

Zicht op kennis

Beschikbare diagnostische instrumenten
en interventies voor de jeugd-ggz

Deel I, beschrijving

Drs. M.W. Elling
Prof. Dr. R.B. Minderaa

Zicht op kennis

Een inventarisatie van beschikbare diagnostische instrumenten,
theoretisch onderbouwde en bewezen effectieve
psychotherapeutische interventies en behandelingen met
psychofarmaca in de sector van de jeugd-ggz.

januari 2010

deel I: beschrijving

Drs. M.W. Elling
Prof. Dr. R.B. Minderaa

Voorwoord

De inventarisatie van interventies, diagnostische en meetinstrumenten op het gebied van de jeugd-ggz die hier wordt gepresenteerd is in de periode 2009/2010 uitgevoerd door het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, in opdracht van ZonMw. Het is te beschouwen als één deel van een tweelingproject.

Eind 2008 verleende ZonMw aan het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie de opdracht om een inventarisatie te maken van alle interventies en behandelprogramma's in de jeugd-ggz, die in Nederland beschikbaar zijn en die 'in theorie' – dan wel door wetenschappelijk onderzoek 'bewezen' effectief zijn. ZonMw had daarbij niet alleen de psychotherapeutische behandelingen voor ogen. Ook de screeningsinstrumenten en diagnostische instrumenten moesten worden geïnventariseerd, alsmede de veelbelovende en effectieve behandelingen met psychofarmaca. Verder zouden tevens de leemten in het beschikbare aanbod moeten worden aangegeven.

Het andere deel van het tweelingproject, dat door het Trimbos-instituut wordt uitgevoerd, bestaat uit een onderzoek naar de mate waarin de jeugd-ggz op de hoogte is van de verschillende interventies die in theorie dan wel bewezen effectief worden geacht en naar de mate waarin deze interventies en behandelprogramma's ook daadwerkelijk worden toegepast.

Overeenkomstig de toezegging van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij de aanvaarding van de eerstgenoemde opdracht, is eind 2009/begin 2010 al het materiaal op de site van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie – www.kenniscentrum-kjp.nl – bijgewerkt op grond van de meest actuele inzichten. De resultaten van deze update worden vanaf november 2009 deel voor deel op de site gepubliceerd.

Zoals de bedoeling was, zijn contacten gelegd tussen het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het Trimbos-instituut, waarbij zich overigens ook het Nederlands Jeugdinstituut heeft aangesloten. Deze contacten hebben er onder meer toe geleid dat de inventarisatie van behandelmethoden en de onderzoeksrapportage over de bekendheid met en de implementatie van de verschillende interventies gezamenlijk zijn voorgelegd aan een groep van experts. Het achterliggende idee was dat de experts bij één gelegenheid hun kanttekeningen konden plaatsen bij:

- de inventarisatie en vooral bij de verdere onderzoeksacties die bij voorrang moeten worden ondernomen;
- de wijze waarop de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie het best kunnen worden gehanteerd, met andere woorden hoe de implementatie het best kan worden bevorderd.

De expertmeeting heeft op 19 november 2009 plaatsgevonden.

In deze bundel treft men de slotrapportage van de inventarisatie van interventies en diagnostische instrumenten aan. Deze rapportage wijkt op enkele punten af van het voorlopige rapport dat in juli 2009 is gepubliceerd. In de eerste plaats zijn de veranderingen terug te voeren op de actualisatie van de protocollen van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. In de tweede plaats zijn enkele opmerkingen die tijdens de expertmeeting zijn gemaakt in de tekst verwerkt.

Prof. Dr. R.B. Minderaa
januari 2010

Inhoud

1.	Inleiding	6
1.1.	Algemeen	6
1.2.	Jeugd-ggz interventies	6
1.3.	Theoretisch onderbouwd en nog niet bewezen effectief	8
1.4.	De thema's	10
1.5.	Verschillen met voorlopige rapportage van juli 2009	11
	Literatuur	
2.	Diagnostische en meetinstrumenten	12
3.	Gehechtheid	15
3.1.	Diagnostische en meetinstrumenten	15
3.2.	Interventies	16
	Literatuur	
4.	Slaapproblemen	18
4.1.	Diagnostische en meetinstrumenten	18
4.2.	Interventie	18
4.3.	Medicatie	18
	Literatuur	
5.	Encopresis	19
5.1.	Diagnostische en meetinstrumenten	19
5.2.	Psychotherapeutische interventie	19
5.3.	Medicatie	20
	Literatuur	
6.	Enuresis nocturna en urine-incontinentie	21
6.1.	Diagnostische en meetinstrumenten	21
6.2.	Psychotherapeutische interventies	21
6.3.	Medicatie	22
	Literatuur	
7.	ADHD	24
7.1.	Diagnostische en meetinstrumenten	24
7.2.	Psychotherapeutische interventies	25
7.3.	Medicatie	30
	Literatuur	
8.	Autismespectrumstoornissen	33
8.1.	Diagnostische en meetinstrumenten	33
8.2.	Psychotherapeutische interventies	35
8.3.	Medicatie	39
	Literatuur	
9.	Angst- en depressiestoornissen	42
9.1.	Signalering en diagnose	42
9.2.	Preventieprogramma's of vroegtijdige interventies	44
9.3.	Psychotherapeutische behandelingen	46
9.4.	Medicatie	48
	Literatuur	

10.	Psychotrauma	52
	10.1. Diagnostische en meetinstrumenten	52
	10.2. Interventies	52
	Literatuur	
11.	Dwangstoornissen	57
	11.1. Signalering en diagnose	57
	11.2. Psychotherapeutische behandelvormen	57
	11.3. Medicatie	58
	Literatuur	
12.	Tics	60
	12.1. Diagnostische en meetinstrumenten	60
	12.2. Psychotherapeutische interventies	61
	12.3. Medicatie	61
	Literatuur	
13.	Oppositionele gedragsstoornissen en gedragsstoornissen	63
	13.1. Algemeen	63
	13.2. Diagnostische en meetinstrumenten	65
	13.3. Psychotherapeutische interventies	65
	13.4. Medicatie	74
	Literatuur	
14.	Zelfbeschadiging	78
	14.1. Diagnostische en meetinstrumenten	78
	14.2. Psychotherapeutische behandeling	78
	14.3. Medicatie	79
	Literatuur	
15.	Borderline persoonlijkheidsproblematiek	80
	15.1. Diagnostische en meetinstrumenten	80
	15.2. Psychotherapeutische behandeling	80
	15.3. Medicatie	81
	Literatuur	
16.	Obesitas en overgewicht	82
	16.1. Diagnostische en meetinstrumenten	82
	16.2. Psychotherapeutische behandelingen	82
	16.3. Medicatie	84
	Literatuur	
17.	Boulimia nervosa	85
	17.1. Diagnostische en meetinstrumenten	85
	17.2. Psychotherapeutische behandeling	86
	17.3. Medicatie	87
	Literatuur	
18.	Middelgebonden stoornissen	88
	18.1. Diagnostische en meetinstrumenten	88
	18.2. Psychotherapeutische behandeling	88
	18.3. Medicatie	88
	Literatuur	

19.	Somatoforme stoornissen	90
	19.1. Diagnostische en meetinstrumenten	90
	19.2. Psychotherapeutische behandeling	91
	19.3. Medicatie	91
	Literatuur	
20.	Chronisch Vermoeidheidssyndroom	93
	20.1. Diagnostische en meetinstrumenten	93
	20.2. Psychotherapeutische behandeling	93
	Literatuur	
21.	Samenvatting en conclusies	94
	21.1 De oogst	94
	21.2. De bronnen van de inventarisatie	94
	21.2.1. Vergelijkbaarheid	94
	21.2.2. Volledigheid	95
	21.3. Verdeling aandacht over verschillende thema's en binnen thema's	95
	21.3.1. Kwaliteit van de verschillende diagnostiek- en behandelprotocollen	96
	21.3.2. Hiaten met betrekking tot belangrijke thema's	96
	21.3.3. Hiaten binnen thema's	96
	21.3.4. Onderbouwing van onderdelen	97
	21.4. Conclusies en aanbevelingen op een rij	97
	Literatuur	
Bijlage 1.	Criteria website Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie voor opname van protocollen voor behandeling van psychische stoornissen	99
Bijlage 2.	Beoordelingscriteria Databank Nederlands Jeugdinstituut Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies	101
Bijlage 3.	Beoordelingscriteria Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie	103

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Deze rapportage bevat een inventarisatie van diagnostische en meetinstrumenten alsmede van geprotocolleerde behandelmethoden in de jeugd-ggz, die tenminste theoretisch goed zijn onderbouwd en al dan niet op hun effectiviteit zijn onderzocht. Het gaat om instrumenten en behandelmethoden die in Nederland bekend zijn en worden toegepast. Naast de vele diagnostische en meetinstrumenten en enkele geprotocolleerde behandelingen met psychofarmaca, worden er 65 geprotocolleerde psychotherapeutische behandelingsmethoden beschreven. De psychotherapeutische interventies vormen de hoofdmoot van dit rapport.

De beschrijving van de protocollen is beperkt gehouden. Over het algemeen komen de volgende aspecten summier aan de orde:

- de naam waaronder de interventie bekend is en het thema
- de stoornis, de problematiek waarop de interventie betrekking heeft
- de doelgroep waarvoor de interventie is bedoeld
- de contra-indicaties
- het doel van de interventie
- de setting waarin de interventie wordt toegepast
- het aantal sessies dat nodig is
- de theoretische oriëntaties van de interventie
- de aangetoonde dan wel de verwachte effectiviteit
- de uitvoerende instellingen en de eigenaar/ontwikkelaar in Nederland

Dezelfde aspecten zijn ook opgenomen in tabellen die te vinden zijn in deel II van dit rapport. Bij enkele thema's zijn ook beschouwingen opgenomen over de effectiviteit van de interventies waarover in buitenlandse reviews is gerapporteerd. In enkele gevallen wordt ook verwezen naar de themadossiers die zijn te vinden op www.nji.nl/jeugdinterventies > kennis > dossiers.

Met betrekking tot de therapeutische mogelijkheden van het gebruik van psychofarmaca die in deze inventarisatie aan de orde zijn, geldt ook dat deze alleen zijn opgenomen wanneer de effectiviteit is aangetoond of op theoretische gronden waarschijnlijk wordt geacht. Vaak is daarbij de effectiviteit van psychofarmaca alleen bij volwassenen aangetoond, maar heeft bij kinderen bij dezelfde indicaties nog geen of onvoldoende wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden.

Medicatie op het gebied van de ggz is over het algemeen niet curatief. Voor kinderen en jongeren met bepaalde problematiek is medicatie een middel gebleken dat zinvolle positieve veranderingen in hun functioneren en gedrag kan bewerkstelligen. Helaas zijn er in veel gevallen bijverschijnselen. In de beschrijving is daaraan in voorkomende gevallen aandacht besteed. Zie voor meer informatie op dit punt ook www.kenniscentrum-kjp.nl > professionals > algemeen > medicatie.

Wat betreft de in de Nederlandse jeugd-ggz meest gebruikte diagnostische en meetinstrumenten, hebben wij volstaan met lijsten met instrumenten waarin is aangegeven of deze instrumenten al dan niet gevalideerd zijn. In hoofdstuk 2 zijn de algemene screenende instrumenten weergegeven, waarvan een selectie vaak bij ieder eerste contact met de jeugd-ggz zal worden gebruikt.

Bij de afzonderlijke thema's/stoornissen, in de hoofdstukken 3 en volgende, zijn de specifieke instrumenten, die bij de betreffende stoornis of het betreffende probleem worden gebruikt, in lijstjes opgenomen.

