1,321) = 4,29; p < 0,05$], wat betekent dat externaliserende problemen afnemen naarmate de opnameduur langer is. Om verder te onderzoeken wat het effect van behandelduur inhoudt, hebben we behandelduurgroepen gecreëerd. Deze zijn als volgt ingedeeld: (1) 0 tot 6 maanden, (2) 6 tot 12 maanden, en (3) 12 maanden of meer. Vervolgens is er een 2(tijdstip) x

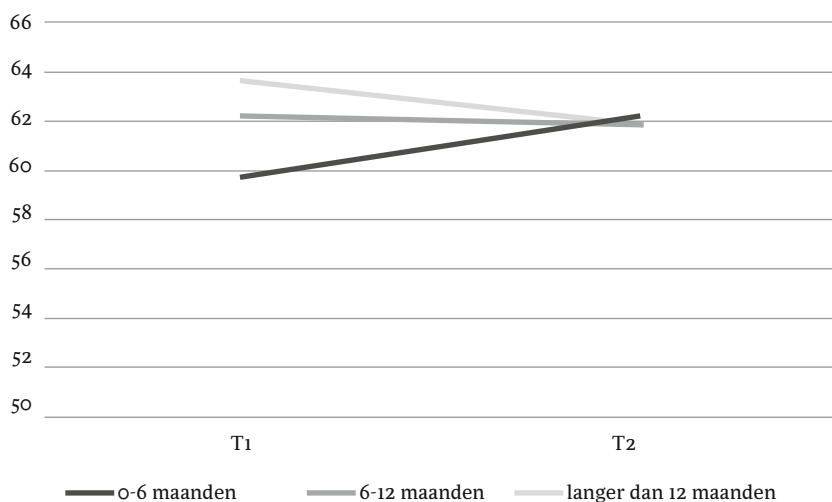
3(behandelduurgroep) repeated measures MANOVA uitgevoerd. Hieruit bleek dat er een significante interactie was van behandelduur en externaliserende problematiek over de tijd [$F(2,321) = 5,35; p < .05$] (zie figuur 6). Bij een behandelduur van 0 tot 6 maanden vindt er een stijging van de externaliserende problematiek plaats. Bij een behandelduur langer dan 6 maanden zien we een afname van de externaliserende problematiek. Deze daling is het sterkst bij een behandelduur van 12 maanden of meer.



FIGUUR 4 *Ontwikkeling internaliserende problematiek uitgesplitst naar geslacht*



FIGUUR 5 *Ontwikkeling externaliserende problematiek uitgesplitst naar geslacht*



FIGUUR 6 Ontwikkeling externaliserende problematiek uitgesplitst naar behandelduur

TVA — In tabel 1 zijn de gemiddelde scores van alle domeinen van de TVA op T1 en T2 weergegeven. Hier is te zien dat bij alle competenties van de TVA een verbetering is opgetreden. Uit de analyse blijkt daarnaast dat voor de domeinen ‘omgaan met leeftijdsgenoten’, ‘autonomie en zelfsturing’, ‘school/werk en toekomst’ en ‘zelfverzorging’ er een significant effect van geslacht is [alle F 's $> 5,01$; alle p 's $< 0,05$]. Dit houdt in dat, ongeacht tijdstip, de competenties van meisjes op deze domeinen hoger zijn dan van jongens. Daarnaast blijken er significante interactie-effecten te bestaan van geslacht $\times$ ‘autonomie en zelfsturing’ en geslacht $\times$ ‘seksualiteit en relaties’ [alle F 's $> 19,07$; alle p 's $< 0,05$]. Dit wil zeggen dat de verbetering van competenties op deze domeinen sterker is voor meisjes dan voor jongens.

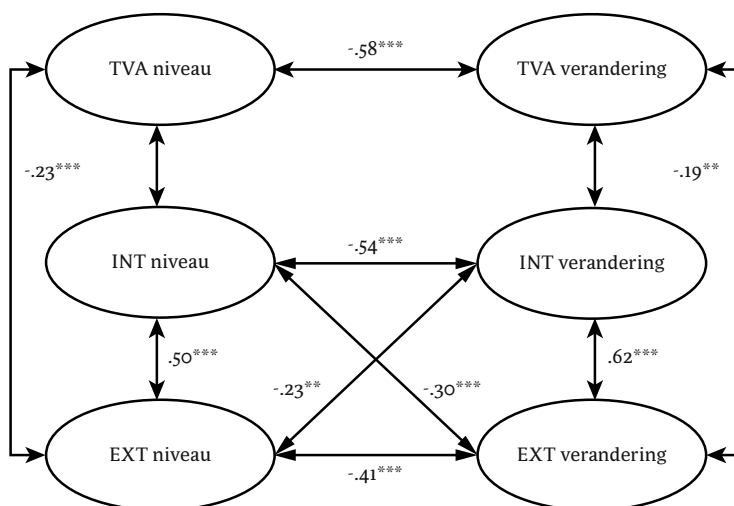
Voor de domeinen ‘omgaan met leeftijdsgenoten’, ‘autonomie en zelfsturing’ en ‘zelfverzorging’ blijken er tevens significante effecten van behandelduur te zijn [alle F 's $> 12,74$; alle p 's $< 0,05$]. Dit betekent dat er een significante verbetering is van de competenties op deze domeinen naarmate de jongere langer is opgenomen. Verdere analyses naar behandelduur laten zien dat in het geval van de domeinen ‘omgaan met leeftijdsgenoten’ en ‘autonomie en zelfsturing’ het effect het sterkst is voor jongeren met een behandelduur langer dan 12 maanden, gevolgd door een behandelduur van 6 tot 12 maanden en tot slot 0 tot 6 maanden. Voor ‘zelfverzorging’ zien we dat de competenties op dit domein dalen voor jongeren met een behandelduur korter dan zes maanden. Bij de overige twee categorieën stijgen de competenties, waarbij de stijging het sterkst is voor een behandelduur langer dan 12 maanden.

TABEL 1 *Gemiddelde scores domeinen TVA op T1 en T2*

	T1	T2
Omgaan met leeftijdsgenoten	3,10	3,36
Autonomie en zelfsturing	2,92	3,23
School/werk en toekomst	3,14	3,38
Seksualiteit en relaties	2,83	3,17
Zelfverzorging	3,31	3,46

Samenhang CBCL en TVA

Over het algemeen geldt dat op T2 diegenen die het langst verblijven in de O. G. Heldring op T1 het laagst scoren op de TVA, en dus over de minste sociale competenties beschikken. Lage sociale competenties kunnen gezien worden als maat voor de ernst van de problematiek en vormen ook blijkens dit onderzoek dus een redelijke voorspeller van een langere verblijfsduur. Op T2 zijn alle jongeren gelijkwaardig vooruitgegaan. Wanneer we met een latent change model naar de verschillen scores kijken tussen T1 en T2 wat betreft de CBCL en de TVA (waarbij gecontroleerd wordt voor behandelduur en geslacht), dan zien we een significante samenhang tussen verandering op externaliserende problematiek en verbetering op de TVA. Hoewel er dus geen significante verbetering van externaliserende problematiek optreedt over de tijd, daalt deze problematiek wel in relatie tot een verbetering op sociale competenties (zie figuur 7). Anders gezegd, jongeren die beter vooruitgaan op de TVA over tijd hebben tevens minder externaliserende problematiek op T2. Voor de internaliserende problematiek geldt dat deze wel daalt over de tijd, maar dat deze daling onafhankelijk is van sociale competenties. Overigens is de verandering in internaliserende problematiek wel gerelateerd aan de verandering in externaliserende problematiek, waarbij de resultaten erop wijzen dat jongeren die een grotere afname in externaliserende problematiek laten zien ook een grotere afname in internaliserende problematiek laten zien.



Noot: CBCL = Child Behavioral Checklist. TVA = Taken en Vaardigheden van Adolescenten.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

FIGUUR 7 *Samenhang CBCL en TVA*

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In deze studie is een beeld geschetst van welke jongeren er binnen de O. G. Heldring opgenomen zijn, welke behandelingen zij hebben gekregen en wat de effecten van hun opname zijn op internaliserende en externaliserende problematiek, en op de sociale vaardigheden van de jongeren. Meer in het bijzonder wordt ingegaan op de relatie tussen internaliserende en externaliserende problemen enerzijds en sociale vaardigheden anderzijds.

De resultaten van deze studie wijzen uit dat het aantal jongens en meisjes dat binnen de O. G. Heldring opgenomen wordt door de jaren heen verschoven is van een meerderheid meisjes naar een meer gelijke verdeling tussen jongens en meisjes. De gemiddelde leeftijd ligt tussen de vijftien en zestien jaar. Er worden met name jongeren opgenomen met externaliserende problematiek, maar internaliserende problematiek is bij ongeveer 50% van de jongeren ook aanwezig. Meisjes hebben meer internaliserende problematiek en jongens meer externaliserende problematiek. Aangaande de TVA blijkt dat meisjes gemiddeld beter (hoger) scoren op twee domeinen dan jongens, namelijk 'school/werk en toekomst' en 'zelfverzorging'. Bij toetsing naar significante verschillen tussen T1 en T2 blijkt allereerst dat, gecontroleerd voor behandelduur, de internaliserende problemen afnemen over de tijd en dat dit effect voor meisjes sterker is dan voor jongens. Bij externaliserende problematiek zagen we dat de problemen alleen afnamen voor jongeren met een

behandelduur langer dan 6 maanden. De scores dalen gemiddeld echter niet tot onder het subklinische (normale) niveau. Dit kan verklaard worden door de relatieve ernst van de problemen bij opname, maar vooral ook door het feit dat de opname beëindigd wordt zodra het dwang- en drangkader van de JeugdzorgPlus niet langer geïndiceerd is, en de machtiging gesloten plaatsing kan worden opgeheven. Dit wil niet zeggen dat behandeling en begeleiding dan ook stopt. De eventueel resterende problematiek kan in een andere setting of ambulantly behandeld worden.

De externaliserende problematiek van jongeren met een behandelduur tussen 0 en 6 maanden is op T2 hoger dan op T1. Hiervoor zijn een aantal mogelijke verklaringen te geven. Allereerst blijkt uit de praktijk dat het na opname even duurt alvorens jongeren hun problematiek in volle omvang laten zien. Wanneer jongeren gesloten geplaatst worden, is hun gedrag onder invloed van de structuur en de regelmaat, en het verblijf in de groep, aanvankelijk onder controle. De O. G. Heldringstichting streeft ernaar niet verder in te perken dan strikt noodzakelijk is. Wanneer de jongere meer vrijheden geniet, zijn er in de omgeving meer en nieuwe prikkels, die in combinatie met meer vrijheden en een minder strenge structuur kunnen leiden tot een grotere zichtbaarheid van de onderliggende problematiek. Deze grotere zichtbaarheid is uiteraard nodig om de behandeling goed in te kunnen zetten, maar dit zou de toename tussen T1 en T2 mogelijk kunnen verklaren. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er een bepaalde tijd nodig is voor jongeren om zelf voldoende ervaring op te doen en in te zien dat prosociaal gedrag hun problematisch gedrag kan vervangen. Met een korte behandelduur leren zij weliswaar de positieve effecten van het verbeteren van sociale vaardigheden, maar kan het zijn dat ze dit zelf nog niet zo ervaren. Op de korte termijn levert externaliserend gedrag hun wellicht meer voordelen dan nadelen op. Ze hebben meer tijd nodig om te ondervinden dat ze door het vertonen van prosociaal gedrag minder problemen ervaren.

Omdat externaliserende problematiek bij een korte behandelduur eerder toe- dan afneemt en de behandelduur sinds een aantal jaren is bekort, is het noodzakelijk om jongeren met een korte behandelduur nader te bekijken. Uit een verdiepende analyse blijkt dat niet alle jongeren met een korte behandelduur in de eerste fase een toename laten zien in externaliserende problematiek. Ongeveer de helft van de jongeren met een korte behandelduur toont een toename van externaliserende problematiek. Wanneer we verder inzoomen op de groep jongeren met zowel een korte behandelduur als een toename van externaliserende problematiek, betreft het in ongeveer een derde van de gevallen jongeren die in het kader van dwang en drang voor een crisisopname kortdurend bij de O. G. Heldring zijn geplaatst, bijvoorbeeld vanuit een andere instelling. Wanneer de kinderrechter oordeelt dat dwang en drang niet langer nodig zijn, wordt de jongere doorgeplaatst naar een meer open voorziening voor verdere behandeling van de problematiek. De O. G. Heldringstichting behandelt in het kader van een machtiging van de

kinderrechter. Wanneer blijkt dat de risico's aanvaardbaar zijn en er sprake is van enige behandelmotivatie, kan de jongere daarnaast ook, onder schorsing van de nog doorlopende machtiging, doorgeplaatst worden naar een vervolgvoorziening zonder dwang- en drangkader.

Ongeveer een derde van de jongeren met zowel een korte behandelduur als een stijging in de externaliserende problematiek is op het moment van uitplaatsing 18 jaar oud. Dit houdt in dat voor hen geen aansluitende voorziening in het kader van een civielrechtelijke maatregel gegeven kan worden, c.q. dat de dwang- en drangmaatregelen voor volwassenen (zoals de BOPZ-maatregel (Bijzondere Opnemings Psychiatrisch Ziekenhuis) of de psychiatrische IBS-maatregel (In Bewaring Stelling)) niet op hen van toepassing zijn. Zij kunnen daarom niet langer worden opgenomen in de JeugdzorgPlus, hoewel hun kwetsbaarheid als achttienjarigen vaak nog onverminderd hoog is. Om die reden werkt de O. G. Heldringstichting (samen met een ggz-instelling) aan een achttienplus-voorziening, zodat in de toekomst de behandeling van jongeren die nog niet uitbehandeld zijn voortgezet kan worden. Een ander deel van de jongeren kan terugkeren naar huis met een intensieve thuisbehandeling, bijvoorbeeld Multi Systeem Therapie (MST). Bij vertrek vertonen deze jongeren uiteraard ook nog onvoldoende afname van de problematiek.

De laatste groep jongeren bij wie blijkt dat er een stijging is van externaliserende problematiek op T2 zijn de weglopers. Indien deze jongeren binnen twee weken niet terug zijn, worden zij uitgeschreven bij de instelling. De T2 bevat in deze gevallen de laatste scores die van de weggelopen jongeren bekend waren. Wanneer deze jongeren gevonden worden en na een extern verblijf van twee weken of langer terugkeren, starten de metingen weer met T0. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat een korte opname in een JeugdzorgPlus-instelling duidelijk minder effectief is. Jongeren hebben voldoende tijd nodig om de positieve effecten te ondervinden en een goede samenwerkingsrelatie met hun behandelaars op te bouwen.