1.2. Jeugd-ggz-interventies

De jeugd-ggz is volgens de Wet op de jeugdzorg een onderdeel van de jeugdzorg. Tot de jeugd-ggz behoren de ambulante jeugd-ggz die tot voor kort vanuit de RIAGG's werd gerealiseerd en de sector van de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De Wet op de jeugdzorg kent nog twee andere clusters, te weten:

- de door de provincies bekostigde jeugdhulpverlening waartoe de Bureaus Jeugdzorg behoren en ook de zorgaanbieders op het gebied van de jeugdhulpverlening;

- de justitiële jeugdbescherming of kinderscherming, waartoe behalve de bekende Raad voor de Kinderbescherming ook de Justitiële Jeugdinrichtingen worden gerekend.

In al deze sectoren of werkgebieden treft men interventies aan die mede tot de jeugd-ggz kunnen worden gerekend en ook binnen de jeugd-ggz worden toegepast. De op zich al ingewikkelde beleidssystematiek, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen jeugd-ggz, jeugdhulpverlening en justitiële jeugdzorg of jeugdbescherming, dekt dus niet geheel de praktijk.

In de sector van de jeugdhulpverlening worden onder meer interventies uitgevoerd die binnen de ggz zijn ontwikkeld, al dan niet in samenwerking met de jeugd-ggz. Een belangrijk kenmerk van deze interventies is dat zij zich voor een belangrijk deel met psychotherapeutische methoden systematisch richten op beïnvloedbare persoonsgebonden factoren. Daarbij vindt de laatste tijd in toenemende mate ook beïnvloeding van de omgevingsfactoren, van het sociaal systeem van de betrokken cliënten plaats, vaak ook met psychotherapeutische methoden. Het bevorderen van de psychische gezondheid van de betrokken jeugdigen en/of het verbeteren van hun functioneren, staat hierbij echter voorop. Deze interventies in de jeugdhulpverlening hebben wij in deze inventarisatie meegenomen.

In de justitiële jeugdbescherming, en dan met name in de Justitiële Jeugdinrichtingen, werken naast andere professionals ook kinder- en jeugdpsychiaters. Hun werk behoort voor een groot deel tot het domein van de forensische jeugdpsychiatrie. De systematische interventies, gericht op psychiatrische aandoeningen, die onder hun verantwoordelijkheid worden uitgevoerd, rekenen wij ook tot de jeugd-ggz.

Uit de veelheid van interventies die in de jeugdzorg als geheel worden uitgevoerd – volgens sommige tellingen zijn dat er meer dan duizend – hebben wij een selectie gemaakt van die interventies die bestempeld kunnen worden als jeugd-ggz-interventies. In de meeste gevallen was het eenvoudig de hier genoemde criteria te hanteren. In een aantal twijfelgevallen hebben wij knopen doorgehakt. We zijn ons ervan bewust dat de selectie op onderdelen er wat anders had uitgezien, wanneer anderen de hakbijl hadden gehanteerd.

Tot dusver waren impliciet de psychotherapeutische interventies aan de orde. Daarnaast zijn er uiteraard ook de behandelingen met psychofarmaca. Deze kunnen alleen worden voorgeschreven en uitgevoerd door kinder- en jeugdpsychiaters en andere artsen waaronder kinderartsen.

Wat betreft de diagnostische en meetinstrumenten die binnen de jeugd-ggz worden gebruikt, zijn wij afgegaan op het gerapporteerde gebruik van diegenen die interventies hebben ontwikkeld en toepassen. De algemene screenende instrumenten zijn in een aparte lijst in hoofdstuk 2 opgenomen. De meer specifieke instrumenten zijn bij de verschillende thema's opgenomen.

Interventies in de jeugd-ggz

1. Die interventies/therapieën gericht op beïnvloedbare persoonsgebonden psychische factoren en/of gericht op factoren in het sociaal systeem van de cliënt, die door de sector van de jeugd-ggz zijn ontwikkeld en worden uitgevoerd. Het bevorderen van de psychische gezondheid van de betrokken jeugdigen en/of het verbeteren van hun functioneren staat daarbij voorop.
2. Die interventies/therapieën gericht op beïnvloedbare persoonsgebonden psychische factoren die in samenwerking met jeugdhulpverlening en jeugd-ggz worden uitgevoerd door ggz-psychologen of gedragswetenschappers met speciale training. Meestal gaat het daarbij om interventies die gebruik maken van elementen van psychotherapie of psycho-educatie.
3. Die interventies/therapieën gericht op psychiatrische aandoeningen die onder verantwoordelijkheid van kinder- en jeugdpsychiaters in de sector van de jeugdbescherming worden toegepast.

Als bronnen bij de inventarisatie zijn gebruikt:

1. De website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
www.kenniscentrum-kjp.nl
2. De Databank Effectieve Jeugdinterventies op www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies
3. De Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden op www.nji.nl/jeugdinterventies > databanken > Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden
4. De Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd
[http://ministerievanjustitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningcommissie/gedragsinterventies/\(Voorlopig\)-erkende-gedragsinterventies-voor-jeugd/](http://ministerievanjustitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningcommissie/gedragsinterventies/(Voorlopig)-erkende-gedragsinterventies-voor-jeugd/)
5. Braet, C. & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam

Voor de vier eerstgenoemde bronnen geldt dat de stand van zaken van begin 2010 als basis heeft gediend.

1.3. 'Theoretisch goed onderbouwd' en nog niet 'bewezen effectief'

De verschillende bronnen waaruit wij voor deze inventarisatie hebben geput, bevatten verschillende typen informatie. Ook hanteren zij deels verschillende criteria en procedures met betrekking tot het oordeel over de werkzaamheid of effectiviteit van de interventies. Zo lijken bijvoorbeeld de criteria die de erkenningscommissie van de databank effectieve interventies van het Nji hanteert bij het toekennen van het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd' strenger dan de criteria die het Landelijk Kenniscentrum KJP aanlegt bij het opnemen interventies op zijn website. In het navolgende stellen we de verschillende bronnen kort aan de orde.

1. De website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie bevat algemene informatie over de volgende thema's: ADHD, Autisme Spectrum Stoornissen, Tics, Angst, Depressie, ODD/CD, Dwang en Psychose. Naast algemene hoofdstukken over diagnostiek, medicatie en protocollaire psychologische behandelvormen, verschaft de website informatie per thema. Terzijde zij opgemerkt dat de hele website zowel een vrij toegankelijke afdeling voor professionals als een dito afdeling voor cliënten kent.

Voor de informatie over medicatie bij verschillende van de stoornissen die aan de orde komen, is de website een unieke informatiebron. Verder bevat de website veel informatie over diagnostische en meetinstrumenten, met name voor zover deze verbonden zijn met specifieke stoornissen die op de website aan de orde komen. Tenslotte is op de website van het Landelijk Kenniscentrum KJP per stoornis informatie te vinden over veel toegepaste geprotocolleerde psychotherapeutische interventies. De criteria die gehanteerd zijn bij de selectie van de interventies zijn opgenomen in bijlage 1. De website van het Landelijk Kenniscentrum wordt vanaf november 2009 voor zover nodig deel voor deel herzien en bevat op afzienbare termijn de meest actuele informatie die beschikbaar is. De geactualiseerde informatie is verwerkt in de inventarisatie die hier voor ligt.

2. Uit de Databank van het Nederlands Jeugdinstituut zijn de interventies geselecteerd die kunnen worden gekwalificeerd als interventies op het gebied van de jeugd-ggz; zie paragraaf 1.2. We moeten hierbij opmerken dat deze databank op dit moment geen interventies kent die bewezen effectief zijn. Op één enkele uitzondering na was begin 2010 het maximaal haalbare predicaat 'theoretisch goed onderbouwd'. Voor een deel liggen hieraan formele redenen ten grondslag. Dit wordt hier uitgelegd.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft de terminologie in het voorjaar van 2009 aangepast. Aanvankelijk konden de interventies die nog niet 'bewezen effectief' waren nog 'veelbelovend' of 'in theorie effectief' worden genoemd. Nu worden de termen 'bewezen effectief', 'waarschijnlijk effectief' en 'theoretisch goed onderbouwd' gebezigd.

Voor de categorie 'bewezen effectief' zijn de criteria aangescherpt. Er is nu meer onderzoek nodig waarmee de effectiviteit is aangetoond dan voorheen. Met de woorden van de website van de

Databank Effectieve Jeugdinterventies (www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies): “Een interventie is 'bewezen effectief' als met onderzoek voldoende is aangetoond dat de interventie werkzaam is. Men spreekt van 'waarschijnlijk effectief' als er al wel enig onderzoek is, maar de effectiviteit nog niet voldoende is aangetoond. Maar wat is voldoende en wat is 'enig onderzoek'? Voorop staat dat er voor het predicaat 'bewezen effectief' onderzoek beschikbaar moet zijn dat de effecten empirisch aantoonst.” Dit impliceert dat veel interventies die tot voor kort als al dan niet deels bewezen effectief werden beschouwd thans, vanwege de aangescherpte criteria voor bewezen effectiviteit, moeten worden herbeoordeeld door de Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies. In afwachting daarvan zijn de oordelen 'deels effectief' en 'bewezen effectief' van al deze interventies voorlopig vervangen door 'theoretisch goed onderbouwd'. Er zijn op dit moment volgens de databank even geen bewezen effectieve interventies meer.

Volgens dezelfde website is “Een interventie (..) theoretisch goed onderbouwd (destijds ook wel 'veelbelovend' of 'in theorie effectief' genoemd) als het op basis van theorie en onderzoek aannemelijk is dat de interventie werkzaam kan zijn, terwijl dat nog niet afdoende is aangetoond. Wat 'voldoende aangetoond' inhoudt is afhankelijk van het aantal onderzoeken dat is uitgevoerd naar de werkzaamheid, de kwaliteit van die onderzoeken en de mate van verandering die na afloop van de interventie is vastgesteld.” Een lijst met criteria die de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies hanteert, is als bijlage 2 bijgevoegd.

3. De Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden op www.nji.nl/jeugdinterventies > databanken is eveneens van het Nederlands Jeugdinstituut. Deze databank bevat een schat aan informatie – waaronder onder meer de betrouwbaarheid en de validiteit – over de diagnostische en meetinstrumenten die het meest in de Nederlandse jeugdzorg worden gebruikt. Bij deze inventarisatie is deze bron op veel momenten geraadpleegd en is informatie daaruit overgenomen.
4. De Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van het ministerie van justitie kent twee categorieën: voorlopig erkende en volledig erkende interventies voor jeugdigen. De voorlopige erkenning van de justitie-databank kan gelijk worden gesteld met het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd' van de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJi. Het is onwaarschijnlijk dat de door justitie 'erkende' interventies in alle gevallen ook 'bewezen effectief' zullen zijn volgens de aangescherpte criteria van het NJi. Een lijst met kwaliteitscriteria die door de erkenningscommissie van de justitie-databank worden gebruikt, is als bijlage 3 bijgevoegd.
5. De bundel van Braet & Bögels (2008) hanteert een driedeling op de schaal van mogelijke effectiviteit: 'veelbelovend', 'waarschijnlijk effectief' en 'werkzaam'. De behandelingen die in dit boek worden beschreven staan in relatie met het overzicht van werkzame behandelingen dat in 2001 is gepubliceerd in *European Child and Adolescent Psychiatry* (Hibbs, 2001). Het predicaat 'werkzaam' betekent volgens de auteurs dat de effectiviteit is aangetoond via onderzoek dat, naar hun oordeel, aan alle eisen voldoet. Bij interventies die 'waarschijnlijk effectief zijn' ontbreekt nog een ultieme test, terwijl het label 'veelbelovend' duidt op het feit dat het onderzoek naar de interventie in de goede richting wijst, maar dat nader onderzoek noodzakelijk is. Veel van deze behandelingen moeten strikt genomen nog worden beoordeeld door een van de erkenningscommissies van een van de twee genoemde databanken. Ondanks het feit dat deze interventies nog niet door de erkenningsmolen zijn gegaan, zijn deze wel in deze inventarisatie opgenomen. In de voorkomende gevallen is de kwalificatie volgens de systematiek van Braet & Bögels weergegeven. Het is echter mogelijk dat deze protocollen niet blijken te voldoen aan de criteria die de erkenningscommissies hebben opgesteld en hanteren.