Verder blijkt uit de analyses dat er bij alle competenties van de TVA een significante verbetering is opgetreden tussen T1 en T2. Ook hier blijkt dat de competenties voor meisjes meer verbeteren dan voor jongens. Tot slot tonen de resultaten een significante samenhang aan tussen de verbetering op externaliserende problematiek en een verbetering in sociale vaardigheden. Jongeren die vooruitgaan wat betreft hun sociale competenties hebben tevens minder externaliserende problemen. De resultaten wijzen dan ook op het belang van een opname in de JeugdzorgPlus-instelling O. G. Heldring, omdat door de opname meer sociale competenties worden geleerd. Een verbetering van sociale vaardigheden hangt samen met een verbetering van externaliserende problematiek voor zowel jongens als meisjes. Bovendien laten jongeren met een grotere afname in externaliserende problematiek ook een grotere afname in internaliserende problematiek zien. Indirect hebben sociale vaardigheden ook een positieve samenhang met internaliserende problematiek. Dit toont aan dat het belang van de opname niet enkel het bieden van structuur

en veiligheid is, maar juist het aanleren van pro sociaal gedrag en sociale vaardigheden. Deze conclusie wordt ondersteund door de *aggression replacement training* van Goldstein en Glick (1987), welke zich richt op factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van agressie bij jongeren. Deze factoren zijn het gebrek aan sociale vaardigheden, tekorten in boosheidbeheersing en inadequaat moreel redeneren. Bij deze vaardigheidstraining wordt het leren van pro sociaal gedrag ingezet om antisociaal gedrag te vervangen.

Tot slot is het belangrijk om stil te staan bij een aantal beperkingen van deze studie. Een eerste beperking is dat we alleen in algemene zin het behandel aanbod hebben beschreven, maar van de respondenten niet precies weten welke behandelingen zij hebben gehad. Hierdoor is het effect niet toe te schrijven aan één bepaalde behandeling, maar aan de opname binnen de O. G. Heldring, waarbinnen er in brede zin gewerkt wordt aan de verbetering van sociale vaardigheden, aangevuld met therapieën en vaardigheidstrainingen die geïndiceerd zijn voor de individuele jongere. Het kan voor een lerende praktijk van belang zijn om bij vervolgonderzoek te kijken welke specifieke behandeling of interventie het meeste effect heeft gehad. Bovendien wordt in dit artikel slechts de samenhang tussen externaliserende problematiek en sociale vaardigheden aangetoond. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken of er een causaal verband aangetoond kan worden. Daarnaast is onbekend hoe het deze jongeren vergaat na de opname. Een followup-onderzoek zou verdiepende informatie kunnen geven over de effecten op de langere termijn. Bovendien moet worden opgemerkt dat deze studie geen *random clinical trial* is en er geen alternatieve behandelmethoden met elkaar vergeleken zijn. Om die reden is dit onderzoek niet representatief voor andere instellingen. In de toekomst zou het werken met verschillende behandelgroepen en het includeren van een controlegroep voor verdiepende informatie kunnen zorgen, omdat dan duidelijk kan worden in welke mate de effecten toe te schrijven zijn aan een specifieke behandeling. Ondanks deze beperkingen is deze studie een eerste resultaat dat wijst in de richting van positieve effecten van de opname in de O. G. Heldring in het kader van de machtiging gesloten plaatsing, de JeugdzorgPlus. Toekomstig wetenschappelijk onderzoek is nodig om tot meer verdiepende resultaten te komen.

Lieke van Berlo is verbonden aan de CONRISQ Groep te Zetten. Stratumseindijk 8a, 5611 ND Eindhoven.

Maike Cima is verbonden aan de CONRISQ Groep te Zetten en aan het Department Developmental Psychopathology, Radboud University, Brain Science Institute, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen.

Alice Tonnaer werkt in de POH-GGZ Huisartsenpraktijk Nieuwstraat, Hoensbroek Knevelsgraafstraat 27, 6041 GP Roermond..

Theo Klimstra is verbonden aan het Department Developmental Psychology, Tilburg University. Postbus 90153, 5000 LE Tilburg.

Arianne Baanders werkt voor JeugdzorgPlus, Ottho Gerhard Heldringstichting, Wageningsestraat 104, 6671 DH Zetten.

Sanne Verwaaijen is verbonden aan de CONRISQ Groep, Postbus 1, 6670 AA Zetten.
Correspondentieadres: Stichting CONRISQ Groep, Wageningsestraat 104, 6671 DH Zetten. Postbus 1, 6670 AA Zetten. E-mail: info@conrisqgroep.nl

Summary In this study, the relationship between social skills with internalizing and externalizing problem behavior was examined in 483 youngsters who are hospitalized in the Ottho Gerhard Heldringstichting (Youth Care institution) in the Netherlands. Both internalizing and externalizing symptoms were measured using the Child Behavioral Checklist (CBCL) (Achenbach et al., 2008) and social skills were measured with the questionnaire Taken en Vaardigheden van Adolescenten (TVA) (van der Knaap et al., 2004). The results of this study indicated that both internalizing and externalizing problems diminish over time. Additionally, the competence level of the youngsters increased during treatment in the institution. These effects are generally stronger for girls than for boys. Moreover, the results from a subsample of 329 youngsters showed that a decrease in externalizing problems results in a decrease in internalizing problems. Interestingly, the improvements in social skills were related to a decrease in externalizing problems.

Keywords: *social skills, internalizing problems, externalizing problems, youth care, youngsters*

Literatuur

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Angold, A. E., Costello, J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Balanda, K. P., & MacGillivray, H. L. (1988). Kurtosis: A critical review. *American Statistic*, 42, 111-119.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bartels, A. A. J. (2001). Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en Adolescent*, 22, 211-226.
- Barth, R. (2005). Residential care: From here to eternity. *International Journal of Social Welfare*, 14, 158-162.
- Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology*, 17, 327-336.
- Betz, C. L. (1995). Childhood violence: A nursing concern. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, 149-161.
- Boendermaker, L., van Rooijen, K., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). *Residentiële*

- jeugdzorg: Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 17, 303-316.
- Bool, M., Blekman J., de Jong, S., Ruiter, M., & Voordouw, I. (2007). *Vermindere van suïcidaliteit: Beleidsadvies actualisering van het advies inzake suïcide*. Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brown, S. (2010). *Measures of shape: Skewness and kurtosis*. Dryden, NY: Oak Road Systems.
- Cima, M., & Siep, N. (2015). Neurobiologische benaderingen van psychopathologie. In H. T. van der Molen, E. Simon, & J. van Lankveld (Eds.), *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Noordhoff.
- COTAN (2011). *Gedragsvragenlijst voor kinderen, CBCL 4-18, 1990-1996*. Amsterdam: Boom.
- de Bolle, M., Beyers, W., de Clercq, B., & de Fruyt, F. (2012). General personality and psychopathology in referred and nonreferred children and adolescents: An investigation of continuity, pathoplasty, and complication models. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 958.
- de Fruyt, F., Mervielde, I., & van Leeuwen, K. (2002). The consistency of personality type classification across samples and five-factor measures. *European Journal of Personality*, 16, 57-72.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72, 1112-1134.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II*. Assen: Van Gorcum.
- Farrington, D. P. (1987). Early precursors of frequent offending. In J. Q. Wilson & G. C. Loury (Eds.), *From children to citizens* (Vol. 3). New York: Springer-Verlag.
- Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1995a). Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1586-1594.
- Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Witznitzer, M. (1995b). Continuity and change of selfreported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 680-690.
- Goldstein, A. P., & Glick, B. (1987). *Aggression replacement training*. Champaign, IL: Research Press.
- Granic, I. (2014). The role of anxiety in the development, maintenance, and treatment of childhood aggression. *Development and Psychopathology*, 26, 1515-1530.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 551-575.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld: Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 182-189.
- Hoogsteder, L. M. (2008). *Theoretische handleiding sociale vaardigheidstraining op maat*. Den Helder: R. I. J. De Doggershoek.
- Jansma, H. (2010). *Opgehelderd: De behandeling van jongeren met gedragsproblemen in de O.G. Heldringstichting*. Delft: Eburon.

- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviours during 8 years of childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 161-179. USA: Springer.
- Konijn, C. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Lilienfeld, S. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 285-291.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 313-345). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipsey, M. W., Wilson, D. B., & Cothorn, L. (2000). *Effective intervention for serious juvenile offenders*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83, 1198-1202.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behaviour: Theory and implications. *Journal of Childhood and Adolescent Psychiatry Nursery*, 17, 93-103.
- Mervielde, I., de Clerq, B., de Fruyt, F., & van Leeuwen, K. (2005). Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 171-201.
- Moffitt, T. E. (1993). Life-course persistent and adolescent-limited antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Muler, N., ten Kate, C., & Eurelings-Bontekoe, L. (2009). Internaliserende problematiek in de kindertijd als risicofactor voor de ontwikkeling van persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 63-72). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (2012). *Mplus: Statistical analysis with latent variables* (v. 7). Los Angeles, CA: Authors.
- Nelson, L. S. (1984). Technical aids. *Journal Quality Technology*, 16, 238-239.
- Orobio de Castro, B., & Bosch, J. D. (1998). Sociale informatieverwerking door jongens met gedragsproblemen. In J. D. Bosch, H. A. Bosma, R. J. van der Gaag, A. J. J. M. Ruijsenaars, & A. Vyt (Red.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie, Vol. 3* (pp. 212-241). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rockhill, C. M., van der Stoep, A., McCauley, E., & Katon, W. J. (2009). Social competence and social support as mediators between comorbid depressive and conduct problems and functional outcomes in middle school children. *Journal of Adolescence*, 32, 535-553.
- Schoemaker, C. G., & de Ruiter, C. (2005). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century.
- Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg: Hulpverlening voor kinderen en jeugdigen in tehuizen*. Baarn: Intro.
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 84-96.
- Stevens, G. W. J. M., Pelsq, T. V. M., Volle-

- bergh, W. A. M., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., & Crijnen, A. A. M. (2005). Emotionele problemen en gedragsproblemen bij Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 4- tot 18-jarigen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 779-786.
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., & Schurink, G. (2004). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Trimbos-instituut (2006). *Nationale monitor geestelijke gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van der Knaap, L. M. (2003). *Competentiegericht assessment voor jongeren in de jeugdzorg: Ontwikkeling van een instrument*. Duivendrecht: PI Research.
- van der Knaap, L. M., Beenker, L. G. M., & Bijl, B. (2004). *TVA: Vragenlijst Taken en Vaardigheden van Adolescenten: Handleiding*. Duivendrecht: PI Research.
- van der Looze, M., van Dorsselaer, S., de Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R., ... Vollebergh, W. (2014). *HBSC 2013: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van der Put, C., Spanjaard, H., van Domburgh, L., Doreleijers, T., Lodewijks, H., Ferwerda, H., & Stams, G. J. (2011). Ontwikkeling van het landelijke instrumentarium jeugdstrafrechtkenen (IIj). *Kind & Adolescent Praktijk*, 10, 76-83.
- van Goozen, S., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., Gispen-de Wied, C., Wiegant, V., & van Engeland, H. (1998). Salivary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional defiant disorder boys and normal controls. *Biological Psychiatry*, 53, 531-539.
- van Goozen, S., Matthys, W., & van Engeland, H. (2000). Antisociaal gedrag van kinderen: Een neurobiologisch perspectief. *Justitiële Verkenningen*, 26, 65-75.
- van Manen, T. (2006). *Assessment and treatment of aggressive children from a social-cognitive perspective* (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- van Nieuwenhuizen, C. (2008). De jeugd die niet deugd, en andere mythes en misverstanden. In T. I. Oei & L. H. W. M. Kaiser (Red.), *Forensische psychiatrie onderweg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- van Wijk-Herbrink, M. (2016). Weinig vertrouwen in volwassenen. Werk in uitvoering: Schematherapie in de gesloten jeugdzorg. *Kind & Adolescent Praktijk*, 15, 41-43.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (Eds.) (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. London: Oxford University Press.
- Veerman, J. W., & Ooms, H. J. (2008). *Zicht op effectiviteit: Een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg*. Utrecht: NJi/Nijmegen: Praktikon.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Viljoen, J. L., Nicholls, T. L., Cruise, K. R., Desmarais, S. L., & Webster, C. D. (with contributions by Douglas-Beneau, J.) (2014). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version (START:AV) – User Guide*. Burnaby, British Columbia: Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547-556.

Ontwikkeling van een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden

RUUD HORNSVELD, THIJS KANTERS, LUK GIJS, FLOOR KRAAIMAAT,
LEONE VAN DER WAL & HJALMAR VAN MARLE

Samenvatting

Gedetailleerde beschrijvingen van Nederlandse cognitief-gedragstherapeutische groepsprogramma's voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden zijn schaars. In dit artikel wordt een groepsprogramma beschreven voor kindermisbruikers en verkrachters die zijn opgenomen in forensisch psychiatrische instellingen. Op basis van de literatuur over dynamische risicofactoren bij en het effect van behandelprogramma's op seksueel geweldplegers werd de afgelopen jaren een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma ontwikkeld voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. De eerste ervaringen met dit programma resulteerden in aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling en evaluatie ervan. Met dit cognitief-gedragstherapeutisch programma hopen we een aanzet te geven tot een geprotocolleerde behandeling van seksueel geweldplegers.

Trefwoorden: terbeschikkinggestelden, seksueel geweld, cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma

INLEIDING

In september 2013 waren in Nederland 1592 mannelijke terbeschikkinggestelden in forensisch psychiatrische instellingen opgenomen, van wie er tussen de 430 en 540 waren veroordeeld voor een seksueel geweldsdelict (van Gemmert & van Schijndel, 2014). Voor de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met 'seksueel grensoverschrijdend gedrag' is door het

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014) met professionals van verschillende forensisch psychiatrische instellingen een zorgprogramma ontwikkeld, waarin 'diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie' van deze patiënten worden beschreven. Echter, 'er is niet altijd sprake van unanimiteit bij de deskundigen over de beste aanpak' (p. 5), een van de redenen waarom het tot op heden aan Nederlands effectonderzoek ontbreekt. In dit artikel wordt een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden beschreven dat gebruikt kan worden voor een landelijk effectonderzoek.

Seksueel geweldplegers vormen een heterogene groep. Bij sommigen staat een deviante seksuele interesse en/of hyperseksualiteit op de voorgrond, vaak in combinatie met antisociale normen en waarden. De parafilie kan zich manifesteren in de vorm van pedofilie, exhibitionisme, voyeurisme of seksueel sadisme. De seksuele interesse van seksueel geweldplegers met een parafiele stoornis kan exclusief zijn, wat betekent dat de patiënt amper of niet in staat is om seksueel opgewonden te worden door een volwassen partner die instemt met seksueel contact (ten Hag, 2012; Woodworth et al., 2013). Andere seksueel geweldplegers worden vooral gekenmerkt door een antisociale levensstijl (Gijs, 2015), nogal eens gecombineerd met middelenmisbruik (Kraanen & Emmelkamp, 2011). Een dader die een volwassen vrouw verkracht, kan dit doen uit gevoelens van wraak of de neiging om grenzen te overschrijden (Troelstra, Kossen, Niemantsverdriet, & Oei, 2012).

Over de specifieke psychopathologie van seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden in de vorm van DSM-classificaties is in Nederland eigenlijk weinig bekend. Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) vonden via dossieronderzoek bij 22 patiënten met een seksuele of 'identiteitsstoornis' op as I van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) dat 27,3% van hen een cluster B-stoornis en 54,5% een persoonlijkheidsstoornis NAO op as II had. Mede vanwege deze persoonlijkheidsstoornissen verloopt de behandeling van seksueel geweldplegers in een tbs-kader vaak zeer moeizaam. Patiënten zijn niet of nauwelijks gemotiveerd, onder meer omdat ze de sterke neiging hebben verantwoordelijkheid buiten zichzelf te leggen, en wel door hun delict aan omgevingsfactoren te wijten. Bovendien is het toekomstperspectief na ontslag van vooral pedoseksuele mannen weinig florissant door de afwijzende houding van de samenleving. Seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden hebben aan het begin van het hierna beschreven behandelprogramma vaak al vele jaren van psychiatrisch/psychologisch onderzoek, individuele gesprekken en groepsbijeenkomsten achter de rug. Hun instelling is mede daarom vaak opportunistisch: 'Zeg me maar wat ik moet doen om hieruit te komen.' Behandeling van forensisch psychiatrische patiënten gebeurt naar onze indruk en ervaring over het algemeen directiever en normatiever dan in de reguliere geestelijke gezondheidszorg gebruikelijk is.

In het afgelopen decennium is door empirisch onderzoek steeds meer inzicht verkregen in de *dynamische risicofactoren* van crimineel gedrag in het algemeen en van seksueel gewelddadig gedrag in het bijzonder. Andrews en Bonta (2010) formuleerden op basis van een groot aantal studies over crimineel gedrag acht factoren (*Central Eight*) die gerelateerd zijn aan recidiverisico, te weten (1) antisociale voorgeschiedenis, (2) antisociale persoonlijkheid, (3) antisociale cognities, (4) antisociaal netwerk, (5) familie- en/of relatieproblemen, (6) beperkte opleiding en/of geen werk, (7) onvoldoende prosociale tijdsbesteding en (8) middelenmisbruik. Deze risicofactoren zijn eerder van toepassing op verkrachters dan op pedoseksuele daders, omdat deze eerste categorie geweldplegers vaak ook niet-seksueel geweld plegen (Wilson, Mouilso, Gentile, Calhoun, & Zeichner, 2015). Hanson en Morton-Bourgon (2005) voerden een meta-analyse uit van studies bij seksueel geweldplegers, en vonden dat een deviante seksuele interesse en antisociale attitudes de belangrijkste voorspellers voor recidive zijn. Seksuele preoccupaties, instabiele leefstijl/impulsiviteit, delictondersteunende attitudes en problemen in intieme relaties lijken in iets mindere mate bij te dragen tot het recidiverisico. Seksueel geweldplegers blijken hoger te scoren op zelfgerapporteerd neuroticisme (psychische labiliteit) dan niet-klinische vrijwilligers. Verkrachters rapporteren over het algemeen meer agressief gedrag op vragenlijsten dan kindermisbruikers en ze scoren doorgaans hoger op psychopathie, gemeten met de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Vertommen, Verheul, de Ruiter, & Hildebrand, 2002). Impliciete associatietests laten zien dat kindermisbruikers kinderen sterker met seks associëren, en onderdanigheid meer met seksuele aantrekkelijkheid, dan verkrachters of niet-seksueel geweldplegers (Hornsveld et al., 2015).

Marshall, Marshall en Kingston (2011) meenden dat niet alle antisociale attitudes van seksueel geweldplegers delictgerelateerd zijn, maar omdat bij kindermisbruikers sommige cognitieve vervormingen kunnen interfereren met het aanleren van prosociaal gedrag moeten ze toch onderwerp van behandeling zijn. Op grond van hun langdurige klinische ervaring stelden Marshall en Marshall (2014) dat een strikt op de antisociale cognities gerichte behandeling van seksueel geweldplegers ineffectief is. Gezien hun tekorten in sociale vaardigheden moet het oefenen van nieuw gedrag door middel van rollenspelen een belangrijk onderdeel zijn van de behandeling. Het belang van rollenspelen werd ook benadrukt door van Dam-Baggen en Kraaimaat (2014) op grond van hun onderzoek naar sociale angst en tekorten in sociale vaardigheden bij psychiatrische patiënten.

Onderzoeken naar de *effecten van behandelprogramma's* hebben weliswaar significante resultaten opgeleverd, maar klinische effecten bleken bescheiden (Schmucker & Lösel, 2015; Veen & de Ruiter, 2008). Dit geldt zowel voor studies waarin een vergelijking werd gemaakt tussen een behandelde en een onbehandelde groep seksueel geweldplegers, als voor studies waarin de verschillen tussen een voor- en nameting van een behandelprogramma

werden gerelateerd aan recidiverisico na ontslag. Als een behandelde groep seksueel geweldplegers werd vergeleken met een onbehandelde groep, waren de behandelprogramma's meestal gebaseerd op het *terugvalpreventiemodel* (Pithers, Kashima, Cumming, Beal, & Buell, 1988), waarbij vooral gekeken werd naar de risicofactoren die tot het delictgedrag hebben geleid. Bij studies naar de relatie tussen gedragsverandering en recidive ging het vaak om behandelprogramma's die uitgaan van het *risk-need-responsivity-model* (Andrews & Bonta, 2010; Bonta, Blais, & Wilson, 2014) en die gericht waren op risicofactoren die het gedrag in stand houden (Hornsveld et al., 2015). De bevinding dat er geen grote verschillen in effect lijken te zijn tussen beide soorten behandelprogramma's kan mogelijk verklaard worden door de grote overlap in factoren die tot het delictgedrag leiden en factoren die dit gedrag in stand houden.

Hoewel er veel publicaties zijn verschenen over behandelmethoden voor seksueel geweldplegers (bijvoorbeeld: Abracen & Looman, 2016; Marshall, Marshall, Serran, & O'Brien, 2011; Phenix & Hoberman, 2016), zijn slechts enkele gedetailleerde *handleidingen* of *protocollen* openbaar. Van Beek en Mulder publiceerden in 1992 hun delictscenarioprocedure, waarin het ontstaan van het delictgedrag centraal staat. De behandeling in een forensisch psychiatrische instelling resulteert in een presentatie van het delictscenario aan het sociale netwerk van de patiënt binnen en buiten de kliniek. Afhankelijk van het delictscenarioprofiel dient een behandeling die gericht is op minimalisering van het recidiverisico te worden uitgebreid met bijvoorbeeld empathietraining, sociale vaardigheidstraining of agressiehanteringstraining. Yates, Prescott en Ward (2010) zijn eigenlijk de enige auteurs die een gedetailleerde handleiding voor behandelaars en een werkboek voor seksueel geweldplegers (Yates & Prescott, 2011) publiceerden. Het werkboek van maar liefst 415 bladzijden omvat twaalf hoofdstukken, elk met informatie en schriftelijke oefeningen. Het maken van deze oefeningen dient te gebeuren in nauwe samenwerking met de behandelaar. Van den Berg (2009) beperkte zich tot een handleiding voor een subgroep seksueel geweldplegers, namelijk verkrachters. Het programma bestaat uit 28 bijeenkomsten van anderhalf uur, met aan het begin voorlichting over risicofactoren, waarna de deelnemers geacht worden hun eigen risicofactoren ter discussie te stellen. Ten slotte worden 'gestructureerde oefeningen' gedaan voor het cognitief, emotioneel en gedragsmatig functioneren van de deelnemers. Stinson en Becker (2013) noemden hun publicatie weliswaar een *evidence based manual*, maar hun tien modules zijn niet op effectiviteit onderzocht en omvatten eigenlijk meer thema's die tijdens een aantal bijeenkomsten aan de orde komen, bijvoorbeeld *Emotions and emotion regulation* (module 3) of *Dysregulation and interpersonal relationships* (module 7). Daarnaast worden de valkuilen besproken waarmee behandelaars geconfronteerd kunnen worden bij het uitvoeren van de verschillende interventies en wordt advies gegeven over de manier om daar op een adequate manier mee om te gaan.

De meeste behandelprogramma's voor seksueel geweldplegers worden in *groepsverband* gegeven (Stinson & Becker, 2013). McGrath, Cumming en Burchard (2003) vonden dat 89,9% van de Noord-Amerikaanse programma's was gebaseerd op groepsbehandeling, en volgens Serran, Marshall, Marshall en O'Brien (2013) kwam uit twee meta-analytische studies naar de resultaten van behandelprogramma's voor seksueel geweldplegers (Hanson et al., 2002; Lösel & Schmucker, 2005) naar voren dat van de 112 geanalyseerde studies er slechts zestien gebaseerd waren op individuele therapie. Er is echter geen onderzoek bekend waarin de resultaten van individuele behandeling versus groepsbehandeling of van open versus gesloten groepen met elkaar werden vergeleken. Auteurs baseerden hun uitspraken hierover dan ook vaak op klinische indrukken. Zo pleitten Marshall, Anderson en Fernandez (1999) voor groepsbehandeling, omdat volgens hen individuele therapie minder efficiënt en minder effectief is. Vooral als het gaat om het uitdagen van cognities zouden in een groep de andere deelnemers als geloofwaardiger worden ervaren dan behandelaars. Als voordelen van groepsbehandeling werd door Stinson en Becker (2013) niet alleen kosteneffectiviteit genoemd, maar ook minder druk op de afzonderlijke deelnemers, een breder scala aan overtuigingen en ervaringen, en een omgeving van deelnemers met overeenkomstige problematiek. Voordelen van gesloten groepen zouden zijn dat de deelnemers elkaar beter leren kennen, het groepsproces niet verstoord wordt door de komst van nieuwe deelnemers, alle deelnemers in principe dezelfde behandeling krijgen en de behandelaars beter geïnformeerd raken over de specifieke problematiek van de verschillende deelnemers. Open groepen zouden eerder aangewezen zijn voor instellingen waarin regelmatig nieuwe patiënten worden opgenomen, zodat die snel met de behandeling kunnen beginnen (Stinson & Becker, 2013, pp. 43-47). Er is wel onderzoek gedaan naar mogelijke verschillen in behandelresultaat tussen homogeen samengestelde (alleen kindermisbruikers of alleen verkrachters) en heterogeen samengestelde (kindermisbruikers samen met verkrachters) groepen. Harkins en Beech (2008) vonden bij 73 seksueel geweldplegers tussen beide condities geen verschil in recidivepercentage.

Het in dit artikel beschreven programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden is het resultaat van literatuurstudie en van klinische ervaringen met deze populatie. Het programma voldoet aan eerder geformuleerde criteria voor een dergelijk programma, namelijk (1) up-to-date (*risk assessment*), (2) modules voor zowel de vermindering van psychologische risicofactoren als de versterking van protectieve factoren (factoren die beschermen tegen recidive), (3) een handleiding voor behandelaars en een werkboek voor deelnemers, (4) kwaliteitseisen aan behandelaars, en (5) projectmanagement ten behoeve van behandelintegriteit (Hornsveld et al., 2015). Hopelijk leidt het programma tot een landelijk effectonderzoek.

DOELGROEP

.....

Terbeschikkinggestelden zijn delinquenten bij wie de rechter een verband heeft geconstateerd tussen 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' en een gepleegd delict met een gevangenisstraf van ten minste vier jaar. Het oordeel van de rechter berust op psychodiagnostisch onderzoek door een daartoe opgeleide psychiater en/of psycholoog (Canton, Cosyns, & van Kordelaar, 2015; van Marle, 2000). Dit onderzoek kan plaatsvinden in een huis van bewaring of penitentiaire inrichting, maar een rechtbank kan ook besluiten om een verdachte zes weken ter observatie op te nemen. Van de bevindingen tijdens de observatieperiode wordt verslag gedaan in een pro-justitia-rapport, waarin de rechter geadviseerd wordt over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte en daarmee over diens verantwoordelijkheid voor het gepleegde delict. Door het pro-justitia-rapport is er aan het begin van de behandeling in een forensisch psychiatrische instelling een uitvoerige psychologische en psychiatrische rapportage beschikbaar, naast gedetailleerde documentatie over het delict waarvoor een patiënt veroordeeld is.

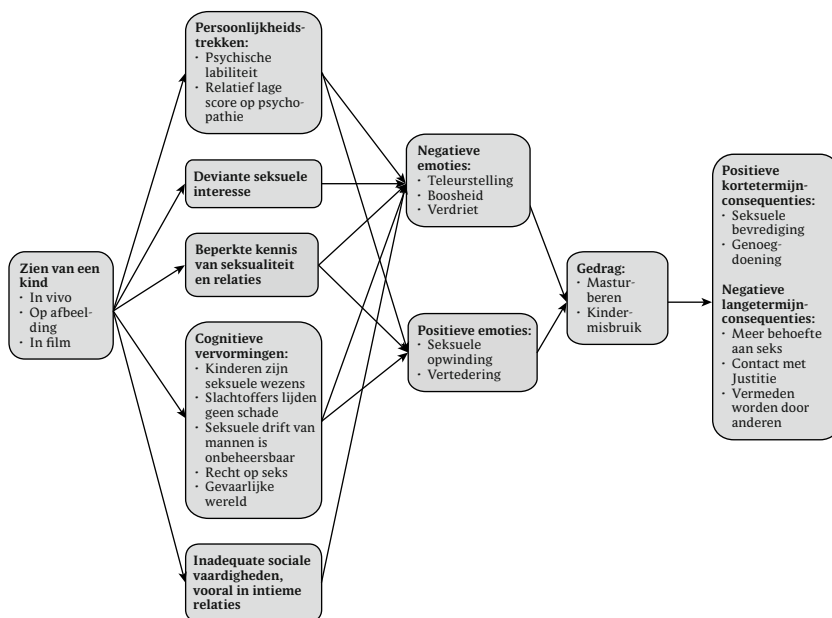
423

De behandeling van Nederlandse terbeschikkinggestelden vindt plaats in een gesloten, beveiligde instelling en is primair gericht op 'dynamische criminogene factoren': veranderbare eigenschappen van geweldplegers die gerelateerd zijn aan het recidiverisico (Andrews & Bonta, 2010). Doelstelling van de behandeling is minimalisering van het recidiverisico. Mannelijke seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden worden vaak onderverdeeld in twee subgroepen, te weten 'kindermisbruikers' en 'verkrachters' (bijvoorbeeld: de Vogel, de Ruiter, van Beek, & Mead, 2004). Bij kindermisbruikers gaat het om seksueel misbruik als aanranding of verkrachting van slachtoffers jonger dan 16 jaar, bij verkrachters betreft het seksueel misbruik van slachtoffers die 16 jaar of ouder zijn. Voor een overzicht van de verschillende wetsartikelen die kunnen resulteren in terbeschikkingstelling wordt verwezen naar het *Zorgprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag* (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2014).

OPZET VAN HET GROEPSPROGRAMMA

.....