‘Theoretisch goed onderbouwd’ en nog niet ‘bewezen effectief’

De geraadpleegde bronnen leveren vooralsnog geen interventies op die geïdentificeerd zijn als ‘bewezen effectief’. Dat wil overigens niet zeggen dat er onder de geïdentificeerde interventies geen ‘bewezen effectieve interventies’ zijn.

De Databank Effectieve Interventies van het NJi is bezig met een herbeoordeling op grond van de halverwege 2009 aangescherpte criteria. De website van het Landelijk Kenniscentrum KJP en de Databank van Justitie hanteren deze classificatie nog niet en de criteria die Braet & Bögels met het oog hierop aanleggen zijn niet geheel transparant

Ook al hanteren de verschillende bronnen verschillende criteria, in deze inventarisatie worden interventies als ‘theoretisch goed onderbouwd’ aangemerkt wanneer:

- zij zijn opgenomen op de website van het Landelijk Kenniscentrum KJP
- zij in de Databank Effectieve Jeugdinterventies als zodanig zijn erkend
- wanneer zij in de justitie-databank het oordeel ‘erkend’ dan wel ‘voorlopig erkend’ hebben gekregen

De interventies die zijn opgenomen in de publicatie van Braet & Bögels (2008) krijgen de kwalificaties mee die Braet & Bögels hebben verleend: ‘veelbelovend’, ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘werkzaam’. Dat garandeert overigens niet dat het Landelijk Kenniscentrum KJP dan wel de erkenningscommissies van de databanken na hun erkenningsprocedure tot een dergelijk oordeel zullen komen.

1.4. De thema’s

Zoals eerder gezegd is hoofdstuk 2 gewijd aan de diagnostische instrumenten en meetinstrument die vaak in de eerste contacten met de jeugdige en zijn ouders worden gebruikt. In de hoofdstukken 3 en volgende komen de verschillende thema’s aan de orde waarvoor psychologische/psychotherapeutische en farmacologische behandelmethoden beschikbaar zijn. In grote lijnen is daarbij de levensloop van de jeugdige als leidraad voor de volgorde van de thema’s/stoornissen aangehouden.

Alle hoofdstukken hebben in principe dezelfde opbouw. In de eerste paragraaf van ieder hoofdstuk worden, voor zover bekend, de diagnostische instrumenten en meetinstrumenten genoemd. Daarbij wordt de kwaliteit van dit instrumentarium aangegeven. Wanneer er bij onze verkenningen in de buitenlandse literatuur gegevens zijn gevonden over de effectiviteit van interventies die verderop aan de orde komen, wordt daarover in het tweede deel van het hoofdstuk kort gerapporteerd. Vervolgens worden de gevonden interventies en behandelprogramma’s kort besproken. In een laatste paragraaf van elk hoofdstuk komen, voor zover die er zijn, behandelingen met psychofarmaca aan de orde.

In hoofdstuk 3 komt het thema gehechtheid aan de orde. In de hoofdstukken 4, 5 en 6 treft men interventies gericht op slaapproblemen, encopresis (broekpoepen) en enuresis nocturna aan. Hoofdstuk 7 is gewijd aan ADHD. Hoofdstuk 8 bevat een interventie voor jeugdigen met autismespectrumstoornissen en een interventie voor ouders van kinderen met autisme.

Interventies gericht op angststoornissen en depressie komen in hoofdstuk 9 aan de orde. Interventies gericht op psychotrauma bij jeugdigen worden in hoofdstuk 10 behandeld. Hoofdstuk 11 bevat interventies die gericht zijn op het behandelen van dwangstoornissen terwijl hoofdstuk 12 gaat over de behandeling van tics.

Hoofdstuk 13 is tamelijk omvangrijk: het bevat interventies gericht op oppositionele opstandige gedragsstoornissen en gedragsstoornissen in het algemeen. Binnen dat hoofdstuk wordt een onderscheid gemaakt tussen behandelprogramma’s voor kinderen tot 12 jaar en hun ouders en behandelprogramma’s voor jongeren vanaf 12 jaar en hun ouders.

De hoofdstukken 14 t/m 20 zijn weer van een wat beperktere omvang. Respectievelijk gaan zij over zelfbeschadiging, borderline persoonlijkheidsproblematiek, obesitas en overgewicht, boulimia nervosa en anorexia nervosa, middelgebonden stoornissen, somatoforme stoornissen en het chronisch vermoeidheidssyndroom.

Het rapport wordt afgesloten met enkele opmerkingen over de bronnen die bij deze inventarisatie zijn gehanteerd, over leemten in het evidence based behandelaanbod en over de behoefte aan onderzoek.

1.5. Verschillen met de voorlopige rapportage van juli 2009

In juli 2009 verscheen een eerste voorlopige versie van dit rapport. De definitieve versie, die hier aan de orde is, verschilt in enkele opzichten enigszins van de voorlopige versie. In de eerste plaats is recentelijk de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie herzien, zowel op het gebied van de diagnostische en meetinstrumenten, als op het gebied van de psychotherapeutische en farmacologische behandelingen. Deze herzieningen zijn in deze definitieve rapportage verwerkt. Verder blijkt dat door de erkenningscommissie van "de databank effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstituut" enkele interventies van de website van het Landelijk Kenniscentrum-KJP zijn erkend en, omgekeerd, dat in de website van het Landelijk Kenniscentrum-KJP enkele interventies, die al in de databank waren opgenomen, nu ook op de KJP-website te vinden zijn. Hoewel dit geen consequenties heeft gehad voor de inhoud van het rapport – alleen voor de bronverwijzing - vinden wij dit toch het vermelden waard.

Op grond van de voorlopige versie van dit rapport en het concept rapport van het Trimbosinstituut over de implementatie van de verschillende interventies is in november 2009 een expermeeting belegd om over de stand van zaken en gewenste acties in de toekomst te discussiëren. De resultaten van deze discussie zijn in de conclusies van dit rapport verwerkt, althans voor zover deze betrekking hadden op dit deel van het project dat met het Trimbos-instituut wordt gedeeld.

Literatuur

Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten.
Boom, Amsterdam.

Databank van Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
www.kenniscentrum-kjp.nl

Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd.
[http://ministerievanjustitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkeningscommissie/gedragsinterventies/\(Voorlopig\)-erkende-gedragsinterventies-voor-jeugd/](http://ministerievanjustitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkeningscommissie/gedragsinterventies/(Voorlopig)-erkende-gedragsinterventies-voor-jeugd/)

Databank Effectieve Jeugdinterventies. www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Databank Instrumenten, Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.
www.nji.nl/jeugdinterventies > databanken > Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden

Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 3-11

2. Diagnostische en meetinstrumenten

In een groot aantal gevallen zijn de diagnostische en meetinstrumenten die in Nederland worden gebruikt, beoordeeld door COTAN, de Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP. Deze commissie heeft als opdracht 'het bevorderen van de kwaliteit van tests en testgebruik in Nederland'. De COTAN beoordeelt de psychodiagnostische instrumenten aan de hand van criteria als test-constructie, uitvoering van de handleiding en testmateriaal, betrouwbaarheid en validiteit. Verder informeert de COTAN testgebruikers over de stand van zaken op testgebied.

Daarnaast is er een aantal instrumenten dat door de ontwikkelaars van interventies is of wordt onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. In het navolgende zijn de algemene screenende instrumenten weergegeven waarvan een selectie vaak bij ieder eerste contact met de jeugd-ggz zullen worden gebruikt. Bij de afzonderlijke stoornissen zullen de specifieke instrumenten worden genoemd.

In de eerste kolom treft men naast de naam van het instrument dat aan de orde is ook een literatuurverwijzing. Daarbij is steeds de meest basale Nederlandse (onderzoeks)literatuur weergegeven. In veel gevallen is dat ook de bron waar, voor zover voorhanden, ook de Nederlandse vertaling van het instrument te vinden is.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
CBCL Child Behavior Checklist Versie Kinderen 1½ - 5 Versie Jeugdigen 6 - 18 Verhulst e.a., 1996	Versie 1½ - 5 nog niet beoordeeld. Versie 4 - 18 uit 1999 door COTAN goed beoordeeld. Versie 6 - 18 uit 2003 nog niet beoordeeld.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
YSR Youth Self Report Jeugdigen 11 - 18 jaar Verhulst e.a., 1997	Versie 1997 door COTAN vrij goed beoordeeld. Onderzoek naar meest recente versie, 2003, loopt.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
TRF Teacher's Report Form Verhulst e.a., 1997	Versie 1999 door COTAN als voldoende tot goed beoordeeld. Nieuwe versie (2001) nog niet beoordeeld.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
SEV Sociaal Emotionele Vragenlijst Scholte & Van der Ploeg, 2007	COTAN: erg positief.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire Goedhart e.a., 2003	COTAN: betrouwbaarheid voldoende; begripsvaliditeit voldoende; normen SDQ onvoldoende.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
GKS-II Gezinsklimaatschaal II Jansma & De Coole, 1996	COTAN: normen goed; betrouwbaarheid en validiteit voldoende.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
DAWBA Development and Well-Being Assessment Treffers, 2007	De discriminante validiteit van de Amerikaanse versie van de DAWBA is uitstekend. Over Nederlandse versie is in het materiaal geen informatie te vinden.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
DISC-P/Y/T Diagnostic Interview Schedule for Children, 1997 Y = versie voor jeugdigen T = versie voor leraren (in ontwikkeling). www.kenniscentrum-kjp.nl	Heeft ook internetversie die in Nederland deels (ADHD deel) is onderzocht op betrouwbaarheid. Betrouwbaarheid en validiteit goed. Zie Steenhuis M. e.a., 2009 op PubMed. Voor het overige is in het materiaal geen informatie hierover te vinden.	www.kenniscentrum-kjp.nl
SCICA Semi-gestructureerd klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten. (Kasius, 1997) en Ferdinand e.a., 2004	De betrouwbaarheid en validiteit zijn in een Amerikaanse steekproef vastgesteld en gerepliceerd in een Nederlandse steekproef. Verder in het materiaal geen informatie te vinden.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
Checklist voor het klinisch interview van het kind. Verhulst, 2000	In het materiaal is geen informatie hierover te vinden.	www.kenniscentrum-kjp.nl

Literatuur

Ferdinand, R.F., Lier, M.H.M. van, Most, G.H.F. van der, Nijs, P.F.A. de, Reichart, C.G., Dekkers, F.H.W. (2004). Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. Tijdschrift voor psychiatrie 46 (2004) 10, p. 659-664.

Goedhart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B., (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 58, p. 1018-1035.

Jansma, J.B.M., Coole, R.L. de. (1996) Gezinsklimaatschaal : handleiding (GKS-II). Pearson, Amsterdam.

Kasius, M. (1997). Interviewing children. Development of the Dutch version of the Semi structured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA) and testing of the psychometric properties. Thesis Erasmus University, Rotterdam.

Treffers, Ph. D. A (2007). De introductie van de strengths and difficulties questionnaire (SDQ) en daarmee gerelateerd instrumentarium in Nederland. Kind en adolescent praktijk, 3, 108-110.

Scholte, E.M., Ploeg, J.D. van der (2007). Handleiding Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Steenhuis M.P., Serra M., Minderaa R.B.& Hartman C.A. (2009). An Internet version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV): correspondence of the ADHD section with the paper-and-pencil version. Gedownload 26-07-2009 van PubMed.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC, Rotterdam.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR). Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC, Rotterdam.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1997). Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF). Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC, Rotterdam.