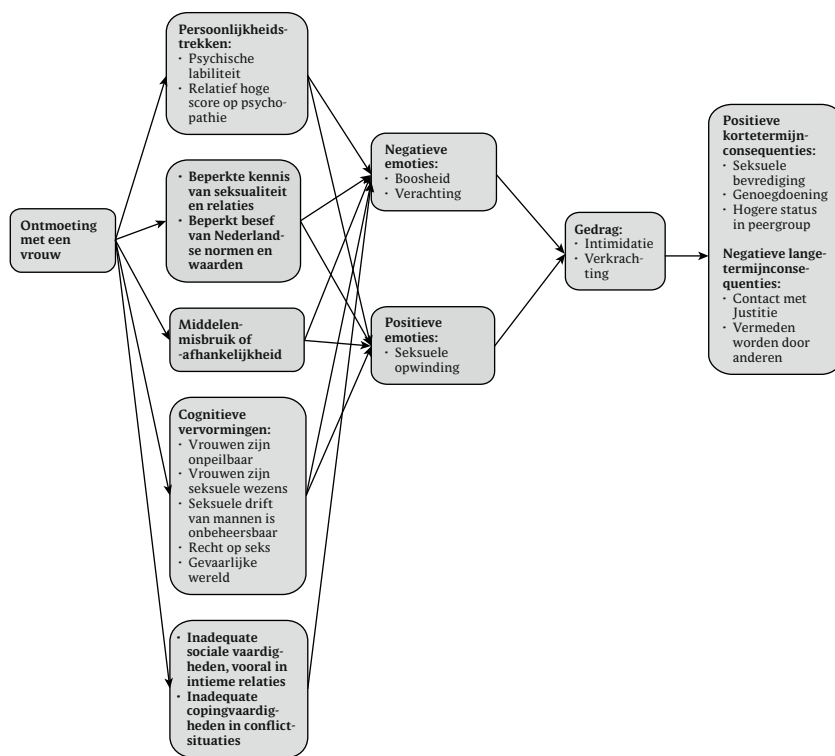
Op basis van literatuur en klinische ervaring met seksueel geweldplegers werden twee heuristische modellen geformuleerd, met psychologische factoren die het delictgedrag in stand houden en die in aanmerking komen voor behandeling, of waarmee in de behandeling rekening moet worden gehouden. Voor kindermisbruikers ligt het accent wat betreft de aangrijpingspunten van de groepsbehandeling op de cognitieve vervormingen over seks met minderjarigen, en op de beperkte prosociale vaardigheden in het algemeen en in intieme relaties in het bijzonder (figuur 1).



FIGUUR 1 Model met factoren die seksueel gewelddadig gedrag door kindermisbruikers in stand houden

Bij (heteroseksuele) verkrachters gaat het in de groepsbehandeling vooral om de antisociale normen en waarden, met name in de omgang met vrouwen, en het gebrek aan copingvaardigheden in conflictsituaties (figuur 2).

Op basis van deze modellen werd een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden opgesteld met de volgende onderdelen: het programma begint met individuele (*risk assessment*) en het opstellen van *individuele behandelplannen*, gevolgd door twee groepsonderdelen die de kern vormen van het programma, te weten de *basistraining* en de *specifieke training*. Een enkel onderdeel van het programma maakte al enige tijd uit van een bestaand aanbod en andere onderdelen zijn speciaal voor deze populatie ontwikkeld.



FIGUUR 2 Model met factoren die seksueel gewelddadig gedrag door heteroseksuele verkrachters in stand houden

(Risk)assessment en opstellen van individuele behandelplannen

Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten is nodig voor het bepalen van de behandelintensiteit en van de kans op terugval na ontslag (Bonta & Andrews, 2007; Prentky, Brabaree, & Janus, 2015). Voor de risicotaxatie kunnen beoordelingsinstrumenten worden gebruikt die door ervaren psychologen gescoord worden aan de hand van dossiergegevens, gedragsobservaties en interviewgegevens. Scores op de items van deze instrumenten kunnen worden gesommeerd, maar de totaalscore dient altijd te worden geïnterpreteerd in relatie tot de persoon van de dader en tot de omstandigheden waarin het delictgedrag plaatsvond. De (risk)assessment vindt individueel plaats, voorafgaande aan en tegen het einde van het groepsprogramma.

Het Nederlandse Ministerie voor Veiligheid en Justitie stelt afname van de Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie (HKT-R; Spreen, Brand, ter Horst, & Bogaerts, 2013) bij alle forensische psychiatrische patiënten verplicht. Deze lijst omvat 33 items, verdeeld over drie domeinen, namelijk his-

torisch (12 items over de levensgeschiedenis, bijvoorbeeld item Ho9: *arbeids-verleden*), *klinisch* (14 items over het gedrag in de afgelopen 12 maanden, bijvoorbeeld item Ko5: *antisociaal gedrag*) en *toekomst* (7 items over zelfstandig functioneren na verlof, bijvoorbeeld item To5: *vrije tijd*). Items worden gescoord op een vijf puntsschaal, lopend van 0 = 'laag' tot 4 = 'hoog'. Hoe hoger de score, hoe hoger het risico ten aanzien van het betreffende item. Per item zijn de scores gedetailleerd omschreven.

Bij seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden moet van het Nederlandse Ministerie van Veiligheid en Justitie de HKT-R worden aangevuld met de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Wilson, Gauthier, & Hart, 1997; Nederlandse versie: Hildebrand, de Ruiter, & van Beek, 2001). Deze lijst omvat 20 items, die zijn ondergebracht in drie subschalen, te weten: *seksuele delicten* (7 items over in het verleden gepleegde seksuele delicten, bijvoorbeeld item 13: *meerdere typen seksuele delicten*), *psychosociale aanpassing* (11 items over andere relatief stabiele kenmerken en over huidig functioneren, bijvoorbeeld item 3: *psychopathie*), en *toekomstplannen* (2 items over huidig en toekomstig functioneren, bijvoorbeeld item 19: *ontbreken van realistische toekomstplannen*). Voor de (negatief geformuleerde) items zijn er de volgende scoringsmogelijkheden: 0 = 'afwezig', 1 = 'mogelijk aanwezig' en 2 = 'duidelijk aanwezig'. Itemscores kunnen bij elkaar opgeteld worden als een maat voor de kans op terugval in seksueel geweld, maar diagnostici moeten ook hun klinisch oordeel gebruiken bij het onderbrengen van delictplegers in risicocategorieën.

Een van de items van de SVR-20 betreft *psychopathie*. Voor de scoring van dit item moet de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003; Nederlandse versie: Vertommen, Verheul, de Ruiter, & Hildebrand, 2002) worden gebruikt. De versie uit 2003 van deze lijst omvat 20 items, met vier factoren, facetten genaamd: (1) *interpersoonlijk* (bijvoorbeeld item 2: *sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde*), (2) *affectief* (bijvoorbeeld item 8: *kil/ gebrek aan empathie*), (3) *leefstijl* (bijvoorbeeld item 14: *impulsiviteit*) en (4) *antisociaal* (bijvoorbeeld item 18: *jeugdcriminaliteit*). De items worden gescoord met behulp van een driepuntsschaal, met 0 = 'niet van toepassing', 1 = 'enigszins van toepassing' en 2 = 'van toepassing'. In de Verenigde Staten wordt als *cut-off*-score voor psychopathie een score van 30 aangehouden. In Europa is een *cut-off*-score van 25 gebruikelijk (Lammers, Keulen-de Vos, de Groot, & Uzieblo, 2015)

ACHTERGROND EN KERNPROBLEMATIEK

.....

Vignet 1: Kindermisbruiker. Koen heeft zijn eerste seksuele ervaring op achtjarige leeftijd, wanneer een oudere klasgenoot hem laat zien hoe je masturbeert. Op ongeveer twaalfjarige leeftijd start hij met gluren naar volwassen vrouwen. Koen trouwt op dertigjarige leeftijd, maar het seksuele contact is tijdens het huwelijk

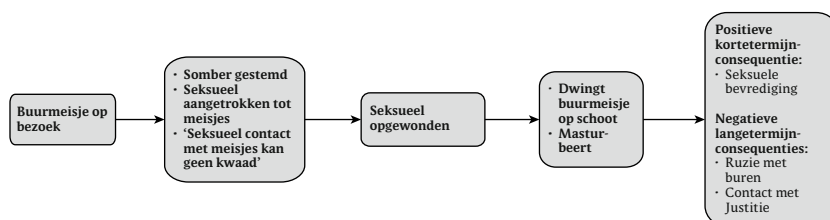
zeer beperkt. Het stel krijgt samen een dochter. Aanvankelijk houdt Koen zich bezig met het downloaden van porno, maar al snel gaat hij over tot exhibitioneren en masturberen ten overstaan van volwassen vrouwen. Nadat hij is opgepakt, wordt hij veroordeeld tot een ambulante behandeling. Zijn vrouw besluit dan van hem te scheiden. Koen gaat door met exhibitioneren en interesseert zich steeds meer voor minderjarige meisjes. Uiteindelijk verkracht Koen meerdere minderjarige meisjes die samen met zijn dochtertje bij hem op bezoek zijn gekomen. Hij wordt opnieuw gearresteerd en ten slotte veroordeeld tot een gevangenisstraf en terbeschikkingstelling.

Vignet 2: Verkrachter. Jay wordt geboren in een gezin uit de Caraïben met veel kinderen, van wie verschillende uit eerdere relaties van vader en moeder. Wegens aanhoudende gedragsproblemen wordt hij op twaalfjarige leeftijd in een internaat geplaatst. Op het internaat komt Jay in aanraking met soft- en harddrugs, en vertoont hij tegenover meisjes seksueel grensoverschrijdend gedrag. Jay krijgt vijf kinderen bij drie verschillende vrouwen, en belandt regelmatig in de gevangenis vanwege inbraken, mishandelingen of overvallen. Hij heeft onregelmatig werk. Onder invloed van drugs besluit hij een vrouw te ontvoeren. Met een mes dwingt hij een willekeurige wandelaarster om met hem mee te gaan, stopt haar in de achterbak van zijn auto en brengt haar zo naar zijn huis. Eenmaal thuis beseft Jay dat de vrouw erg boos op hem zal zijn. Hij denkt dat op te lossen door seks met haar te hebben. De ontvoering en de verkrachting leiden ertoe dat Jay veroordeeld wordt tot een gevangenisstraf en terbeschikkingstelling.

Dynamische items van de HKT-R en de SVR-20 kunnen informatie geven over belangrijke probleemgedragingen van de patiënt, maar hebben als nadeel dat het ontbreekt aan situatiespecificiteit (bijvoorbeeld item Ko4 van de HKT-R: *impulsiviteit*) of dat verwezen wordt naar zeer brede domeinen (bijvoorbeeld item 8 van de SVR-20: *problemen in het arbeidsverleden*). Zo kan *impulsiviteit* zich uiten in verschillende situaties en zich op verschillende manieren manifesteren, bijvoorbeeld als inadequate reactie op een verzoek van een leidinggevende, als huiselijk geweld, of als in een te sterk protest tegen een beslissing van de scheidsrechter tijdens een voetbalwedstrijd. *Problemen in het arbeidsverleden* kunnen betekenen dat iemand geen sollicitatiegesprek kan voeren, inadequaat reageert op opdrachten van een leidinggevende of niet kan samenwerken met collega's, omdat hij bepaalde communicatieve vaardigheden mist. Relatief hoge scores op de dynamische items vereisen dus nadere analyse: Wat wordt precies verstaan onder *impulsiviteit* en *problemen in het arbeidsverleden*? In welke situaties deed het probleemgedrag zich voor? Welke emoties en cognities speelden een belangrijke rol? En wat waren de consequenties van het gedrag op korte en op lange termijn? Dynamische items bieden dus naar onze mening als zodanig onvolgende aanknopingspunten voor een individueel behandelplan of resociali-

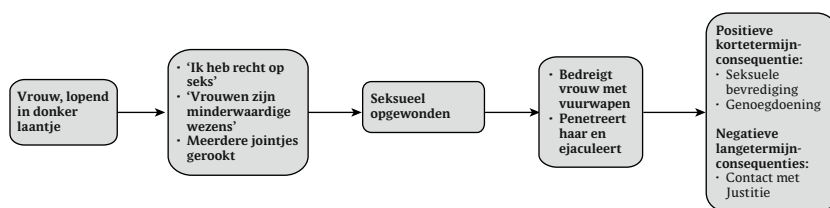
satieplan. Daarom verdient het aanbeveling om daarnaast gebruik te maken van zelfrapportagevragenlijsten en observatieschalen.

Nadat een holistische theorie of een heuristisch model voor de verschillende probleemgebieden is geformuleerd, kunnen functionele analyses van gedrag worden opgesteld (figuur 3 en figuur 4) en kan aan de hand daarvan een behandelplan met specifieke behandeldoelstellingen worden vastgesteld (De Raedt & Schacht, 2003; Haynes & O'Brien, 2000; Sturmey & McMurran, 2011). Een voorbeeld van een functionele analyse bij een kindermisbruiker wordt weergegeven in figuur 3. Deze analyse wijst in de richting van een behandeling onder andere in de vorm van cognitieve herstructurering (het vervangen van cognitieve vervormingen door prosociale cognities), in combinatie met een medicamenteuze interventie.



FIGUUR 3 *Functionele analyse van een kindermisbruiker*

Figuur 4 geeft een functionele analyse van een verkrachter weer. Deze analyse suggereert dat de deelnemer moet leren omgaan met woede als gevolg van een afwijzing, in combinatie met het leren omzetten van seksistische cognities in prosociale cognities.



FIGUUR 4 *Functionele analyse van een verkrachter*

Helaas is het formuleren van een holistische theorie en het opstellen van functionele analyses een werkwijze die tot op dit moment in vrijwel geen enkele Nederlandse forensisch psychiatrische instelling structureel wordt toegepast.

Voor het bevorderen van de behandelmotivatie verdient het naar onze mening aanbeveling om ook een instrument af te nemen dat zogenaamde protectieve factoren inventariseert, bijvoorbeeld de *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF; de Vogel, de Ruiter, Bouman, & de Vries Robbé, 2007; de Vries Robbé, de Vogel, Koster, & Bogaerts, 2015), al is op dit moment nog onvoldoende duidelijk in hoeverre protectieve factoren van toegevoegde waarde zijn voor het betrouwbaar taxeren van het recidiverisico (Klein, Rettenberger, Yoon, Köhler, & Briken, 2014; Tharp et al., 2012).

Voor vergelijkingen met internationale studies dient de HKT-R naar onze mening te worden aangevuld met de *Historical Clinical Risk Management-20, version 3* (HCR-20V3; Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013; Nederlandse versie: de Vogel, de Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & de Ruiter, 2013), een beoordelingsinstrument voor het schatten van gewelddadig gedrag, met 20 items die zijn verdeeld over drie subschalen, te weten een *historische schaal* (10 items, bijvoorbeeld item H5: *middelengebruik*), een *klinische schaal* (5 items, bijvoorbeeld item C2: *gewelddadige denkbeelden of intenties*) en een *risicohanteringsschaal* (5 items, bijvoorbeeld R3: *persoonlijke steun*). De items worden beoordeeld op aanwezigheid met behulp van een zevenpuntsschaal ('nee'/'nee+'/'deels-'/'deels'/'deels+'/'ja-'/'ja') en op relevantie met een driepuntsschaal ('laag'/'matig'/'hoog'). Op grond van de scores op de schalen wordt een eindoordeel geveld over *geweld, ernstig lichamelijk letsel en/of acuut dreigend geweld* met behulp van een vijf puntsschaal ('laag'/'laag-matig'/'matig'/'matig-hoog'/'hoog').

De SVR-20 wordt bij voorkeur vervangen door de Nederlandse versie van de *Static/Stable/Acute* (SSA), bestaande uit de *Static-99R* (Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003; Nederlandse vertaling: Smid, Koch, & van den Berg, 2014) om de statische factoren van het recidiverisico te beoordelen, de *Stable-2007* (Fernandez, Harris, Hanson, & Sparks, 2012; Nederlandse vertaling: van den Berg, Smid, & Koch, 2014) om stabiel dynamische criminogene factoren te bepalen, en de *Acute-2007* (Hanson & Harris, 2012; Nederlandse vertaling: Koch, van den Berg, & Smid, 2014) voor de meting van acute dynamische risicofactoren.