Verhulst, F.C. (2000). Het diagnostisch interview met het kind of de jeugdige. In: F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), Kinder- en jeugdpsychiatrie – Onderzoek en diagnostiek (pp. 92-103). Van Gorcum, Assen.

3. Gehechtheid

Gehechtheidsrelaties met vertrouwde volwassenen zijn een wezenlijke voorwaarde voor een normale ontwikkeling van kinderen. Een hechtingsstoornis uit zich in zich vroeg ontwikkelende abnormale vormen van sociale verbondenheid. Bij 'vroeg' wordt bedoeld 'gedurende de eerste vijf levensjaren'. Indicaties voor hechtingsproblemen uit zich in problematisch gedrag zoals bijvoorbeeld ongehoorzaamheid, driftbuien, slaan. Voor kleine kinderen met dit soort problemen is de Video-Feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) ontwikkeld.

Kinderen met matige tot ernstige verstandelijke en visuele beperkingen lopen meer dan andere kinderen kans op een verstoorde gehechtheid. Het ontbreken van gehechtheidsrelaties met vaste, bekende volwassenen kan leiden tot ernstig probleemgedrag dat met de gangbare gedrags-therapeutische aanpak niet kan worden verholpen. De Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) biedt een aanpak waarmee deze kinderen geholpen kunnen zijn.

3.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Allereerst wordt er met de ouders/verzorgers van de kinderen die worden aangemeld gesproken over de achtergronden van het kind en de problemen die de ouders/verzorgers bij de opvoeding ervaren. Vervolgens worden de kinderen onderzocht met het instrumentarium dat hieronder wordt genoemd. Nadat andere oorzaken van de gedragsproblemen zijn uitgesloten (ASS of mentale retardatie) gaat men voor de verklaring van het probleemgedrag uit van een gestoorde gehechtheid. Bij de eerstgenoemde interventie - VIPP-SD - wordt vooral de CBCL gebruikt. Bij kinderen die voor de ITGG in aanmerking komen, worden de gedragsproblemen vooral onderzocht met de andere genoemde instrumenten.

Gebruikte instrumenten:

- CBCL, zie hoofdstuk 2
- Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag (VOG, Koot & Dekker, 2001)
- Storende Gedragschaal-Z (SGZ, Kraijer & Kema, 2001)
- Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP, Kramer 2001)

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
VOG Vragenlijst over ontwikkeling en Gedrag Koot & Dekker, 2001	COTAN Betrouwbaarheid onvoldoende; Begripsvaliditeit voldoende; Normering voldoende.	Koot & Dekker (2001)
SGZ De Storend Gedragschaal Kraijer & Kema, 1994	De normen, de betrouwbaarheid, de begrips- en de criteriumvaliditeit werden door de COTAN in 1995 als goed beoordeeld op basis van Kraijer & Kema (1994).	Kraijer & Kema (1994)
CEP Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag Kramer red. 2001	Geen informatie gevonden in de geraadpleegde bronnen.	Kramer (red.) (2001)

3.2. Interventies

Video-Feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

De interventie Video-Feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van één tot en met drie jaar met lastig gedrag en/of ouders die onzeker zijn over het disciplineren van hun kinderen. Er zijn duidelijke contra-indicaties: kinderen met ontwikkelingsstoornissen (autisme, ADHD) of mentale retardatie; ouders met potentieel levensbedreigende psychiatrische problematiek; ouders verdacht van kindermishandeling. VIPP-SD voor opvoedingsondersteuning kan bij gezinnen met ernstige problematiek één van de interventie-modules zijn, in combinatie met andere vormen van ondersteuning.

De ontwikkelaars van deze interventie benadrukken dat ouderlijke sensitiviteit, gehechtheid en disciplinerende aspecten zijn bij het al dan niet ontwikkelen van externaliserend probleemgedrag. Het doel van de VIPP-SD is het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen door het versterken van ouderlijke sensitiviteit en bevordering van consistente maar sensitieve disciplinerende aspecten. De interventie is gebaseerd op de gehechtheidstheorie van Bowlby en Ainsworth, en de 'coercion' theorie van Patterson.

De VIPP-SD interventie is gezinsgericht en bestaat doorgaans uit zes sessies bij het gezin thuis. Moeder en kind worden in dagelijkse situaties gefilmd in episodes van 10-30 minuten. Een op de interventie getrainde therapeut geeft daarop feedback over de interactie met het kind om positieve interactie en sensitief disciplineren te bevorderen. De eerste vier sessies vinden elke drie tot vier weken plaats, de laatste twee sessies (herhalings sessies) kunnen iets meer gespreid plaatsvinden. De therapeut werkt volgens een algemeen protocol, maar stemt de uitwerking van de thema's af op de behoeftes van de individuele ouder-kindparen.

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van deze interventie. Alle onderzoeken toonden positieve resultaten aan. Volgens het classificatiesysteem van de erkenningscommissie van het Nederlands Jeugdinstituut hebben zij alle zeer sterke bewijskracht. Het betreft: Van Zeijl, J. e.a. (2006), Bakermans-Kranenburg et al. (2008a) en Bakermans-Kranenburg e.a. (2008b). Op grond van het beschikbare onderzoeksmateriaal luidt het oordeel: 'waarschijnlijk effectief'.

Voor de therapeuten is een uitgebreid draaiboek geschreven. Dit is beschikbaar, in combinatie met een demonstratie dvd. Daarnaast is het noodzakelijk dat de therapeuten een vijfdaagse workshop volgen bij de ontwikkelaar. De ontwikkelaar is het Centrum voor Gezinsstudies, Universiteit Leiden, Postbus 9555, 2300 RB Leiden, Telefoon (071) 527 39 45.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)

Sterkenburg & Schuengel (2008) zijn betrokken bij het implementeren en onderzoeken van de Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) in Bartiméus, een instelling die onderwijs, zorg en dienstverlening verzorgt voor mensen die slecht zien of blind zijn.

De ITGG is een behandeling voor kinderen met een visuele en ernstig verstandelijke beperking met een verstoorde gehechtheid, die ten gevolge daarvan gedragsproblemen vertonen, zoals agressie, automutatie en teruggetrokken gedrag. Bij kinderen met co-morbide ASS kan de interventie niet worden gebruikt. Behalve autisme gelden tevens als contra-indicaties: tactiele afweer en een instabiel opvoedings- en begeleidingssysteem. Het doel van de therapie is het opbouwen van een gehechtheidsrelatie om vervolgens van daaruit, met bijvoorbeeld een cognitieve gedragstherapie, de gedragsproblemen met enig succes te kunnen laten verdwijnen. De ITGG is dus onder meer in zekere mate een voorwaarde om andere noodzakelijke behandelingen mogelijk te maken.

De ITGG impliceert een behandeling van drie uur per week, verspreid over de week. De behandeling vindt plaats in de dagelijkse leefomgeving. Voor de kinderen waar het hier om gaat kan dat zowel het ouderlijk huis als de dagopvang zijn. Nadat in de eerste fase de gehechtheidsrelatie is opgebouwd, wordt in fase 2 de gedragsstoornis meestal met behulp van cognitieve gedragstherapie aangepakt. Tenslotte is er een derde fase van generalisatie en afronding. De duur van de therapie belooft

mogelijk één jaar. Aan de ITGG liggen uiteraard theorieën over gehechtheidsrelaties ten grondslag. Voor de behandeling van de gedragsstoornissen wordt, zoals gezegd, veelal aansluiting gezocht bij de CGT.

In Nederland verricht onderzoek heeft het effect van ITGG op verschillende onderdelen aangetoond. Er is duidelijk sprake van minder ontredde en gedragsproblemen, onder andere gemeten met het CEP en de SGZ (Sterkenburg & Schuengel, 2008). Braet & Bögels houden deze interventie voor 'waarschijnlijk effectief'. Voor zover bekend wordt de ITGG voornamelijk alleen uitgevoerd vanuit de afdeling psychotherapie van Bartiméus.

Bron: Braet & Bögels, 2008.

Literatuur

Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Pijlman, F.T.A., Mesman, J., & Juffer, F. (2008a). Experimental evidence for differential susceptibility to intervention: Dopamine D4 Receptor Polymorphism (DRD4 VNTR) moderates effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized control trial.

Developmental Psychology, 44, 293-300.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Mesman, J., Alink, L.R.A., & Juffer, F. (2008b). Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by DRD4: A randomized control trial on 1-3-year-olds screened for externalizing behavior.

Development & Psychopathology, 20, 805-820.

Koot, H.M. & Dekker, M.C. (2001). Handleiding voor de VOG: ouder- en leerkrachtversie. Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Kraijer, D.W. & Kema, G.N. (1994). SGZ, Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen. Handleiding. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Kramer, G.J.A. (red.) (2001). Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag. Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Utrecht.

Sterkenburg, P. & Schuengel, C. (2008). Behandelprotocol integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag. Braet, C. & Bögels, S.(Red.) Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten.

Boom, Amsterdam.

Zeijl, J. van, Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Stolk, M., Alink, A., & Koot, H. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers 1- to 3-year old children at risk for externalizing behavior problems; a randomized controlled trial.

Journal of consulting and clinical psychology 2006, Vol 74, no. 6, 994-1005.

4. Slaapproblemen

Meijer en Hofman noemen in hun beschouwing Assessment en protocollaire behandeling van slaapproblemen bij kinderen (Meijer & Hofman, 2008) verschillende mogelijke achtergronden en daarop geënte behandelmethoden van slaapproblemen bij zowel jongere als oudere kinderen. Het blijkt dat slaapproblemen door veel andersoortige problemen veroorzaakt kunnen worden. Daarmee verband houdend zal de aanpak van de slaapproblemen verschillen. Het kan zijn dat het slaapprobleem niet de hoofdklacht is, maar moet worden beschouwd als een symptoom van een ander probleem. In die gevallen zal eerst het andere hoofdprobleem moeten worden aangepakt.

4.1. Diagnostische en meetinstrumenten

In de eerste plaats wordt de slaapgeschiedenis in beeld gebracht vanaf de geboorte tot aan het moment van aanmelden. In de tweede plaats wordt er gedurende twee weken een slaaplogboek bijgehouden. Het artikel van Meijer en Hofman biedt hiervoor een model. Om er achter te komen of het slaapprobleem een symptoom of begeleidend probleem is van een ander probleem zal er met de ouders apart een gesprek worden gevoerd. Hierbij kan bijvoorbeeld pedagogische onmacht blijken. Voor onderzoek van het kind wordt de CBCL gebruikt. Zie hiervoor hoofdstuk 2 over diagnostische en meetinstrumenten.

4.2. Interventie

De interventie die hier aan de orde wordt gesteld is ter behandeling van slaapproblemen bij kinderen tot ongeveer 14 jaar ten gevolge van pedagogische onmacht. Andere oorzaken van slaapproblemen moeten worden uitgesloten; zij gelden als contra-indicatie voor de hier beschreven behandeling. De behandeling bestaat uit vijf bijeenkomsten van één uur. Het kind en zijn ouders komen samen bij de therapeut, met uitzondering van de derde sessie, waar de therapeut alleen met de ouders spreekt. De therapie bestaat uit een assessment van het slaapprobleem, het verschaffen van richtlijnen voor het gedrag overdag, optimale slaapomstandigheden en het inslapen aan de hand van het slaaplogboek, bespreking van de opvoedproblematiek met de ouders alleen en monitoring van het verloop van het slaapprobleem aan de hand van het slaaplogboek.

De interventie is gebaseerd op de gedragstherapeutische inzichten, opvattingen over slaaphygiëne en theorieën over opvoeden. Het is voornamelijk nog onbekend waar en hoe vaak de interventie wordt uitgevoerd. Volgens de systematiek van Braet & Bögels wordt deze interventie 'waarschijnlijk effectief' geacht.

Bron: Braet & Bögels, 2008.

4.3. Medicatie

Meijer en Hofman citeren onderzoekers die hebben aangetoond dat medicatie met slaapmiddelen slechts op korte termijn effectief is, terwijl gedragsbehandelingen zowel op korte als op lange termijn effectief blijken. Wanneer sprake is van een te late melatonine-afgifte, is behandeling met melatonine aangewezen.

Literatuur

Meijer, A.M. & Hofman, W. (2008). Assessment en protocollaire behandeling van slaapproblemen bij kinderen. Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

5. Encopresis

Encopresis wordt ook wel fecale incontinentie of broekpoepen genoemd. Hieronder vallen verschillende vormen van onmogelijkheid om de uitscheidingsfuncties te beheersen. Er wordt een algemeen onderscheid gemaakt tussen functionele en retentieve encopresis. Bij retentieve encopresis is sprake van obstipatie. Het onderscheid is van belang omdat bij retentieve encopresis het gebruik van medicatie geïndiceerd is. Meer hierover verderop.

5.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Een kind met encopresis komt allereerst bij de huisarts terecht, die vervolgens regelmatig doorverwijst naar de kinderarts. De kinderarts zal differentiaaldiagnostisch onderzoek uitvoeren. Er zal worden nagegaan wanneer het probleem begonnen is en of het een familiair probleem is. Ook wordt er gezocht naar antecedente en consequente gedragsdeterminanten.

Wanneer er sprake is van co-morbiditeit wordt de incontinentieproblematiek in een breder perspectief getaxeerd en behandeld. Bij kinderen met encopresis worden frequent internaliserende en externaliserende gedragingen gesignaleerd: agressiviteit, driftbuien, predelinquent gedrag.

Instrumenten om de internaliserende en externaliserende gedragingen in dit verband te meten zijn:

- CBCL, zie hoofdstuk 2
- Vragenlijst voor gezinsproblemen (VGF)
- Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI)

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
VGP Vragenlijst voor gezinsproblemen Koot, 1997	COTAN: Betrouwbaarheid voldoende; validiteit voldoende tot goed; normen onvoldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
NOSI Nijmeegse Ouderlijke Stress Index Brock e.a., 1992	COTAN: Betrouwbaarheid voldoende; validiteit goed; normen onvoldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

5.2. Psychotherapeutische interventie

In veel gevallen is het Protocol voor de behandeling van encopresis bij kinderen geïndiceerd. Deze interventie die door gedragstherapeutisch geschoolde gz-psychologen, pedagogen of kinderpsychiaters moet worden uitgevoerd, is bedoeld voor kinderen van 4-12 jaar met encopresis. Indien het kinderen betreft die zich erg afhankelijk van hun ouders betonen, kan de leeftijdsgrens van 15 jaar worden aangehouden. Co-morbide problemen waardoor kinderen en hun ouders niet worden uitgesloten zijn: moeilijk temperament, lichamelijke klachten, internaliserende en externaliserende problemen. Wanneer kinderen ernstige angst voor het toilet hebben, zullen eerst die angsten moeten worden behandeld voordat met de toilettraining kan worden begonnen. Als contra-indicaties voor de behandeling met deze interventie geldt: een organische oorsprong van de kwaal, niet te motiveren ouders, psychopathologie bij een van de ouders en gezinsproblemen, waarbij de incontinentieproblematiek als bliksemafleider fungeert.

Het doel van de interventie is de ouders te leren het tot dusver ontspoorde leerproces in goede banen te leiden met als resultaat een zindelijk kind en het bewerkstelligen van een goede verstandhouding tussen ouders en kind. Dit doel wordt bereikt door een mediatietherapie voor ouders, hetzij individueel of in groepen. Na een introductiegesprek volgen vijf gesprekken van 30 minuten. De ouders krijgen voor

thuis leeswerk mee en krijgen ook praktische huiswerkopdrachten te doen. Daarna volgt het behandeldeel, waarbij de ouders weten wat hen in de pedagogische relatie te doen staat. Dat behandeldeel duurt twee tot tien maanden, met maandelijks contacten met de therapeut. Zoals al gesuggereerd, is de interventie gebaseerd op gedragstherapeutische principes. Bij retentieve encopresis wordt de interventie gecombineerd met medicatie.

Er is weinig onderzoek naar de effectiviteit van deze interventie voorhanden. Voor zover er onderzoek is gedaan, geeft dit Braet & Bögels aanleiding tot de kwalificatie 'waarschijnlijk effectief'. Het is vooralsnog onbekend waar en hoe vaak de interventie wordt uitgevoerd. Meer informatie treft men aan bij Bosch (2008).

Bron: Braet & Bögels, 2008

5.3. Medicatie

Zoals eerder gesuggereerd is in het geval van retentieve encopresis een aanpak van mediatietherapie in combinatie met medicatie nodig. Samen met de gedragstherapeutische mediatietherapie wordt laxerende medicatie voorgeschreven, zoals macogol (Forlax of Movicolon). Daarmee wordt de darmobstructie opgeheven en wordt het kind weer gevoelig voor de aandrangprikkelers. Deze gecombineerde aanpak blijkt volgens de ontwikkelaar van het protocol dat hier aan de orde is, effectief (Bosch, 2008).

Literatuur

Bosch, J. (2008). Protocol voor de behandeling van encopresis bij kinderen. Braet, C. & Bögels, S. (Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Brock, A.J.L.L., de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). NOSI, handleiding experimentele versie. Pearson, Amsterdam.

Koot, H.M. (1997). Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen. Erasmus Universiteit, Rotterdam.

6. Enuresis nocturna en urine-incontinentie

Volgens DSM-IV wordt onder enuresis verstaan het al dan niet intentioneel lozen van urine in bed of kleding. Er is sprake van enuresis wanneer dit minstens twee maal per week gedurende drie opeenvolgende maanden voorkomt bij kinderen die een mentale leeftijd hebben van vijf jaar of ouder. De klacht is niet direct het gevolg van een somatische ziekte en is niet gebaseerd op onderliggende pathofysiologische mechanismen (Van Hoecke, 2008).

6.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Bij de intake voor de behandeling van enuresis nocturna en urine incontinentie (overdag), wordt ook het psycho-sociaal functioneren van het kind in kaart gebracht. Hierbij kan een keuze worden gemaakt uit de volgende vragenlijsten:

- CBCL, zie hoofdstuk 2
- Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VvGK)
- Hiërarchische Persoonlijkheidsvragenlijst bij Kinderen (HiPIC)
- Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (CBS-K)
- Zelfbeoordelingsvragenlijst voor Kinderen (ZBV-K)
- Sociale Angstschaal voor Kinderen (SAS-K)

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
VvGK Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen Oosterlaan e.a., 2008	Niet door COTAN getest. Eigen onderzoek geeft wisselend beeld.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
HiPIC Hiërarchische Persoonlijkheidsvragenlijst bij Kinderen	Voor zover bekend nog niet onderzocht.	www.hogrefe.nl/site/?/test/show/31
CBS-K Competentiebelevingsschaal voor Kinderen (Veerman e.a., 2004)	COTAN in 1998 Betrouwbaarheid voldoende; validiteit voldoende; normering voldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
ZBV-K Zelfbeoordelings Vragenlijst voor Kinderen Bakker e.a., 2004	COTAN in 1992 Betrouwbaarheid voldoende; begripsvaliditeit voldoende; criteriumvaliditeit onvoldoende; normering onvoldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
SAS-K Sociale Angstschaal voor Kinderen Dekking, 1983	COTAN in 1982 Betrouwbaarheid voldoende; begripsvaliditeit voldoende; normering goed.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

6.2. Psychotherapeutische interventies

In dit verband moeten hier twee interventies worden genoemd:

- Het Protocol voor de behandeling van kinderen met enuresis nocturna en urine-incontinentie (van Hoecke, 2008), dat als een 'waarschijnlijk effectieve methode' kan worden beschouwd;
- en als onderdeel daarvan de Droog Bed Training, die door het NJi als een theoretisch goed onderbouwde behandelwijze is aangemerkt (Vergeer, 2005).

Het genoemde Protocol voor de behandeling van kinderen met enuresis nocturna en urine-incontinentie is bestemd voor kinderen van zes tot twaalf jaar, die bedplassen al dan niet in combinatie met urine-incontinentie, met een overigens normaal ontwikkelingsverloop. Kinderen met milde vormen van ADHD en autismespectrumstoornissen worden niet van behandeling met dit protocol uitgesloten. Het doel van de behandeling is uiteraard het stoppen van de urine-incontinentie en het bedplassen. Bij een combinatie van enuresis nocturna met urine-incontinentie wordt er eerst in zes individuele sessies aan gewerkt om dit te stoppen. Vervolgens begint men aan het programmaonderdeel om het bedplassen te beëindigen. Dat gebeurt dan via 16 tweewekelijkse groepssessies en vier maandelijks follow-up sessies. Voor het welslagen van de therapie is een sterke betrokkenheid van de ouders vereist. De interventie is gebaseerd op spiertraining, gedragstherapie met gebruikmaking van een plaswekker.

Op grond van schaars onderzoek en ervaringen in de praktijk is het volgens de ontwikkelaar een 'waarschijnlijk effectieve methode'. Braet & Bögels bestempelen de interventie als 'werkzaam'. Het is onbekend of de interventie veel wordt toegepast. Meer informatie verschaft de publicatie van Van Hoecke (2008).

Bron: Braet & Bögels, 2008

De Droog Bed Training is bestemd voor kinderen vanaf 7 jaar met hardnekkig bedplassen, bij wie andere methoden geen resultaat hadden. Als contra-indicaties gelden: geringe motivatie bij ouders en kind, alsmede organische oorzaken van het bedplassen. Het voor de hand liggende doel van de interventie is de kinderen die bedplassen 'droog te krijgen' door het verlagen van hun wekdrempel. De behandeling vindt plaats in drie fasen bij het kind thuis en bestaat uit een combinatie van drie componenten: positieve oefeningen, de plaswekker en motivators (complimenten en cadeautjes). Een en ander is gebaseerd op de leertheorie en de principes van de gedragstherapie. De ontwikkelaars halen diverse studies aan waarin de effectiviteit is aangetoond. Het oordeel van het NJi luidde: 'bewezen effectief'. Vanwege de aanscherping van de criteria is de interventie nu voorlopig als 'theoretisch goed onderbouwd' aangemerkt.

De Droog Bed Training wordt uitgevoerd door hulpverleners van afdelingen Jeugdgezondheidszorg van GGD-en of Ambulante GGZ. Zij leren ouders en kinderen de DBT thuis uit te voeren. De interventie is ontwikkeld door Azrin, e.a. (1974) en verder door de Vrije Universiteit medisch centrum / EMGO-Instituut, afd. Sociale Geneeskunde, Prof. dr. R.A. HiraSing, en Dr. F.J.M. van Leerdam.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

De Droog Bed training is ook onderdeel van het uitgebreidere Protocol voor de behandeling van kinderen met enuresis nocturna en urine-incontinentie, zoals beschreven door Van Hoecke (2008).

6.3. Medicatie

Omdat enuresis ook een primair medisch probleem is, moeten bij de planning van de behandeling ook medische en biologische aspecten van de zaak in ogenschouw worden genomen en bij indicatie daartoe ook biologisch medisch worden behandeld. Wanneer het kind 's nachts te veel urine aanmaakt en hier geen specifiek medische oorzaken voor zijn, is Minrin een probaat middel. In verschillende studies is aangetoond dat de combinatie plaswekker en Minrin effectiever is dan een plaswekker met een placebo. Wanneer een kind een overactieve blaas heeft en/of een te kleine blaascapaciteit, kan het kind worden behandeld met anticholinergica, zoals Ditropan of Detrusitol. Deze medicijnen maken de blaas rustig waardoor de blaascapaciteit geoptimaliseerd wordt. Het terugvalpercentage is bijzonder hoog wanneer men stopt met medicatie, zeker wanneer niet tegelijkertijd gedragsinterventies plaatsvonden (van Hoecke, 2008). Urineweginfecties moeten volgens Van Hoecke (2008) met antibiotica worden behandeld.