De Static-99R is een beoordelingsinstrument met 10 items, die soms gescoord moeten worden met een tweepuntsschaal (bijvoorbeeld item 8 (*niet-verwant slachtoffer*): 0/1) en soms met een vierpuntsschaal (bijvoorbeeld item 5 (*eerdere seksuele delicten*): 0/1/2/3). De totaalscore is de optelsom van de items. De totaalscore kan ondergebracht worden in een risicocategorie, variërend van 'laag' via 'laag-gemiddeld' en 'gemiddeld-hoog' tot 'hoog'.

De Stable-2007 bevat 12 'stabiel-dynamische' items, bijvoorbeeld item 3: *emotionele identificatie met kinderen*. Items worden gescoord met behulp van antwoordcategorieën. Er is een extra item voor plegers met slachtoffers onder de 14 jaar. De totaalscore kan toebedeeld worden aan de risicocategorieën 'laag', 'matig' of 'hoog'.

De Acute-2007 bevat 7 acut-dynamische risicofactoren, bijvoorbeeld item 3: *seksuele preoccupatie*. Items worden eveneens gescoord op basis van antwoordcategorieën. De totaalscore kan variëren van ‘laag’ via ‘matig’ tot ‘hoog’.

Basistraining

Omdat kindermisbruikers veelal kampen met een beperkt repertoire aan sociale vaardigheden in intieme relaties en (heteroseksuele) verkrachters nogal eens vijandige attitudes jegens vrouwen hebben (Mann, Hanson, & Thornton, 2010), begint het programma met een groepsbehandeling in de vorm van een aparte *basistraining* voor elk van de twee subgroepen (tabel 1). Voor de verkrachters bestaat de basistraining uit *Held zonder geweld 1* (Hornsveld, 2004) met de modules *Woedebeheersing*, *Sociale vaardigheden* en *Moreel redeneren*, aangevuld met de modules *Prosociaal denken* en *Consequenties van gedrag op korte en op lange termijn* van *Held zonder geweld 2* (Hornsveld & de Vries, 2009). De basistraining voor de kindermisbruikers is een variant op *Held zonder geweld 1*, waarbij ook andere emoties dan woede aan de orde kunnen komen, bijvoorbeeld angst of somberheid. Het onderdeel *Sociale vaardigheden* omvat bij deze subgroep 15 bijeenkomsten, zodat desgewenst alle vaardigheden geoefend kunnen worden die van belang zijn voor het aanknopen en onderhouden van intieme relaties met volwassenen. Voor een nadere beschrijving van de inhoud van deze modules, zie: Hornsveld, Soe-Agnie, Donker en van der Wal (2008).

Specifieke training

Na de basistraining volgen de kindermisbruikers en verkrachters samen de *specifieke training* met drie modules, te weten: (a) *psycho-educatie*, (b) *cognitieve vervormingen* en (c) *prosociale vaardigheden*, aangeboden in groepsverband.

(a) *Psycho-educatie* (Hornsveld, Kanters, van der Wal, & Zwets, 2016c). Deze module heeft als doel de kennis en beleving van de deelnemers over verschillende aspecten van seksualiteit en relaties te verbeteren, en hen te informeren over bijbehorende Nederlandse waarden en normen. Tijdens de ongeveer veertien groepsbijeenkomsten komen onderwerpen aan de orde als genderrollen, geslachtsorganen, seksuele opwindingssoorten, voorbehoedsmiddelen, seksuele diversiteit, seksuele deviatie, pornografie en seksueel geweld. Eerst wordt informatie over deze onderwerpen verstrekt, waarna er door de deelnemers over wordt gediscussieerd. Behandelaars corrigeren de deelnemers als die een mening verkondigen die feitelijk onjuist is of in strijd met de Nederlandse wetgeving. Ten slotte krijgen de deelnemers huiswerk mee in de vorm van vragen die ze schriftelijk moeten beantwoorden. Bij dit

TABEL 1 *Behandelprogramma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden (met tussen haakjes het aantal bijeenkomsten)*

Assessment	▶ HKT-R ▶ SVR-20 ▶ PCL-R ▶ HCR-20^{V3}? ▶ SSA (Static-99R, Stable-2007 en Acute-2007)? ▶ Vragenlijsten voor woede, vijandigheid, agressie en sociale vaardigheden ▶ Observatieschaal voor agressie en pro sociaal gedrag ▶ Opstellen van holistische theorie, functionele analyses, behandel doelen	
Subgroepen	Kindermisbruikers	Verkrachters
Basistraining (<i>Held zonder geweld 1 en 2</i>)	Emotiehanterings-training: ▶ Emotiehantering (5) ▶ Sociale vaardigheden (15) ▶ Moreel redeneren (5)	Aggression replacement training: ▶ Woedehantering (5) ▶ Sociale vaardigheden (5) ▶ Moreel redeneren (5) ▶ Pro sociaal denken (5) ▶ Korte- en langetermijn-gevolgen van gedrag (5)
Groep	Kindermisbruikers en verkrachters	
Specifieke training (<i>Held zonder geweld 3, 4 en 5</i>)	▶ Psycho-educatie (14) ▶ Cognitieve vervormingen (20) Pro sociale vaardigheden: ▶ Formuleren van behandel doelen ten aanzien van pro sociaal gedrag (3) ▶ Pro sociaal netwerk (5) ▶ Intiem omgaan met vrouwen of mannen (5) ▶ Werk en vrije tijd (5)	
Afsluitende training (<i>Held zonder geweld 4</i>)	▶ Hanteren van risicosituaties (minimaal 6) ▶ Evaluatie en behandelverslag (2)	
Risico(taxatie) en behandel-evaluatie	▶ HKT-R ▶ SVR-20 ▶ PCL-R ▶ HCR-20^{V3}? ▶ SSA (Static-99R, Stable-2007 en Acute-2007)? ▶ SAPROF ▶ Vragenlijsten voor woede, vijandigheid, agressie en sociale vaardigheden ▶ Observatieschaal voor agressie en pro sociaal gedrag	
Poliklinisch programma	Accent op zelfregulerende vaardigheden	

onderdeel krijgen de deelnemers een publicatie met informatie over seksualiteit uitgereikt (de Vries & Hornsveld, 2010).

(b) *Cognitieve vervormingen* (Hornsveld & Kanters, 2016a). Doel van dit onderdeel is deelnemers te leren antisociale cognities om te zetten in pro-sociale. De ongeveer twintig bijeenkomsten zijn gewijd aan de bij seksueel geweldplegers meest voorkomende cognitieve vervormingen: vier vervormingen hebben betrekking op verkrachters (bijvoorbeeld: 'Vrouwen zijn seksuele objecten'; Ward & Keenan, 1999) en vier op kindermisbruikers (bijvoorbeeld: 'Kinderen zijn seksuele wezens'; Polaschek & Ward, 2002). Elke bijeenkomst begint met een casus over een kindermisbruiker of een verkrachter, waarna de deelnemers met elkaar discussiëren aan de hand van vragen uit het werkboek. Indien een deelnemer een mening verkondigt waaraan een cognitieve vervorming ten grondslag ligt, wordt hem eerst gevraagd die cognitieve vervorming te expliciteren. Vervolgens wordt de mening van de deelnemers gevraagd en geven de behandelaars hun commentaar. Daarna wordt de deelnemer gevraagd zijn vervormde cognitie om te zetten in een pro-sociale cognitie. Aan het eind van de bijeenkomst krijgen de deelnemers een huiswerkopdracht mee om zelf een cognitieve vervorming om te zetten in een pro-sociale cognitie.

(c) *Prosociale vaardigheden* (Hornsveld & Kanters, 2016b). Deze module is erop gericht deelnemers vaardigheden te leren die toegepast kunnen/moeten worden na terugkeer in de maatschappij. Tijdens dit onderdeel met minimaal 26 bijeenkomsten komen de volgende aandachtsgebieden aan de orde: het opbouwen van een kennissenkring, de (intieme) omgang met vrouwen of mannen, en het vinden (en houden) van werk of een zinvolle dagbesteding. Deelnemers oefenen pro-sociaal gedrag door middel van rollenspelen, waarbij gebruik wordt gemaakt van videoapparatuur en bij heteroseksuele deelnemers van een actrice. De video-opnamen zorgen ervoor dat deelnemers zelf hun gedrag kunnen bekijken en de actrice verhoogt het realiteitsgehalte van de oefensituaties. Tijdens de rollenspelen wordt eerst een van de deelnemers gevraagd te laten zien hoe hij zich in een bepaalde situatie zou gedragen. Daarna geven achtereenvolgens de andere deelnemers, de actrice en de behandelaars feedback en kijkt de oefenende deelnemer naar de video-opname. Ten slotte oefent de deelnemer enkele malen met nieuw gedrag dat hij zich eigen wil maken, totdat naar de mening van de aanwezigen een goed resultaat is bereikt. Soms wordt een van de andere deelnemers gevraagd om te laten zien hoe hij zich in de situatie zou gedragen. Behandelaars bepalen vooraf welke deelnemer het beste een bepaalde situatie kan oefenen. Daarbij wordt ervoor gezorgd dat bij elke module alle deelnemers ongeveer evenveel aan bod komen om te oefenen. Als huiswerkopdracht oefenen de deelnemers de geleerde vaardigheden in de instelling (voor zover mogelijk) en beantwoorden ze een aantal vragen over een situatie waarmee ze in de toekomst te maken kunnen krijgen.

AANSLUITING VAN DE GROEPSBEHANDELINGEN OP DE
KERNPROBLEMATIEK

.....

Vignet 1: Kindermisbruiker. Tijdens het onderdeel *psycho-educatie* wordt benadrukt dat in Nederland seksueel contact met minderjarigen verboden is en dat pedofilie als seksuele interesse maatschappelijk niet geaccepteerd wordt. Gedurende het onderdeel *cognitieve vervormingen* komen Koens initiërende en rechtvaardigende cognities van seksueel contact met minderjarige meisjes aan bod, namelijk: 'Ik heb ook recht op seks', 'Ik doe het zo dat het haar geen pijn doet' en 'Ik hoef niet in haar klaar te komen.' Koen krijgt als huiswerk mee situaties te memoriseren waarin hij deze gedachten heeft gehad en vervolgens op te schrijven wat hij beter had kunnen denken om geen seksueel misbruik te plegen. Bij de bespreking van het huiswerk valt op hoezeer hij geneigd is zijn pedoseksuele gedrag te bagatelliseren.

Tijdens het onderdeel *prosociale vaardigheden* wordt Koen in rollenspelen onder andere geleerd een sollicitatiegesprek voor vrijwilligerswerk te voeren. Aanvankelijk valt hij met de deur in huis, als hem tijdens het rollenspel gevraagd wordt naar zijn vele jaren van werkeloosheid: 'Ja, ik heb in de tbs gezeten vanwege een zedendelict.' Koen wordt uitgelegd dat hij niet verbaasd moet zijn als hij na een dergelijke verklaring direct wordt afgewezen. Daarom wordt hem geleerd alle informatie over zijn delict op een stapsgewijze manier te verstrekken, namelijk eerst dat hij in de gevangenis heeft gezeten, dan dat het niet om een gevangenis ging maar om een tbs-kliniek, vervolgens dat hij daar een behandeling heeft ondergaan en ten slotte dat het delict waarvoor hij de behandeling moest volgen een zedendelict was.

Vignet 2: Verkrachter. Jay doet tijdens het onderdeel *psycho-educatie* regelmatig seksistische uitspraken. Hij denkt dat vrouwen het soms prettig vinden als ze door een man tot seksueel contact gedwongen worden. Hem wordt daarom herhaalde malen uitgelegd dat in Nederland vrouwen als gelijkwaardig aan mannen worden gezien en dat seksueel overschrijdend gedrag ten opzichte van vrouwen nooit is toegestaan. Opmerkelijk is dat Jay zijn voormalige partners in de eerste plaats ziet als de moeders van zijn kinderen en niet als vroegere vrouwen of vriendinnen.

Tijdens het onderdeel *cognitieve vervormingen* blijkt dat zijn vrouwonvriendelijke gedrag voor een deel te maken heeft met cognities als: 'Ik heb recht op seks', 'Het gedrag van vrouwen is onvoorspelbaar' en 'In deze wereld is het ieder voor zich.' Jay moet als huiswerk situaties uitwerken waarin hij zich vroeger laatdunkend uitliet over vrouwen of waarin hij zich agressief jegens vrouwen gedroeg, om vervolgens te beschrijven hoe hij zich prosociaal had kunnen opstellen.

Gedurende het onderdeel *prosociale vaardigheden* blijkt dat Jay over meer dan voldoende prosociale vaardigheden beschikt, maar dat hij geneigd is om die vaardigheden soms op verkeerde momenten, in verkeerde situaties en met verkeerde motieven in te zetten. Hij laat zien met vrouwen aanvankelijk goed om te kunnen gaan, maar als hij de relatie wil intensiveren, wordt hij opdringerig. Jay wordt daarom geleerd om naar de consequenties van zijn gedrag te kijken op korte en op lange termijn. Op korte termijn mag hij dan na aandringen wellicht een afspraakje heb-

ben, maar op de lange termijn roept zijn opdringerige gedrag toch weerstand op. Jay wordt dan ook geleerd om beter op de signalen van een vrouw te letten, zodat hij beter kan inschatten of ze wel of niet in hem geïnteresseerd is. Overigens moet Jay ook het verslavingsprogramma volgen omdat hij tijdens het delict onder invloed was van drugs.

Afsluitende training

De laatste zes bijeenkomsten worden besteed aan het *hanteren van de risicosituaties* zoals die bij de assessment en tijdens het volgen van het programma naar voren zijn gekomen. Tijdens deze bijeenkomsten moeten de deelnemers kunnen laten zien dat ze een beter inzicht hebben gekregen in hun probleemgedragingen en dat ze dit inzicht in rollenspelen kunnen vertalen in nieuw gedrag. Ze moeten dan duidelijk maken dat ze in staat zijn om allerlei verschillende risicosituaties adequaat op te lossen. Als blijkt dat de deelnemers na afloop van de zes geplande bijeenkomsten op dit gebied naar de indruk van de behandelaars nog onvoldoende vorderingen hebben gemaakt, kan het aantal bijeenkomsten worden uitgebreid of kan besloten worden dat een deelnemer het programma opnieuw moet volgen. Dit laatste kan vooral het geval zijn bij deelnemers die relatief hoog scoren op seksuele deviatie en psychopathie (Harkins, Beech, & Thornton, 2012; Hawes, Boccacini, & Murrie, 2013).

Aan het eind van het programma worden enkele bijeenkomsten gewijd aan de *behandelevaluatie*. Daartoe worden dezelfde instrumenten afgenomen als aan het begin van het programma en wordt de kans op recidive getaxeerd met behulp van de Static-99R (Harris et al., 2003) voor de statische factoren en de Acute-2007 (Hanson & Harris, 2012) voor de acute dynamische risicofactoren.

Op grond van de resultaten op de meetinstrumenten en op basis van klinische indrukken wordt vervolgens voor elke deelnemer een *behandelverslag* gemaakt. In dit verslag wordt beschreven op welke manier een deelnemer het programma heeft gevolgd, welke resultaten dat op de meetinstrumenten heeft opgeleverd en welke klinische indrukken de behandelaars hebben van de vorderingen die de deelnemer heeft gemaakt. Mocht het recidiverisico van een deelnemer aan het eind van het programma nog onverminderd hoog zijn, dan wordt geadviseerd een aanvullende behandeling te bieden of wordt verblijf in een longstayinstelling in overweging gegeven. Alvorens het verslag naar de behandelverantwoordelijke te sturen, wordt het met betrokkene besproken.