Literatuur

Azrin, N.H., Sneed, T.J. & Foxx, R.M. (1974). Dry bed: rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 147-156.

Bakker, F.C., Wieringen, P.C.W. van, Ploeg, H.M. van der & Spielberger, C.D. (2004). Handleiding bij de Zelf-Beoordelings-Vragenlijst voor kinderen. ZBV-K. Een Nederlandstalige bewerking van de State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) van Spielberger e.a. Harcourt Assessment B.V., Amsterdam.

Dekking, Y.M. (1983). S.A.S.-K Sociale Angstschaal voor Kinderen. Handleiding. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Hoecke, E. van (2008). Protocol voor de behandeling van kinderen met enuresis nocturna en urine-incontinentie. In: Braet, C. & Bögels, S. (2008). *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Boom, Amsterdam.

Oosterlaan, J., Baeyens, D., Scheres, A., Antrop, I., Roeyers, H. & Sergeant, J.A. (2008). *Vragenlijst voor gedragsproblemen bij kinderen 6-16 jaar*, Handleiding. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Bergh, B.R.H. van den & Brink, L.T. ten (2004). *Competentiebelevingsschaal voor kinderen*. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Vergeer, M. (augustus 2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving Droog Bed Training*. Utrecht Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Gedownload op 15-05-2009 van www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

7. ADHD

Aandachtstekortstoornis met Hyperactiviteit (ADHD) is een veelvoorkomende stoornis op de kinder- en jeugdleeftijd (3-5%) met een hoge persistentie tot in de volwassenheid (1-1,5%). ADHD kenmerkt zich door drie kernsymptomen, te weten: aandachtstekortstoornis, hyperactiviteit en impulsiviteit. Het is een stoornis met een erg hoge co-morbiditeit.

Er is geen behandeling die de stoornis geneest, maar een goede begeleiding en behandeling kan het gedrag goeddeels normaliseren en de prognose sterk verbeteren. Omdat het een chronische stoornis betreft is langdurige behandeling en begeleiding nodig (van de Loo-Neus, 2006).

Naast de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) biedt ook het themadossier ADHD (www.nji.nl) in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut bruikbare informatie over achtergronden en behandel mogelijkheden.

7.1. Diagnostische en meetinstrumenten

De diagnose ADHD bij kinderen en jongeren wordt vastgesteld door een gesprek van een behandelaar met ouders en kind. In dat gesprek wordt een aantal vaste onderwerpen besproken, zoals de ontwikkeling van het kind tot nu toe, de familie, de schoolresultaten. Uiteraard worden ook de klachten doorgenomen, en het liefst tevens met bestaande protocollaire meetinstrumenten in kaart gebracht.

Er zijn diverse bruikbare vragenlijsten om ADHD te helpen vaststellen.

- CBCL (Child Behaviour Checklist) Ouder- en leerkrachtversie, zie hoofdstuk 2
- Anxiety Disorder Interview Schedule – Child version (ADIS-C)
- Diagnostic Interview Schedule for Children, zie hoofdstuk 2
- Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen (VVGK) ouderversie en leerkrachtversie
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), zie hoofdstuk 2
- ADHD vragenlijst (AVL)
- Conners' rating scales-revised: teacher rating scales, parent rating scales (CRS-R)

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
ADIS-C Anxiety Disorder Interview Schedule – Child version Siebelink & Treffers, 2001	Niet door COTAN beoordeeld. Zie verslag van onderzoek op www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
VVGK Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen ouderversie en leerkrachtversie Oosterlaan e.a., 2008	Niet door COTAN getest. Eigen onderzoek geeft wisselend beeld.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
AVL ADHD vragenlijst Scholte & Van der Ploeg, 2005	COTAN in 2005: Betrouwbaarheid goed; begripsvaliditeit goed; criteriumvaliditeit voldoende; normering voldoende	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
CRS-R Conners' Rating Scales-Revised: teacher rating scales, parent rating scales Conners, 1997	De oorspronkelijke versie uit 1986 is door COTAN als onvoldoende beoordeeld. Zie voor nader onderzoek www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Aanvullende informatie kan worden verkregen door middel van (spel)observatie, onderzoek naar de voorgeschiedenis wat betreft ontwikkeling en gezondheid (de zogenaamde medische anamnese) en andere vragenlijsten voor ouders, kind en de leerkracht. Eventueel volgt extra lichamelijk onderzoek om andere oorzaken uit te sluiten. Ook kan neuropsychologisch onderzoek plaatsvinden.

Voor oudere adolescenten en volwassenen is er een algemeen aanvaarde en erkende manier om ADHD vast te stellen: een landelijk protocol. Hierbij wordt een aantal vragenlijsten gebruikt om de betrokkenen te screenen. Kijk hiervoor op de website van PsyQ.

7.2. Psychotherapeutische behandeling

Algemeen

Verschiedende overzichtsstudies constateren dat ondanks de verwachtingen die men over het algemeen had van de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met ADHD, de resultaten tot nu toe tegenvallen. Zo constateren Southam-Gerow & Kendall (2000) dat in alle gevallen de resultaten van cognitieve gedragstherapie matig zijn en dat medicijnen aanzienlijk beter werken. Het maximale effect dat men heeft weten te bereiken is dat een lage dosis medicijnen in combinatie met cognitieve gedragstherapie even goede resultaten oplevert als een hoge dosis medicijnen alleen. Wat wel effect lijkt te hebben zijn gedragstherapeutische oudertrainingen.

Ook McClellan & Werry (2003) rapporteren minder optimistische resultaten van cognitieve gedragstherapie bij ADHD. Daarbij hebben zij dan vooral het bevorderen van verbeterde zelfcontrole door het aanleren van vaardigheden om problemen op te lossen op het oog – bijvoorbeeld de Stop-Denk-Doe-Methode. Uit gecontroleerde studies is volgens hen niet gebleken dat deze aanpak tot positieve resultaten leidt. Deze vorm van therapie kan wel van nut zijn wanneer zij wordt gecombineerd met andere multimodale behandelprogramma's.

Zo is er enige steun gevonden voor de veronderstelling dat gedragsmatige interventies in de schoolklas en training van ouders en leerkrachten in het consistent optreden bij moeilijk gedrag en het aanleren van ander gedrag tot gedragsverbetering leiden. Het is echter gebleken dat gedragsmatige interventies over het algemeen minder effectief zijn dan alleen medicatie, dat verbeteringen niet kunnen worden gegeneraliseerd in andere settings en dat ze geen stand houden na de periode van de therapie.

Gezien het voorafgaande is het begrijpelijk dat Van der Steege (2007), die zich gedeeltelijk op andere bronnen baseert, ook tot de conclusie komt dat cognitieve gedragstherapieën niet werken voor jeugdigen met ADHD. Zij maakt daarbij een voorwaardelijke uitzondering voor zelfinstructie, zelfcontrole of zelfregulatie trainingen. Zij sluit aan bij de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ door te stellen " (...) dat een zelfregulatietraining voor jeugdigen met ADHD effectief is als de gedragsproblemen voortkomen uit impulsiviteit. Deze interventie, gericht op het kind, dient echter niet standaard geïndiceerd te worden en (dient) in de context te staan van een oudertraining en/of leerkrachttraining. Pas als de omgeving de noodzakelijke structurerende aanpassingen heeft gerealiseerd, is het zinvol de zelfregulatie van het kind te trainen." (Van der Steege, 2007. p. 98.)

Theoretisch goed onderbouwde methoden

In het hiernavolgende komen acht interventies aan de orde.

Twee van deze interventies zijn gericht op het kind/de jongere met ADHD zelf. Het betreft:

- Cogmed Werkgeheugen Training
- Neurofeedback behandeling

Vijf van de interventies richten zich uitsluitend op de ouders van deze kinderen. Het betreft:

- Protocol voor behandeling van kinderen met ADHD
- Gedragstherapeutische groepsoudertraining voor ouders van kinderen met pervasieve ontwikkelingsstoornis
- Hoe kleiner hoe fijner
- De groepsmediatietherapie op maat
- Pubers met ADHD

Voor alle volledigheid zij opgemerkt dat het Protocol voor behandeling van kinderen met ADHD een bewerking is van de interventie Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma, dat bij de thema's ODD en CD in hoofdstuk 13 wordt behandeld. Het is dus begrijpelijk dat er grote overeenkomst tussen beide interventies blijkt.

Tenslotte is er één programma dat zich op het hele gezin van het kind met ADHD richt. Het betreft:

- Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)

Interventies gericht op de kinderen

Cogmed Werkgeheugen Training

Cogmed is een software programma dat is ontwikkeld voor kinderen vanaf 3 jaar met een onvoldoende functionerend werkgeheugen. Dit geldt onder andere voor kinderen met een diagnose van AD(H)D, maar een diagnose is geen vereiste voor de training. Het doel van het programma is het verbeteren van het werkgeheugen. Dat leidt naar verwachting tot een verbetering van het concentratievermogen, betere controle over impulsief gedrag en een verbeterd doorzettingsvermogen tijdens het uitvoeren van taken waarbij veel moet worden nagedacht. Het kind of de jongere wordt thuis begeleid door een trainingshulp. Dit is een volwassene, vaak een ouder, die het kind motiveert en ondersteunt tijdens de training. De jeugdige en de trainingshulp worden aangestuurd en begeleid door een gekwalificeerde Cogmed coach door middel van wekelijkse telefonische sessies.

De training duurt 30-45 minuten per dag, vijf dagen per week, gedurende vijf weken achtereenvolgend. In totaal zijn er dus 25 trainingsdagen. Vooraf vindt een aanvangsinterview en een startsessie plaats, achteraf een afsluitsessie en een follow-up sessie.

Een Cogmed coach hoeft geen achtergrond als medisch specialist met psychiatrische kennis. Een dergelijke achtergrond is echter wel gewenst bij het proces. Het is verplicht een psycholoog, orthopedagoog of arts als consultant te hebben voor overleg bij complexere casus. Een Cogmed coach dient de Cogmed Coach Opleiding bij 'Beterbrein' te volgen die bestaat uit een literatuurstudie, drie dagdelen theorie en 30 uur zelfstudie. Voor de opleiding is accreditatie gegeven door het NVO, K&J psycholoog. De cliënt betaalt 399 euro voor de user ID ten behoeve van het programma Cogmed.

Auteur: Torkel Klinberg, Karolinska Instituut te Stockholm. Meer informatie: www.beterbrein.nl.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

Neurofeedback behandeling

Neurofeedback is een geschikte therapie voor kinderen vanaf 5 jaar, adolescenten en volwassenen met een IQ van minimaal 65. Het is een behandelvorm die het zenuwstelsel (opnieuw) in balans kan brengen of in het geval van leer- en ontwikkelingsproblematiek leeftijdconform kan laten rijpen. Hierdoor kunnen diverse klachten baat hebben bij een neurofeedback behandeling. Onderzoek naar de effecten van Neurofeedback toont voorsnog veelbelovende resultaten aan met de behandeling van kinderen met AD(H)D. Bepaalde patronen in de hersenactiviteit hangen samen met specifieke

klachten. Door het beïnvloeden en op natuurlijke wijze veranderen van deviante patronen in de hersenactiviteit, verminderen klachten en worden prestaties verbeterd. Dit beïnvloeden en veranderen van de hersenactiviteit wordt bewerkstelligd door een training waarin het zelf genereren van de gewenste hersenactiviteit wordt beloofd.