Aanvullende interventies op indicatie

Deelnemers volgen bij voorkeur de onderdelen van het programma zoals hierboven beschreven. Soms kan het nodig zijn om met een deelnemer apart

een individueel gesprek te voeren, bijvoorbeeld omdat hij dreigt af te haken of omdat nadere exploratie van een bepaald probleemgedrag actueel is geworden. Deelname aan de groepsbehandelingen kan samengaan met een op andere doelen gerichte behandeling, individueel of in groepsverband, zoals trauma, depressie, en afhankelijkheid of misbruik van middelen.

RANDVOORWAARDEN

.....

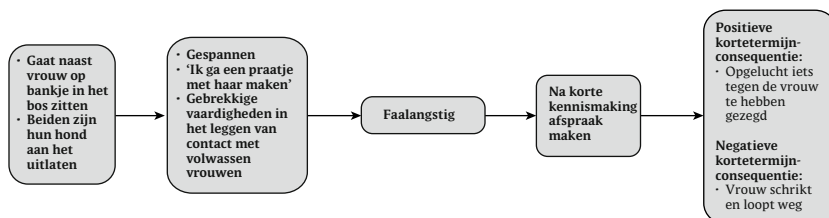
Behandelaars

.....

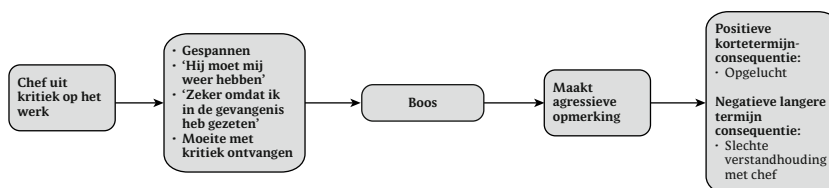
Naar onze mening geldt ook voor dit programma dat de resultaten van een behandeling voor een belangrijk deel bepaald worden door de kennis en ervaring van de behandelaars. Bij groepsbehandelingen is het van belang dat de behandelaars greep kunnen houden op het groepsproces, om te voorkomen dat de deelnemers van elkaar effectieve strategieën leren om seksueel aan hun trekken te komen (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter, & de Vogel, 2002). Zo dienen cognitief-gedragstherapeutische programma's voor terbeschikkinggestelden te worden uitgevoerd door gekwalificeerde behandelaars met groepservaring, bij voorkeur een vrouw en een man. De vrouwelijke behandelaar kan aan de meestal heteroseksuele deelnemers feedback geven over de interactie met vrouwen, terwijl de mannelijke behandelaar kan fungeren als model. Beiden kunnen ze deelnemers feedback geven over omgang met de andere sekse. Van de behandelaars is er wat ons betreft minstens één een ervaren gezondheidszorgpsycholoog die lid is van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Behandelaars moeten namelijk in staat zijn om snel functionele analyses te maken (De Raedt & Schacht, 2003; Haynes & O'Brien, 2000; Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007), wanneer het door de deelnemers vertoonde gedrag nog niet adequaat is en het rollenspel aangepast moet worden.

Een voorbeeld van een functionele analyse tijdens het rollenspel van een kindermisbruiker wordt weergegeven in figuur 5. Deze analyse laat zien hoezeer de deelnemer moeite heeft met het maken van een praatje met een volwassen vrouw en geneigd is veel te hard van stapel te lopen. Hij moet daarom in de rollenspelen de verschillende stappen in het leggen van contact oefenen, alvorens hij met haar een afspraak zou kunnen maken.

Figuur 6 geeft een functionele analyse tijdens het rollenspel door een verkrachter weer. Deze analyse toont het inadequaat reageren van de deelnemer op kritiek van een chef. Daarom wordt hem in rollenspelen geleerd hoe kritiek te ontvangen wanneer die naar zijn mening terecht is, en hoe te reageren als hij het met de kritiek niet eens is.



FIGUUR 5 Functionele analyse van een kindermisbruiker tijdens rollenspel



FIGUUR 6 Functionele analyse van een verkrachter tijdens het rollenspel

Gekwalificeerde groepsleiders op de afdeling kunnen het effect van het programma vergroten door nieuw en gewenst gedrag te bekrachtigen en ongewenst gedrag te negeren of eventueel te bestraffen, bijvoorbeeld door de patiënt in zijn cel op te sluiten. Maar om adequaat op het gedrag van de patiënten te kunnen reageren, moeten zulke groepsleiders op de hoogte zijn van de doelstellingen en werkwijze van het programma, en van elke patiënt weten welk onderdeel van het programma op een bepaald moment aan de orde is. De patiënten kunnen groepsleiders tijdens *patient-staff meetings* informeren over hun deelname aan het programma. Daarnaast bespreken behandelaars en groepsleiders regelmatig hun gezamenlijk behandelbeleid.

Uitvoering

Voor de uitvoering van de groepsbijeenkomsten is voor de behandelaars een draaiboek opgesteld en voor de deelnemers een werkboek voor het maken van de praktijkopdrachten. Naast de bijeenkomsten voor de groepsbehandeling zijn er aparte wekelijkse huiswerkbijeenkomsten voor het maken van de huiswerkopdrachten. Volgens Mann (2009) zorgt een goede handleiding voor een gestructureerd programma, zonder dat de relatie tussen behandelaars en deelnemers eronder lijdt. Daarnaast zijn handleidingen van belang voor effectstudies, omdat ze replicatie mogelijk maken.

Behandelintegriteit

437

Ter wille van de behandelintegriteit (Hollin, 1995) is het naar onze mening van belang dat behandelaars worden ondersteund en gesuperviseerd door een programmaleider, die een ervaren klinisch psycholoog en lid van de VGCT is. Het management van de instelling dient ervoor te zorgen dat het programma onderdeel is van het behandelbeleid, zodat in principe alle seksueel geweldplegers van de instelling het programma volgen. De programmaleider zorgt voor regelmatige rapportage aan het management over de ervaringen met het programma en is tevens verantwoordelijk voor het beheer van de gegevens die verzameld worden met de meetinstrumenten.

EERSTE KLINISCHE ERVARINGEN

De eerste ervaringen van de eerste, de tweede en de vijfde auteur met het programma leerden het volgende:

Psycho-educatie

Tijdens dit onderdeel blijkt dat de patiënten over het algemeen weinig weten van seksualiteit en relaties. De meesten zijn opgegroeid in een milieu met een visie op seksualiteit waarin volgens huidige Nederlandse normen vrouwen en homoseksuelen worden gediscrimineerd. Veel patiënten vinden ook dat seksueel geweld in bepaalde situaties is toegestaan. Sommigen zijn in het verleden seksueel misbruikt. Kindermisbruikers reageren vaak sociaal wenselijk, maar zijn soms van mening dat seksueel contact met een minderjarige is toegestaan als die daarmee zegt in te stemmen. Verkrachters ventileren nogal eens seksistische opvattingen over seksuele diversiteit en de omgang met vrouwen. Behandelaars moeten daarom regelmatig benadrukken dat seksuele contacten met kinderen en geweld tegen vrouwen in Nederland verboden zijn. Vooral jonge vrouwelijke behandelaars blijken soms moeite te hebben met het bespreken van bepaalde onderwerpen, zoals zelfbevrediging, homoseksualiteit en pornografie, met patiënten die vaak jarenlang geen relatie en/of geen seksueel contact hebben gehad.

Cognitieve vervormingen

Bij dit onderdeel is het van belang dat behandelaars ervoor zorgen dat de verkrachters de kindermisbruikers niet diskwalificeren als abjecte individuen en daardoor zelf buiten schot blijven. Opmerkelijk is dat kindermisbruikers de vragen van de praktijkopdrachten vaak schriftelijk erg uitgebreid beantwoorden. Kindermisbruikers willen vaak duidelijk maken dat zij niet pedofiel zijn (zie casus *kindermisbruiker*). De groepsbijeenkomsten blijken over

het algemeen voor de patiënten inspannend te zijn, en zeker als de moeheid toeslaat en de zelfcontrole afneemt is er kans op onbezonnen uitspraken. Dan kunnen verkrachters seksistische opmerkingen maken (zie casus *verkrachter*) en blijkt bij kindermisbruikers sprake van een duidelijk deviante seksuele interesse. Als patiënten op een niet constructieve wijze geconfronteerd worden met hun cognitieve vervormingen, kan gemakkelijk een onaangename sfeer in de groep ontstaan. Behandelaars dienen daarbij zodanig te werk te gaan dat een open en veilige therapeutische relatie gewaarborgd blijft. Een te hoog spanningsniveau bij de patiënten belemmert namelijk de aanpak van de cognitieve vervormingen. Deelnemers met een hoge score op psychopathie en seksuele deviatie die herhaaldelijk het groepsklimaat verstoren moeten soms van verdere deelname aan het programma worden uitgesloten.

Prosociale vaardigheden

Bij dit onderdeel zien we verschillen in vaardigheden tussen kindermisbruikers en verkrachters. De verkrachters blijken vaak over een behoorlijk repertoire aan sociale vaardigheden te beschikken en leren over het algemeen snel inadequaal en/of antisociaal gedrag te vervangen door sociaal gedrag. Wel opvallend zijn hun veelal vijandige attitudes jegens vrouwen. Behandelaars moeten er dan ook voor zorgen dat mogelijke vijandige attitudes nadrukkelijk aan de orde komen bij het voorbereiden van de rollenspelen. Verkrachters handelen vaak impulsief (bijvoorbeeld omdat zij onder invloed van middelen zijn) en staan niet stil bij de mogelijke negatieve consequenties van hun gedrag, zowel voor het slachtoffer als voor henzelf. De kindermisbruikers gedragen zich echter naar onze ervaring eerder onbeholpen en hebben aanvankelijk veel moeite om hun sociaal inadequaal gedrag te veranderen. Na enkele bijeenkomsten zijn ze gewend aan de rollenspelen en kunnen ze vooral door het afspelen van de video gebruikmaken van de feedback die ze krijgen van de behandelaars en van de andere deelnemers.

Hanteren van risicosituaties en behandelbeoordeling

Tijdens de afsluitende training, waarin gekeken wordt naar de wijze waarop deelnemers zich gedragen in risicosituaties, krijgen de meeste deelnemers te horen dat ze na hun opname een langdurig ambulant nazorgprogramma moeten volgen, waarin vooral zelfregulatievaardigheden aan bod komen. Vooral sommige kindermisbruikers laten zien dat ze opvallend weinig van het klinische programma geleerd hebben en lijken zich nauwelijks te realiseren hoe weinig rooskleurig hun toekomst eruit ziet. Als ze terugkeren in de maatschappij, wordt van hen verwacht dat ze hun seksuele verlangens onder controle houden, terwijl ze zich staande moeten houden in een vijandige omgeving. Enkelingen blijken zo te volharden in het rechtvaardigen van seksu-

ele contacten met minderjarigen dat een verblijf in een longstayinstelling vrijwel onvermijdelijk lijkt.

DISCUSSIE

.....

Het in dit artikel beschreven cognitief-gedragstherapeutisch programma komt tegemoet aan de eerdergenoemde criteria voor een effectief programma (Hornsveld et al., 2015). Hoewel het gebaseerd is op de meest recente literatuur en op klinische ervaring, is het nog niet empirisch op effectiviteit onderzocht en behoeft het in de toekomst zeker verdere aanpassing(en). Zo komen verschillende psychologische risicofactoren in het programma niet aan bod, zoals een emotionele congruentie (verwantschap) met kinderen (McPhail, Hermann, & Nunes, 2013) en een deviante seksuele interesse, een van de krachtigste delictgerelateerde psychologische factoren (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Kindermisbruikers beweren nogal eens dat ze zich niet seksueel tot kinderen aangetrokken voelen, of voorzien dat hun interesse ooit maatschappelijk geaccepteerd zal worden, analoog aan de emancipatie van homoseksuelen. Daarnaast zal naar onze mening meer aandacht gegeven moeten worden aan de integratie van enerzijds cognitief-gedragstherapeutische programma's en anderzijds farmacologische behandelingen van seksueel geweldplegers (Marshall & Marshall, 2014), ondanks het gebrek aan empirische ondersteuning van medicamenteuze interventies (Dennis et al, 2012; Schmucker & Losel, 2015). Volgens meerdere professionals die werkzaam zijn in het veld is farmacotherapie geïndiceerd voor hyperseksuele en/of pedoseksuele seksueel geweldplegers die grote moeite hebben om hun deviante seksuele impulsen onder controle te houden (Assumpção, Garcia, Garcia, Bradford, & Thibaut, 2014; Thibaut et al., 2010). Dergelijke daders recidiveren vaak als ze ook nog een hoge score op psychopathie hebben (Hawes et al., 2013; Hildebrand, de Ruiter, & de Vogel, 2004).

In de afgelopen twintig jaar lijken de opvattingen over effectieve programma's voor seksueel geweldplegers sterk veranderd: van een focus op historische factoren via de reductie van recidivegerelateerd deviant gedrag naar een versterking van prosociale vaardigheden. Programmaonderdelen die ooit gebruikelijk waren, zoals het bevorderen van slachtofferempathie en het opstellen van een terugvalpreventieplan, worden thans minder belangrijk gevonden vanwege een zwakke of ontbrekende relatie met recidiverisico (Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Mann et al., 2010). Marshall et al. (2011) meenden dat mogelijk niet alle cognitieve vervormingen delictgerelateerd zijn, maar dat deze cognities toch onderwerp van behandeling moeten zijn, omdat ze kunnen interfereren met het aanleren van prosociaal gedrag. Op dit moment worden het motiveren van seksueel geweldplegers tot gedragsverandering, het uiten van gevoelens als schaamte en minderwaardigheid, en het oefenen van nieuw gedrag met

behulp van rollenspelen door sommige behandelaars als doelmatige en effectieve interventies beschouwd (Fernandez, Shingler, & Marshall, 2006; Marshall & Marshall, 2014).

Het is van belang dat behandelaars zich steeds realiseren dat seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden patiënten zijn die een effectieve behandeling behoeven en geen bestraffende commentaren (Abracen & Looman, 2016; Prescott & Levenson, 2010; Ward, 2010). Marshall et al. (2005) stelden dat een agressieve, confronterende benadering moet worden vermeden en dat een meer empathische, respectvolle maar ook kritische stijl moet worden gehanteerd. Onze ervaringen zijn dat bij deze groep patiënten vooral constructieve confrontaties soms nodig zijn. Vooral kindermisbruikers spelen behandelaars nogal eens tegen elkaar uit om te bereiken dat zij niet als pedoseksueel worden gezien.

Een groot probleem bij de behandeling van seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden is dat de patiënten moeilijk met de geleerde vaardigheden in een realistische omgeving kunnen oefenen. Behandelaars kunnen daarom niet goed beoordelen of de patiënten de geleerde vaardigheden ook buiten de gesloten instelling zullen/kunnen toepassen. Een nieuwe techniek die daarvoor mogelijk uitkomst biedt is *virtual reality*, waarmee personen met behulp van een speciale stereoscopische bril bepaalde kunstmatige, door een computer gecreëerde situaties als realistisch kunnen ervaren. Zo wordt *virtual reality exposure therapy* (VRET) al regelmatig toegepast bij de behandeling van angststoornissen. Uit een meta-analyse van Powers en Emmelkamp (2008) bleek dat VRET even effectief is als oefenen in vivo. Bij de behandeling van sociale angst bleek VRET zelfs effectiever dan in vivo exposure (Kampmann et al., 2016). Een kindermisbruiker bijvoorbeeld kan met behulp van VRET laten zien hoe hij zich gedraagt wanneer hij onverwacht voor een kinderspeelplaats komt te staan, of een verkrachter kan tonen dat hij zijn verlies weet te nemen wanneer in een café een vrouw na enkele flirts toch weigert met hem mee te gaan. Uitbreiding van de programma's met dergelijke virtuele oefeningen zijn mogelijk een veelbelovende aanwinst voor de residentiële behandeling van seksueel geweldplegers.

Voor het in dit artikel beschreven cognitief-gedragstherapeutisch programma zijn handleidingen voor behandelaars en werkboeken voor patiënten ontwikkeld die gratis gedownload kunnen worden via www.agressiehanteringstherapie.nl. Aan het programma zal nog een ambulant onderdeel moeten worden toegevoegd waarin het accent meer op zelfregulatievaardigheden komt te liggen, met als doel om zichzelf te leren in nieuwe situaties adequaat gedrag te vertonen. Of het geheel tot een klinisch relevante afname van het recidiverisico leidt, zal verder onderzoek moeten aantonen.

Ruud Hornsveld is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam.

Thijs Kanters is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, 's-Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam.

Luk Gijs is verbonden aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, Kapucijnenvoer 7 blog g, bus 7001, 3000 Leuven, België.

Floor Kraaimaat is verbonden aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, p/a Helfrichstraat 45, 6562 WX Groesbeek.

Leone van der Wal is verbonden aan het Forensisch Psychiatrisch Centrum de Kijvelanden, Kijvelandsekade 1, 3172 AB Poortugaal.

Hjalmar van Marle is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, 's-Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam.

Correspondentieadres: Ruud H.J. Hornsveld, Lange Dreef 52, 2285 LA Rijswijk. E-mail: Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl

Summary Detailed descriptions of Dutch cognitive-behavioral group programs for sexually violent inpatients are scarce. In this article, a group program for sexually violent offenders who stay in forensic psychiatric institutions is described. Based on the literature on dynamic risk factors and the effect of treatment programs for sexual abusers, a cognitive-behavioral group program for sexually violent inpatients was developed during the past few years. Initial experience with the program resulted in recommendations for further development and evaluation of the program. With the cognitive-behavioral program as described in this article, we hope to give an impetus to the protocolled treatment of sexually violent inpatients.

Keywords: *forensic psychiatric inpatients, sexual violence, cognitive-behavioral group program*

Literatuur

- Abracen, J., & Looman, J. (2016). *Treatment of high-risk sexual offenders: An integrated approach*. London: Wiley Blackwell.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New York: Routledge.
- Assumpção, A. A., Garcia, F. D., Garcia, H. D., Bradford, J. M. W., & Thibaut, F. (2014). Pharmacologic treatment of paraphilias. *Psychiatric Clinics of North America*, 37, 173-181.
- Boer, D. P., Wilson, R. J., Gauthier, C. M., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 326-342). New York: Guilford.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, CA: Public Safety Canada. http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-eng.aspx
- Canton, W., Cosyns, P., & van Kordelaar, W. (2015). Onderzoek en rapportage

- pro justitia. In W. Canton, D. van Beek, L. Claes, L. Gijs, I. Jeandarme, & E. Klein Haneveld (Red.), *Handboek psychopathie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (pp. 181-198). Utrecht: De Tijdstroom.
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Hubbard, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (Review). *The Cochrane Library*, 12. Chichester, UK: Wiley.
- De Raedt, R., & Schacht, R. (2003). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie*, 36, 197-222.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2007). *Handleiding bij de SAPROF: Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk, versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., Bouman, Y. H. A., Chakhssi, F., & de Ruiter, C. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20V3. *Gedragstherapie*, 46, 107-118.
- de Vries, E. T. & Hornsvelt, R. H. J. (2010). *Informatie over seksualiteit*. Rijswijk: Challenger Press. www.agressiehanteringstherapie.nl
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K., & Bogaerts, S. (2015). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27, 51-70.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk for violence: User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 97-104.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag: Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2012). *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Fernandez, Y. M., Shingler, J., & Marshall, W. L. (2006). Putting 'behavior' back into cognitive-behavioral treatment of sexual offenders. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall, & G. A. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (pp. 211-224). Chichester, UK: Wiley.
- Gijs, L. (2015). Psychopathie als risicofactor voor het plegen van seksueel geweld. In W. Canton, D. van Beek, L. Claes, L. Gijs, I. Jeandarme, & E. Klein Haneveld (Red.), *Handboek psychopathie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (pp. 289-314). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of*

- Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2012). *Acute-2007 Coding Manual*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1153-1163.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd edition*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Harkins, L., & Beech, A. R. (2008). Examining the impact of mixing child molesters and rapists in group-based cognitive-behavioral treatment for sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 31-45.
- Harkins, L., Beech, A. R., & Thornton, D. (2012). The influence of risk and psychopathy on the therapeutic climate in sex offender treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25, 103-122.
- Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *STATIC-99 Coding Rules Revised-2003*. Ottawa, Canada: Solicitor General Canada.
- Hawes, S. W., Boccaccini, M. T., & Murrie, D. C. (2013). Psychopathy and the combination of psychopathy and sexual deviance as predictors of sexual recidivism: Meta-analytic findings using the Psychopathy Checklist-Revised. *Psychological Assessment*, 25, 233-243.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Plenum.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D. (2001). *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.
- Hollin, C. R. (1995). The meaning and implications of 'programme integrity'. In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending-guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Hornsveld, R. H. J. (2004). *Held zonder geweld 1: Behandeling van agressief gedrag*. Rijswijk: Challenger Press. www.agressiehanteringstherapie.nl
- Hornsveld, R. H. J., & de Vries, E. T. (2009). *Held zonder geweld 2: Behandeling van agressief gedrag*. Rijswijk: Challenger Press. www.agressiehanteringstherapie.nl
- Hornsveld, R. H. J., & Kanters, T. (2016a). *Held zonder geweld 3: Cognitieve vervormingen, derde editie (draai- en werkboek)*. Rijswijk: Challenger Press. www.agressiehanteringstherapie.nl
- Hornsveld, R. H. J., & Kanters, T. (2016b). *Held zonder geweld 4: Prosociale vaardigheden en Hanteren van risicosituaties (draai- en werkboek)*. Rijswijk: Challenger Press. www.agressiehanteringstherapie.nl
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Gijs, L., Kraaimaat, F. W., van der Wal, L., & van Marle, H. J. C. (2015). Waaraan moet een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikking-gestelden voldoen? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 39, 85-95.
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., van der Wal, L., & Zwets, A. J. (2016c). *Held*

- zonder geweld 5: Psycho-educatie. Rijswijk: Challenger Press. In voorbereiding.
- Hornsveld, R., Soe-Agnie, S., Donker, J., & van der Wal, L. (2008). De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadig forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 703-711.
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., Hartanto, D., Brinkman, W. P., Zijlstra, B. J. H., & Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 147-156.
- Klein, V., Rettenberger, M., Yoon, D., Köhler, N., & Briken, P. (2014). Protective factors and recidivism in accused juveniles who sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. doi:10.1177/1079063214554958
- Koch, M., van den Berg, J. W., & Smid, W. J. (2014). *Acute-2007 Scorehandling*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Kraanen, F. L., & Emmelkamp, P. M. G. (2011). Substance misuse and substance use disorders in sex offenders: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 478-489.
- Lammers, S., Keulen-de Vos, M., de Groot, A., & Uzieblo, K. (2015). Diagnostiek van psychopathie. In W. Canton, D. van Beek, L. Claes, L. Gijs, I. Jeandarme, & E. Klein Haneveld (Red.), *Handboek psychopathie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (pp. 159-180). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Mann, R. E. (2009). Sex offender treatment: The case for manualization. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 121-131.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive-behavioral treatment of sexual offenders*. Chichester: Wiley.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014). The future of sexual offender treatment programs. In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, & F. Pfäfflin (Eds.), *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders* (pp. 707-740). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., & Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Aggression*, 17, 118-129.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders. A strength based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McGrath, R. J., Cumming, G., & Burchard, B. L. (2003). *Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society 2002 nationwide survey*. Brandon: The Safer Society Press.
- McPhail, I. V., Hermann, C. A., & Nunes, K. L. (2013). Emotional congruence with children and sexual offending against children: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 737-749.
- Phenix, A., & Hoberman, H. M. (Eds.). (2016). *Sexual offending. Predisposing antecedents, assessments and management*. New York: Springer.
- Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S., & Buell, M. M.

- (1988). Relapse prevention of sexual aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 244-260.
- Polaschek, D. L. L., & Ward T. (2002). The implicit theories of potential rapists: What our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 385-406.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Prentky, R. A., Barbaree, H. A., & Janus, E. S. (2015). *Sexual predators: Society, risk, and the law*. London: Routledge.
- Prescott, D. S., & Levenson, J. S. (2010). Sex offender treatment is not punishment. *Journal of Sexual Aggression: An international, interdisciplinary forum for research, theory and practice*, 16, 275-285.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality studies. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-630.
- Serran, G. A., Marshall, W. L., Marshall, L. E., & O'Brien, M. D. (2013). Group or individual therapy in the treatment of sexual offenders. In L. A. Craig, L. Dixon, & T. A. Gannon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (pp. 452-467). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Smid, W. J., Koch, M., & van den Berg, J. W. (2013). *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Spreen, M., Brand, E., ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *De Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie (HKT-R): Handleiding en methodologische verantwoording*. Groningen: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag.
- Stinson, J. D., & Becker, J. V. (2013). *Treating sex offenders: An evidence-based manual*. New York: Guilford.
- Sturmey, P., & McMurrin, M. (2011). *Forensic case formulation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- ten Hag, B. (2012). Parafiele en niet-parafiele seksualiteit bij cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag: Overwegingen en therapeutische mogelijkheden. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 183-190.
- Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2012). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence & Abuse*, 14, 133-167.
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M. W., & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.
- Troelstra, J. A., Kossen, M., Niemantsverdriet, J., & Oei, T. I. (2012). Incapacitation: Anti-libidinal medication in the treatment of sex-offenders. In M. Malsch & M. Duker (Eds.), *Incapacitation trends and new perspectives* (pp. 133-144). Farnham: Ashgate.
- van Beek, D. J., & Mulder, J. R. (1992). The offense script: A motivational tool and treatment method for sex offenders in a Dutch forensic clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, 155-167.
- van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. (2014). *Cognitive-behavioral group therapy for social anxiety and social incompetence: A social skills perspective*. Open Access book. Maarn/Nijmegen: www.floriskraaimaat.nl/publications_anxiety
- van den Berg, J. W. (2009). Een cognitief gedragstherapeutisch groepsthera-

- pieprogramma voor plegers van seksueel geweld tegen vrouwen. In T. I. Oei & M. S. Groenhuijsen (Red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: Actualiteit, geschiedenis en toekomst*. (pp. 335-355). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- van den Berg, J. W., Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- van Gemmert, N., & van Schijndel, C. (2014). *Forensische zorg in getal, 2009-2013*. Den Haag: WODC.
- van Marle, H. J. C. (2000). Forensic services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 515-531.
- van Nieuwenhuizen, Ch., Bogaerts, S., de Ruijter, E. A. W., Bongers, I. L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd: Een gestructureerde casussenanalyse*. Den Haag: WODC.
- Veen, V. C., & de Ruiter, C. (2008). De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten. *Justitiële Verkenningen*, 31, 75-92.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Ward, T. (2010). Punishment or therapy? The ethics of sexual offending treatment. *Journal of Sexual Aggression: An international, interdisciplinary forum for research, theory and practice*, 16, 286-295.
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821-838.
- Wilson, L., Mouilso, E., Gentile, B., Calhoun, K., & Zeichner, A. (2015). How is sexual aggression related to nonsexual aggression? A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 199-213.
- Woodworth, M., Freimuth, T., Hutton, E. L., Carpenter, T., Agard, A. D., & Logan, M. (2013). High-risk sex offenders: An examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 144-156.
- Yates, P. M., Prescott, D., & Ward, T. (2010). Applying the Good Lives and Self-Regulation Models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians. Brandon: The Safer Society Press.
- Yates, P. M., & Prescott, D. S. (2011). *Building a better life: A Good Lives and Self-Regulation workbook*. Brandon: The Safer Society Press.

.....

KiddyCAT: Communication Attitude Test voor stotterende kleuters

MARTINE VANRYCKEGHEM

Samenvatting

.....

Het meten van de spraakgeassocieerde attitude van kleuters is een belangrijke aanvullende dimensie bij de observaties van de therapeut die verband houden met de niet-vloeiendheid van een kind dat stottert. De *Communication Attitude Test* voor stotterende kleuters (KiddyCAT) is een gestandaardiseerde en genormeerde zelfrapporteringsschaal die de cognitieve variabele van het stotteren nagaat. Aan de hand van twaalf eenvoudige vragen, die het kind beantwoordt met 'ja' of 'neen', wordt nagegaan hoe de kleuter denkt over zijn of haar spreken. De totaalscore, die wordt berekend via een antwoordsleutel, geeft aan of een kind een negatief denkpatroon in verband met spreken heeft ontwikkeld. De test kan worden afgenomen bij kleuters tussen de leeftijd van 3 en 6 jaar. Grensoverschrijdend onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat kinderen die stotteren significant hoger scoren op de KiddyCAT in vergelijking met niet-stotterende kleuters, en dit vanaf de leeftijd van 3 jaar. Bovendien heeft de test een goede validiteit, interne en test-hertestbetrouwbaarheid. De KiddyCAT voor België en Nederland is genormeerd op een proefgroep van kinderen uit deze twee landen. Naast zijn differentiaaldiagnostische waarde, biedt de KiddyCAT een uitgangspunt voor de cognitieve therapie component voor de stotterende kleuter.

Trefwoorden: KiddyCAT, Communication Attitude Test, kleuters, stotteren, spraak-geassocieerde attitude

De *Communication Attitude Test* voor stotterende kleuters, of *KiddyCAT* (Vanryckeghem & Brutten, 2015a), is een zelfrapporteringsschaal voor kinderen in de leeftijd tussen de 3 en 6 jaar. Door middel van eenvoudige vragen gaat deze gestandaardiseerde test na hoe jonge kinderen die stotteren denken over hun manier van spreken. Meer bepaald wordt de cognitieve variabele van het stotteren nagegaan. Eerder werd door onderzoek met de *Communication Attitude Test* (CAT), als cognitieve component van de *Behavior Assessment Battery* (Brutten & Vanryckeghem, 2003, 2007), aangetoond dat kinderen die stotteren, vanaf de leeftijd van 6 jaar, significant negatiever denken over hun spreken in vergelijking met kinderen die niet stotteren (Bernardini, Vanryckeghem, Brutten, Cocco, & Zmarich, 2009; De Nil & Brutten, 1991; Gačnik, Vanryckeghem, & Brutten, 2014; Kawai, Healey, Nagasawa, & Vanryckeghem, 2012; Vanryckeghem & Brutten, 1997).