Per behandeling zijn er minimaal 20 sessies van ongeveer drie kwartier nodig. Gemiddeld zijn er 30 sessies vereist, met een uitloop naar 40. Bij ernstige/gecompliceerde aandoeningen zijn soms meer sessies noodzakelijk. Een neurofeedback behandeling bestaat uit individuele trainingen. Het beste resultaat wordt behaald bij twee maal per week trainen op of rond hetzelfde tijdstip.

Voordat de behandeling start, vindt eerst een intake plaats zodat met de daarbij verzamelde gegevens een op maat gemaakt behandelprotocol kan worden vastgesteld. Deze gegevens worden verkregen door verschillende vragenlijsten en een interview. Daarnaast wordt een standaard full cap (minimaal 19 kanaals) EEG afgenomen. Vervolgens wordt er een QEEG/EEG-mapping gemaakt van dit ruwe EEG. Een QEEG is o.a. een vergelijking tussen het EEG van de cliënt en een gestandaardiseerde database met klachtenvrije normpersonen. EEG/QEEG Database-guided neurofeedbacktherapie is de 'gouden standaard' in de Neurofeedback therapie.

Volgens het behandelprotocol worden de gegevens van het ruwe EEG en het QEEG en de diverse vragenlijsten vergeleken met de daadwerkelijke klacht(en) van de cliënt. Alleen wanneer er overeenkomsten zijn, wordt er behandeld. Tijdens de behandeling wordt zowel de hersenactiviteit als de klachtervaring door middel van vragenlijsten en evaluatiegesprekken gemonitord. Beiden kunnen aanleiding geven tot bijsturing. Zodra er behoefte is tot een evaluatie van de gehele hersenactiviteit, (richtlijn is bij 20 sessies of meer) wordt er nogmaals een EEG/QEEG gemaakt. Na evaluatie hiervan wordt besloten of de behandeldoelen zijn behaald of dat deze bijgesteld moeten worden. De behandeling eindigt bij voorkeur met een afsluitend EEG/QEEG en meerdere vragenlijsten. Deze worden gebruikt om de effectiviteit van de training objectief vast te stellen.

Neurofeedback wordt uitgevoerd door een therapeut die minimaal kan worden aangemerkt als Psycholoog NIP, welke onder supervisie staat van een GZ psycholoog of psychotherapeut. Een opleiding tot neurofeedbacktherapeut met bijpassende supervisie is noodzaak. Deze trainingen worden verzorgd door EEG professionals (www.eegprofessionals.nl). Daarnaast dient neurofeedback apparatuur en EEG-opnameapparatuur (inclusief accessoires) te worden aangeschaft .

Meer informatie: Neurofeedback Instituut Nederland, www.neurofeedback.nl

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

Interventies gericht op de ouders van de kinderen met ADHD

Het Protocol voor behandeling van kinderen met ADHD.

Voor gezinnen met kinderen van 6-12 jaar waarvan de kinderen ADHD hebben is er Het Protocol voor behandeling van kinderen met ADHD (Van der Oord en Ten Brink, 2008). Co-morbiditeit met ODD of CD in het algemeen is geen contra-indicatie. Wel als contra-indicatie voor behandeling volgens dit protocol gelden: onvoldoende draagkracht van de gezinnen, psychiatrische of verslavingsproblematiek, te geringe ADHD-problematiek en laag cognitief functioneren van de ouders en/of de kinderen. Via het protocol worden ouders van de ADHD-kinderen in groepen van zes tot tien ouderparen in negen sessies van twee uur gedegen voorgelicht over ADHD en de gedragsproblemen die daarmee gepaard gaan. Voorts worden zij getraind in opvoedingsvaardigheden, waardoor het hinderlijke gedrag van hun kinderen zal verminderen. De training wordt gegeven in ggz-instellingen en instellingen voor kinderen en jeugdpsychiatrie.

De ontwikkelaars, Van der Oord & Ten Brink (2008) merken op dat in Amerikaans onderzoek de behandeling voor jonge kinderen effectief is gebleken. Bij adolescenten is geen effectiviteit gebleken. In de databank Effectieve Interventies van het NJi is de interventie Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma, waarop het protocol dat hier aan de orde is, is gebaseerd als theoretisch goed onderbouwd beoordeeld. Braet & Bögels komen met betrekking tot het protocol dat hier aan de orde is tot het oordeel 'werkzaam'.

Meer informatie: Van der Oord & Ten Brink, 2008.

Bron: Braet & Bögels, 2008

Gedragstherapeutische groepsoudertraining

Voor ouders van kinderen met een (pervasieve) ontwikkelingsstoornis.

Een interventie die in zekere mate gelijk is aan de groepsmediatietherapie op maat van Bandsma (zie verderop) is de Gedragstherapeutische groepsoudertraining voor ouders van kinderen met een (pervasieve) ontwikkelingsstoornis. De doelgroep van deze training bestaat uit ouders van kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar met een ontwikkelingsstoornis (ADHD en/of PDDNOS).

Het protocol is gericht op het vergroten van kennis van ouders over ADHD en PDDNOS, het uitbreiden van de vaardigheden in de omgang met het kind en het mogelijk maken dat ouders zich kunnen aanpassen aan het hebben van een kind met een ontwikkelingsstoornis. Ook het leren van elkaars ervaringen en lotgenotencontact zijn een belangrijk doel van de training. Het programma wordt doorlopen in 13 bijeenkomsten, inclusief de terugkombijeenkomsten. De training wordt gegeven in groepen van 6 ouderparen.

Het protocol kan worden uitgevoerd door alle hulpverleners die werken met kinderen met PDDNOS. In het protocol is een goede gedetailleerde beschrijving van de verschillende sessies van de behandeling aanwezig. Wat ontbreekt zijn richtlijnen in geval van voortijdige beëindiging van de behandeling en terugvalpreventie. Een beschrijving van relevante onderzoeksgegevens over de behandeling wordt summier genoemd. Een verantwoording van de gemaakte keuzes is niet aanwezig. Een beschrijving van relevante onderzoeksgegevens over de behandeling wordt summier genoemd. Onderzoek naar de effectiviteit van het protocol is in 2006 gestart.

Auteurs: C.A.J.M. van der Veen-Mulders, B.J. van den Hoofdakker, Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (UCKJP), Accare, Groningen.

Te bestellen bij: a.v.d.berg@accare.nl, telefoon (050) 3681100.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

Hoe kleiner hoe fijner

Voor de ouders die problemen ervaren bij de opvoeding van kleine kinderen van 0 tot 6 jaar die slecht luisteren en zich druk en lastig gedragen is er de interventie Hoe kleiner hoe fijner. De doelstelling van deze interventie is ouders handvatten te geven in de vorm van kennis en vaardigheden om het gedrag van hun kinderen te beïnvloeden. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de ouders in deze groepsoudertraining ook veel van elkaar kunnen leren.

De training bestaat uit zeven groepsbijeenkomsten van ruim twee uur, waarbij de groepsgrootte niet is aangegeven. Daarnaast vinden drie huisbezoeken plaats. De vaardigheden of kwalificaties van uitvoerenden worden niet expliciet beschreven. Het protocol bevat een handleiding voor de trainer(s) en een werkboek voor de ouders. De cursus is niet stoornisgericht maar klachtgericht. Er wordt niet ingegaan op de combinatie van kind-, ouder-, omgevingsfactoren, die etiologisch verband zouden kunnen houden met de klacht. In de publicatie zelf wordt geen theoretische onderbouwing gegeven. De ontwikkelaar grijpt echter terug op het werk van Russell A. Barkley, waarvan de theoretische onderbouwing beschreven staat in de interventie 'Opstandige kinderen, een compleet oudertrainingsprogramma' dat in het hoofdstuk over ODD en CD, hoofdstuk 13, aan de orde wordt gesteld. Er wordt in 'Hoe kleiner, hoe fijner' niet verwezen naar effectonderzoek van vergelijkbare cursussen en de eigen (klinische) ervaringen met deze cursus of effectonderzoek komen niet aan bod.

Auteur: E. ten Brink. Uitgever: Graviant Educatieve Uitgaven Doetinchem. ISBN: 90 75129 29 7.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

Groepsmediatietherapie op maat

Voor ouders van kinderen tussen 4 en 12 jaar is de Groepsmediatietherapie op maat ontwikkeld. Ook gescheiden ouders met goede onderlinge relaties kunnen zich inschrijven. Als contra-indicaties gelden: ernstige co-morbiditeit met andere stoornissen, een ruwe totaalscore op de CBCL hoger dan 70 en een probleemscore op meer dan 55 items, sociaal-psychiatrische problematiek bij ouders en ernstige relatieproblematiek tussen ouders.

De ouders leren door middel van psycho-educatie zo veel mogelijk van de achtergronden en implicaties van ADHD voor de opvoeding en voor de rest van het gezin. Verder is de therapie erop gericht de pedagogische relatie tussen ouders en het kind structureel te herstellen en gedragstherapeutische principes, die voor de opvoeding van belang zijn, zo natuurlijk mogelijk in te passen in de routine van alledag. De therapie wordt gegeven in de ruimtes van ambulante instellingen voor jeugd-ggz. De interventie bestaat uit negen sessies en twee follow-upsessies van 2½ uur in groep van maximaal vijf ouderparen. De hele training, met uitzondering van de follow-upsessies, duurt vier maanden. De therapie wordt volgens protocol uitgevoerd. De nadruk in de therapie ligt op psycho-educatie en het leren toepassen van gedragstherapeutische principes in de opvoeding. De ontwikkelaarster heeft beperkt eigen onderzoek uitgevoerd waaruit de werkzaamheid blijkt (Bandsma 1997). In de NJI-databank is de interventie als 'theoretisch goed onderbouwd' geïnclassificeerd. De groepsmediatie wordt in verschillende instellingen voor jeugd-ggz uitgevoerd.

Ontwikkelaar: mevrouw L.G. Bandsma. Het draaiboek is te verkrijgen bij: lgbandsma@hetnet.nl.

Bronnen: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Pubers met ADHD, een ouder-trainingprogramma

De doelgroep van deze interventie bestaat uit ouders van kinderen met ADHD, mogelijk in combinatie met gedragsstoornissen, in de leeftijd van 13-18 jaar. De doelen van het trainingsprogramma zijn:

- het vergroten van de kennis en de competentie met betrekking tot problemen die gerelateerd zijn aan de puberteit en/of ADHD;
- het gedrag van ouders zo te veranderen dat de kans op gewenst gedrag bij het kind toeneemt en de kans op ongewenst gedrag afneemt.

De training is bedoeld als groepsoudertraining, maar kan ook - indien gewenst - gegeven worden in individuele vorm. De training bestaat uit tien bijeenkomsten van twee uur.

De uitvoering van de training is in handen van twee trainers waarvan minimaal één een gedrags-therapeutische achtergrond heeft. De trainers dienen verder te beschikken over voldoende kennis van de ontwikkeling van het kind, van de ontwikkelingspsychopathologie, sociale leer- en gedrags-veranderende technieken en dienen ervaring te hebben met pubers met ADHD. Het protocol is direct uitvoerbaar in de praktijk. Voor een beginnende therapeut dient het de aanbeveling om een cursus of training te volgen die zich specifiek richt op de vaardigheden die nodig zijn bij het geven van een groepstraining.

E.L. ten Brink, Pubers met ADHD: Een ouder-trainingprogramma (€ 30,30). Uitgever: Swets & Zeitlinger Publishers. ISBN: 90 265 1704 1.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl.

Interventie gericht op het hele gezin

Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)

OVG is ontwikkeld door Hulp aan Huis te Groningen voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar waar sprake is van opvoedingsproblemen vanwege ontwikkelingsproblematiek bij de kinderen: een stoornis als ADHD, PPD-NOS of emotionele problematiek. De interventie is niet geschikt bij gebrek aan veiligheid in het gezin, tekort aan motivatie bij ouders en/of kind, psychiatrische of verslavingsproblemen en ernstige relatieproblemen tussen de ouders. Het doel van de OVG is het verbeteren van de communicatie binnen het gezin en het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Daarmee wordt naar verwachting het uiteindelijke doel bereikt: het vergroten van de ontwikkelingsmogelijkheden van de kinderen en het verminderen van hun gedragsproblemen.