Vanryckeghem en Brutten hebben onderzoek naar spraakgeassocieerde attitude verder doorgetrokken naar kinderen jonger dan 6 jaar. Hun eerste onderzoek in de Verenigde Staten toonde aan dat stotterende kleuters reeds vanaf de leeftijd van 3 jaar significant verschillen van hun niet-stotterende leeftijdsgenoten wat betreft het denkpatroon in verband met hun spreken (Vanryckeghem, Brutten, & Hernandez, 2005). De antwoorden op de *KiddyCAT*-items duiden aan dat stotterende kleuters een negatief beeld hebben over hun spreken. Deze bevinding werd bevestigd door middel van intercultureel onderzoek in België, Italië, India, Iran, Nederland, Slovenië en Polen (Bernardini et al., 2012; Clark, Conture, Frankel, & Walden, 2012; Novšak Brcea, Vanryckeghem, Kosir, & Jerman, 2015; Shafiei, Rafati, Vanryckeghem, & Maghamimehr, 2016; Węsierska & Vanryckeghem, 2015).

Betrouwbaarheid

.....

Grensoverschrijdend onderzoek met de *KiddyCAT* heeft herhaaldelijk aangetoond dat dit instrument een goede interne betrouwbaarheid heeft. Dit werd nogmaals bevestigd met een Cronbach's alpha van .75 voor de groep stotterende kleuters op de Nederlandstalige *KiddyCAT* (Vanryckeghem & Brutten, 2015). Ook werd vastgesteld dat alle testitems significant correleren met de totaalscore. Test-hertestbetrouwbaarheid werd nagegaan bij 42 stotterende en 34 niet-stotterende kleuters (Vanryckeghem, De Niels, & Vanrobaeys, 2015). De herafname van de *KiddyCAT* gebeurde één week tot twaalf dagen na de initiële testafname. De totaalscores op beide tests correleerden significant zowel voor de groep stotterende kleuters ($.90, p = .000$) als voor de niet-stotterende kleuters ($.67, p = .000$). Ook werd duidelijk dat voor beide groepen de *KiddyCAT*-gemiddelden van de eerste en tweede testafname niet significant van elkaar verschilden ($t = 1.594, p = .119$ voor niet-stotterende kleuters; $t = 1.034, p = .309$ voor stotterende kleuters).

Validiteit

449

De KiddyCAT-items zijn gebaseerd op vermeldingen en uitspraken geuit door stotterende kleuters. Het feit dat herhaaldelijk werd aangetoond dat de KiddyCAT in staat is om stotterende van niet-stotterende kleuters te onderscheiden op basis van hun spraakgeassocieerde attitude geeft aan dat dit onderzoeksinstrument constructvaliditeit heeft (Novšak Brcea et al., 2015; Shafiei et al., 2016; Vanryckeghem & Brutten, 2007; Vanryckeghem et al., 2005; Węsierska & Vanryckeghem, 2015). De constructvaliditeit van de KiddyCAT werd ook aangetoond door de factoranalyse uitgevoerd door Clark et al. (2012), die aangaf dat de KiddyCAT gebaseerd is op één onderliggende dimensie: gestoorde spraak.

Proefgroep

De Nederlandstalige KiddyCAT werd genormeerd op een representatieve proefgroep uit Vlaanderen en Nederland, bestaande uit 264 niet-stotterende kleuters (131 jongens en 133 meisjes) en 249 stotterende kleuters (180 jongens en 69 meisjes). De kinderen in beide groepen waren tussen de 3 en 6 jaar oud. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg respectievelijk 56 en 54 maanden.

UITVOERING

De KiddyCAT is een test die uit 12 vragen bestaat. Aan het kind wordt gevraagd of een bepaalde uitspraak van toepassing is op hem of haar. De vragen houden verband met hoe het kind zijn of haar eigen spreken ervaart (item 1: 'Praat jij goed?'; item 10: 'Spreek je graag?'), hoe anderen zijn of haar spreken ervaren (item 3: 'Vinden mama en papa dat je goed spreekt?'), en of bepaalde woorden moeilijk te uiten zijn (item 2: 'Is het moeilijk voor jou om woorden te zeggen?'; item 4: 'Is het moeilijk voor jou om je naam te zeggen?'). De kleuter antwoordt met 'ja' of 'neen'. Omdat een aantal vragen de termen 'moeilijk' en 'gemakkelijk' bevatten, wordt de kennis van deze termen eerst getoetst. Nadat de instructies zijn voorgelezen, worden twee voorbeeldvragen gesteld. Tijdens de testafname wordt een spelactiviteit ingeschakeld om de aandacht en motivatie van het kind te behouden. Er wordt voorgesteld om na elk antwoord een voorwerp aan te bieden dat de kleuter in een twaalfdelig doosje legt.

Om tot besluitvorming te komen over de vraag of een kind al dan niet stottert, kan een therapeut zich uiteraard beperken tot het bepalen van het type en de frequentie van spraakonvloeiendheden. Een breder gefundeerde diagnose kan aan validiteit winnen en meer bescherming bieden tegen het trekken van valspositieve of negatieve conclusies. Zelfrapportering, zelfs door een jong kind, biedt die mogelijkheid.

De KiddyCAT voorziet de clinicus van een medium om de reacties van het kind op zijn spraak bespreekbaar te maken. Via deze test kan bijvoorbeeld aan de ouders duidelijk gemaakt worden dat het kind zich wel degelijk bewust is van zijn of haar spraakstoornis en, meer nog, negatief denkt over zijn spreken. Het is dan ook in het belang van het kind om de stilte en het taboe rond zijn of haar stotteren te doorbreken. Onderzoek heeft immers aangetoond dat het negatieve denkpatroon rond het spreken alleen maar kan toenemen naarmate het kind ouder wordt. Een multidimensionele therapie dient dan ook aandacht te schenken aan deze cognitieve component van het stotterprobleem, zelfs bij de kleuter. De antwoorden op de KiddyCAT-items kunnen het therapieproces sturen, en de interventie naar kind en ouders toe optimaliseren.

SCOREN

.....

De antwoorden (met 'ja' of 'neen') op de 12 vragen worden door de therapeut op het scoreblad omcirkeld. Aan de hand van een antwoordsleutel wordt aan elk antwoord een score van 0 of 1 toegekend. Een antwoord dat een negatieve spraakgeassocieerde attitude weergeeft (vet gedrukt) krijgt een score van 1, een positief antwoord (normaal gedrukt) een score 0. Zes van de twaalf vragen die met een 'ja' en zes die met 'neen' beantwoord worden, zijn representatief voor een negatief denkpatroon en krijgen een score 1. De spreiding van de KiddyCAT-score kan dus tussen 0 en 12 liggen.

De testscore van de kleuter wordt geïnterpreteerd door de *totaalscore* te vergelijken met de gemiddelde score van *niet-stotterende kinderen*. Een score die zich 2 of meer standaarddeviaties boven de gemiddelde score situeert, wordt beschouwd als statistisch significant en atypisch. Vervolgens wordt bepaald in welke mate de score van het kind afwijkt van die van de gemiddelde *stotterende* kleuter en worden de specifieke itemantwoorden bekeken. Indien de testscores wijzen op een negatief denkpatroon, wordt aanbevolen om de cognitieve component van het stotteren deel te laten uitmaken van het therapeutisch plan voor de kleuter.

De KiddyCAT is uitgegeven in 2015 door vzw Sig (Sterk in Grenzen Verleggen), Gijzegem, België. Het ISBN is 978 90 5873 098 5 (http://www.sig-net.be/nl/publicaties/kiddycat_116.aspx).

Martine Vanryckeghem is verbonden aan het Department of Communication Sciences and Disorders, University of Central Florida. *Correspondentieadres:* Martine Vanryckeghem Ph.D., Department of Communication Sciences and Disorders, University of Central Florida, 4364 Scorpius Street, Orlando, FL 32816-2215, USA. E-mail: martinev@ucf.edu

Summary The investigation of a child's attitude towards his or her speech provides a significant dimension that serves to supplement the clinician's observation of dysfluency in the identification of children who stutter. The Communication Attitude Test voor Stotterende Kleuters (KiddyCAT) is a standardized and normed self-report test that explores a preschooler's cognition about speech. By means of twelve simple questions, answered by 'yes' or 'no', the test gauges what a child thinks about his or her own speech and way of talking. Using a scoring key, the clinician determines the extent to which a child reports having a negative speech-associated attitude. The test can be administered between the age of 3 and 6. Cross-cultural investigations with the KiddyCAT have repeatedly shown that the test is capable of differentiating children who stutter, as of the age of 3, from those who are typical speakers based on their speech-associated belief. In addition, the test has shown to have good validity, and internal and test-retest reliability. The KiddyCAT for Belgium and the Netherlands is based on normative and psychometric data originating from both countries. The test's results give direction to the cognitive treatment component for youngsters who stutter.

Keywords: KiddyCAT, Communication Attitude Test, preschoolers, stuttering, stammering, speech-associated attitude

Literatuur

- Bernardini, S., Cocco, L., Zmarich, C., Di Pietro, M., Vanryckeghem, M., & Brutten, G. (2012). *The KiddyCAT: Normative and comparative study of Italian CWS and CWNS*. Paper presented at the 7th World Congress on Fluency Disorders, Tours, France.
- Bernardini, S., Vanryckeghem, M., Brutten, G., Cocco, L., & Zmarich, C. (2009). Communication attitude of Italian children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 42, 155-161.
- Brutten, G., & Vanryckeghem, M. (2003). *Behavior assessment battery: A multi-dimensional and evidence-based approach to diagnostic and therapeutic decision making for children who stutter*. Destelbergen, België: Sig vzw.
- Brutten, G., & Vanryckeghem, M. (2007). *Behavior assessment battery for school-age children who stutter*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Clark, C., Conture, E., Frankel, C., & Walden, T. (2012). Communicative and psychological dimensions of the KiddyCAT. *Journal of Communication Disorders*, 45, 223-234.
- De Nil, L., & Brutten, G. (1991). Speech-associated attitudes of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 60-66.
- Gačnik, M., Vanryckeghem, M., & Brutten, G. (2014). The Slovenian Communication Attitude Test (CAT-SLO): A comparison of the communication attitude of Slovenian children who do and do not stutter. *Cross-Cultural Communication*, 10, 85-91.
- Kawai, N., Healey, C., Nagasawa, T., & Vanryckeghem, M. (2012). Communication attitude of Japanese school-age children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45, 348-354.
- Novšak Brcea, J., Vanryckeghem, M., Kosić, S., & Jerman, J. (2015). Odnos do lastnega govora pri predšolskih otrocih, ki jecljajo [Communication attitude in preschool children who stutter]. In T. Devjak (Ed.), *Vpliv družbenih sprememb na vzgojo in izobraževanje [The impact of social*

- change on education], 1 (pp. 205-220). Ljubljana: Faculty of Education.
- Shafiei, B., Rafati, M., Vanryckeghem, M., & Maghamimehr, A. (2016). Determination of the validity and reliability of the Communication Attitude Test for preschool and kindergarten children who stutter. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 5, 58-67.
- Vanryckeghem, M., & Brutten, G. (1997). The speech-associated attitude of children who do and do not stutter and the differential effect of age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 67-73.
- Vanryckeghem, M., & Brutten, G. (2007). *The KiddyCAT: Communication Attitude Test for preschool and kindergarten children who stutter*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Vanryckeghem, M., & Brutten, G. (2015). *KiddyCAT: Communication Attitude Test voor stotterende kleuters*. Destelbergen, Belgium: Sig vzw.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G., & Hernandez, L. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 307-318.
- Vanryckeghem, M., De Niels, T. & Vanrobaeys, S. (2015). The KiddyCAT: A test-retest reliability investigation of stuttering and nonstuttering Belgian preschoolers. *Cross-Cultural Communication*, 11, 10-16.
- Węsierska, K., & Vanryckeghem, M. (2015). A comparison of communicative attitudes among stuttering and nonstuttering Polish preschoolers using the KiddyCAT. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 193c, 278-284.

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Het DSM-5®: Praktijkboek is de ideale gebruikershandleiding voor de drukke hulpverlener die houvast zoekt bij de toepassing van het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5).

Het bevat achtergronden over de structuur en de reorganisatie van de DSM-5, en geeft toelichtingen op de classificatiecriteria van de meest voorkomende stoornissen.

Paperback | 9789089536280
584 p. | € 69,95

VERWACHT: DSM-5® Online

- ✓ Bevat de complete inhoud van alle DSM-5-uitgaven
- ✓ Snel informatie opzoeken voor EPD en declaraties
- ✓ Volledig doorzoekbare online kennisbank

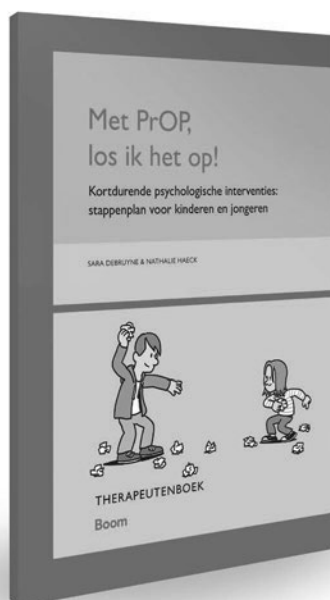


Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl/dsm5

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijzen gelden in 2016, o.v. van wijzigingen

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Met PrOP, los ik het op! is een kortdurende therapie voor kinderen en jongeren (9-18 jaar) met milde tot matige psychische klachten. Het gaat uit van een eenvoudige probleemsamenhang: het PrOP-schema:

Pr (Probleem) = O (Omgeving) x P (Persoonlijke stijl)

Met PrOP, los ik het op! is een herziening van het succesvolle protocol *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Stappenplan voor kinderen en jongeren*.

- ✓ Flexibiliteit door modulaire opzet
- ✓ Door beperkt aantal sessies zeer geschikt voor de Basis GGZ

Lees meer op www.boompsychologie.nl

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- ▶ Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel re-produceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- ▶ Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

- ▶ Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- ▶ *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- ▶ Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- ▶ Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- ▶ Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden

het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- ▶ Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- ▶ Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen. Het voornaamste is dat duidelijk wordt wat de sterke en zwakke kanten van het boek zijn, alsmede in hoeverre het boek een aanvulling is op bestaande literatuur

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zesde editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2009).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Negenenveertigste jaargang, nummer 4, december 2016

Pagina 357–456

357 *Redactioneel*

358 **Gerard van Rijsbergen** & **Claudi Bockting**

Cognitieve reactiviteit bij recidiverende depressie: potentieel veranderbare kwetsbaarheid? — Een stand van zaken

370 **Juliëtte Liber, Patricia Vuijk, Esther de Groot-Zijlstra** & **Gerly de Boo**

Persoonlijkheid van kinderen met disruptief gedrag en de vorming van vroege therapeutische alliantie bij de behandeling van disruptief gedrag

395 **Lieke van Berlo, Maaïke Cima, Alice Tonnaer, Theo Klimstra, Arianne Baanders** & **Sanne Verwaaijen**

Sociale vaardigheden, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek bij jongeren opgenomen in een JeugdzorgPlus-instelling

418 **Ruud Hornsveld, Thijs Kanters, Luk Gijs, Floor Kraaimaat, Leone van der Wal** & **Hjalmar van Marle**

Ontwikkeling van een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden

KORT INSTRUMENTEEL

447 **Martine Vanryckeghem**

KiddyCAT: Communication Attitude Test voor stotterende kleuters