De behandeling duurt ongeveer negen maanden; gedurende deze periode vindt er twee uur per week behandeling plaats. Psycho-educatie is een belangrijk element in die behandeling. Daarnaast leren de ouders zich praktische opvoedingsvaardigheden eigen te maken, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de competenties die zij hebben (empowerment). Er zijn in Nederland twee onderzoeken naar de effecten van OVG bekend, die overigens niet in peer-reviewed tijdschriften zijn verschenen. In één onderzoek (De Meyer & Veerman, 2004) wordt een klein effect op zowel vermindering van het probleemgedrag van de jeugdige (ES 0.40) als van de opvoedingsbelasting van de ouders (ES 0.47) aangetoond. Uit een meta-analyse (Veerman, Janssens & Delicat, 2004) blijkt een klein effect op vermindering van externaliserend probleemgedrag (ES 0.41) en een middelgroot effect op de vermindering van opvoedingsbelasting (ES 0.52).

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

7.3. Medicatie (ontleend aan Kalverdijk, 2010)

De eerste stap bij de behandeling van ADHD is uitgebreide psycho-educatie. Daarbij wordt zowel uitleg gegeven over de stoornis, over het verloop en de gevolgen als over de manieren om deze te hanteren. Bij lichte vormen kunnen dergelijke opvoedkundige adviezen voldoende zijn. Maar voor een gemiddelde of ernstige vorm van ADHD zijn medicamenteuze behandeling en gedragstherapie via de ouders of school (mediatietherapie) het beste onderbouwd.

Op basis van vergelijkend onderzoek blijkt medicatie in de vorm van stimulantia of atomoxetine het meest effectief en ook bij de meeste kinderen met ADHD een gunstig effect op te leveren. Als medicatie wordt gecombineerd met mediatietherapie wordt er een nog wat beter resultaat behaald. Er kan dus voor gekozen worden om deze behandelvorm toe te voegen. Ouders hebben bovendien soms een uitgesproken voorkeur voor niet-medicamenteuze behandeling. Dan kan in eerste instantie voor mediatietherapie gekozen worden. Zeker voor medicatie geldt dat het effect slechts aanwezig is zolang de medicatie wordt gebruikt. Medicatie is dus niet 'genezend' bij ADHD.

Het onderzoek naar de winst op de lange termijn staat helaas nog in de kinderschoenen. Er wordt hierbij gekeken naar manieren waarop er een ongunstige uitkomst is op de termijn van jaren zoals schooluitval, tienerzwangerschap, justitie contacten. Voor bijvoorbeeld het risico op verslaving is er enige onderbouwing voor een beschermend effect van een medicamenteuze behandeling van ADHD.

Principes van de behandeling

Voordat een medicamenteuze behandeling gestart kan worden moet goede uitleg worden gegeven aan ouders en kind, waarbij het vooral belangrijk is dat zij goed op de hoogte zijn van:

- de te verwachten werking (wat zijn de belangrijkste klachten waarop effect verwacht kan worden, en op welke niet);
- eventuele alternatieve vormen van behandeling;
- bijwerkingen en risico's;
- de controles die moeten plaatsvinden.

Ook bezwaren en zorgen over medicatie moeten aan de orde komen. Ouders en het kind moeten gemotiveerd zijn om te starten met medicijnen. Omdat medicatie lang moet worden gebruikt moet er aandacht zijn voor de motivatie ermee door te gaan. Bij ouder wordende kinderen worden ook zij zelf steeds belangrijker op dit punt. Het regelmatig uitwisselen van vragen en informatie is hiervoor belangrijk. Zo kunnen goede keuzes gemaakt worden, en nieuwe ontwikkelingen goed meegewogen worden. De inname van medicatie, vooral de stimulantia, luistert nauw omdat de medicatie niet zo lang werkt. Om de werking zo goed mogelijk te beoordelen zijn diverse hulpmiddelen beschikbaar. Zo is het belangrijk om de behandeling aan de hand van vragenlijsten te evalueren. Zo kunnen eventuele veranderingen goed in kaart gebracht worden door ouders, het kind zelf, de school en andere personen die belangrijk zijn voor dit kind.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de stimulantia het middel van eerste keus zijn. De kort werkende varianten worden om economische redenen en vanwege de flexibiliteit in doseren meestal als eerste ingezet. Steeds vaker wordt gekozen voor langer werkende toedieningsvormen van methylfenidaat, die het voordeel hebben dat het aantal inname momenten minder wordt en waardoor er een wat betrouwbaarder behandelingseffect mogelijk is. Lang werkende stimulantia worden meestal slechts gedeeltelijk vergoed. Vooral als methylfenidaat niet aanslaat, of bij sommige bijwerkingen, kan

men dexamfetamine als alternatief stimulantium proberen. Het is een voordeel dat de stimulantia snel werken en vaak ziet men al vanaf het begin dat er iets in positieve zin verandert.

Als deze middelen niet effectief zijn of niet worden verdragen kan men als tweede keus uitwijken naar een andere geneesmiddelengroep: de noradrenerg werkende middelen. In deze groep is atomoxetine (Strattera®) het beste onderzocht en het meest effectief. De werking komt pas na meerdere weken volledig op gang. Atomoxetine wordt meestal goed verdragen. Ook dit middel wordt door de meeste verzekeraars slechts voor een klein deel vergoed.

Bijwerkingen en Comorbide stoornissen

Bij ADHD komen dikwijls en diverse comorbide stoornissen en klachten voor. Bij de keuze van de elementen van de behandeling is dit van belang. Ook bij de keuze van medicatie is comorbiditeit soms een factor. Zo kunnen bijvoorbeeld bij tics de ADHD symptomen de focus van behandeling zijn, en is de combinatie van stimulantia en clonidine te overwegen. Als er sprake is van toename van tics als bijwerking van de stimulantia kan ook switchen naar atomoxetine worden overwogen.

Tijdens de behandeling van ADHD met medicatie ontstaan er dikwijls vragen over de hantering van bijwerkingen Deze zijn meestal niet ernstig, maar kunnen wel hinderlijk zijn en daardoor de acceptatie van een langdurige behandeling in de weg staan. Voorbeelden van hinderlijke bijwerkingen zijn beïnvloeding van de eetlust en slaap. Elk van deze bijwerkingen dient zorgvuldig begeleid te worden en zal vaak moeten leiden tot aanpassingen.

Bij de medicamenteuze behandeling van ADHD geldt dat er minimaal eens per halfjaar een controle moet plaatsvinden. Aan het begin van de behandeling, bij het instellen op het middel, zijn deze controles uiteraard frequenter. Enerzijds moet er controle plaatsvinden van lengte, gewicht en bloeddruk. Verder moet de dosis regelmatig worden aangepast en moet worden bekeken hoe het staat met bijwerkingen. Veel kinderen blijken suboptimale doseringen te krijgen. Met het gezin moet telkens afgewogen worden of de werking ten opzichte van eventuele bijwerkingen kan worden verantwoord.

Literatuur

Bandsma, L.G. (1997). Groepsmediatietherapie op maat voor ouders van ADHD-kinderen, evaluatie van een therapeutische interventie: effecten en efficiëntie. *Kind en Adolescent* 18, p. 73-84.

Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Boom, Amsterdam.

Conners, C.K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised*. North-Tonawanda: MHS.

Kalverdijk, L.(2010). *ADHD, Medicatie*. Gedownload 31-01-2010, www.kenniscentrum-kjp.nl.

Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K., Gillberg, C. G., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2005). Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD – a Randomized, Controlled, Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (2), 177-186.

Klingberg, T., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 781-791.

Loo-Neus, G.H.H. van de. (2006). *Inleiding op het thema ADHD*. Gedownload 28-07-2009, www.kenniscentrum-kjp.nl.

McClellian, J.M. & Werry, J.S.(2003). Evidence Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42:12, 1388-1400.

Meyer, R.E. de & Veerman, J.W. (2004a). Resultaten Hulp aan Huis Drenthe. Tabellenboek 2003. Praktikon, Nijmegen.

Oord, S. van der, & Brink, E. ten (2008). Protocol voor de behandeling van kinderen met ADHD. Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten.
Boom, Amsterdam.

Scholte, E.M. & Ploeg, J.D. van der (2005). Handleiding ADHD-vragenlijst.
Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Siebelink, B.M. & Treffers, Ph.D.A. (2001). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child version. ADIS-C Handleiding.
Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Southam-Gerow, M.A. & Kendall, PH.C. (2000). Cognitive Behavior Therapy with Youth: Advances Challenges, and Future Directions.
Clinical Psychology and Psychotherapy, 7. 343-366 (2000).

Steege, M. van der (april, 2005): Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling.
NIZW, Utrecht.

Steege, M. van der, (2007). Basisschoolleerlingen met gedrags- en emotionele problemen. In: Konijn, C., Van der Steege, M., Elderman, E., Bruinsma, W. & Van der Braak, J. (2007). Werkzame Werkwijzen, Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg.
Nederlands Jeugdinstituut en Adviesbureau Van Montfoort.

Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M. & Delicat, J.W. (2004). Opvoeden in onmacht, of ... ? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag.
Praktikon, Nijmegen.

www.nji.nl/jeugdinterventies > kennis > dossiers. Gedownload 25-01-2010.

8. Autismespectrumstoornissen

In dit hoofdstuk zijn de diagnostische instrumenten en interventies gericht op pervasieve ontwikkelingsstoornissen aan de orde. Deze worden ook wel aangeduid met de term 'autisme spectrum stoornissen' (ASS). Deze groep wordt in de classificatiesystemen DSM-IV-TR (APA, 2000) en ICD-10 (WHO, 1994) gekenschetst door problemen in de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden en een beperkt repertoire van spel en gedrag. De 'autisme spectrum stoornissen' behoren tot de neuropsychiatrische stoornissen met een heterogene etiologie en een heterogeen klinisch beeld.

De volgende subgroepen worden onderscheiden binnen het autisme spectrum: autistische stoornis (het prototype 'klassiek autisme'), stoornis van Asperger, syndroom van Rett, Desintegratieve stoornis en een restgroep 'Not Otherwise Specified' (PDD-NOS).

Autisme wordt gezien als de meest ernstige variant van ASS. De kenmerkende problemen in de interactie en communicatie gaan gepaard met problemen op vele andere gebieden, zoals agressie, automutilatie, hyperactiviteit, dwangmatig gedrag, stereotypieën, tics, stemmingsstoornissen en slaapproblemen, epilepsie (25%) en verstandelijke beperking (70%).

De term PDD-NOS wordt gebruikt voor kinderen met sociale en communicatieve problemen zoals men die ziet bij autisme, maar in onvoldoende mate om strikt aan de criteria voor de diagnose autisme te voldoen. Men spreekt daarom ook wel van 'aan autisme verwante problematiek'. In termen van officiële classificatiesystemen is de 'aan autisme verwante' problematiek echter lastig onder te brengen. Vooral nog wordt de term PDD-NOS gebruikt wat staat voor Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (Lahuis & Serra, 2006).

8.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Men gebruikt bij de eerste screening vaak de volgende a-specifieke instrumenten:

- CBCL, zie hoofdstuk 2
- TRF, zie hoofdstuk 2
- YSR, zie hoofdstuk 2
- SCQ, Vragenlijst Sociale Communicatie (SCQ)
- AVZ-R, Autisme- en Verwante stoornissenschaal
- ESAT, Early Screening of Autistic Traits Questionnaire
- BRIEF, Behavior Rating Inventory of executive Functions

Voor klinische diagnostiek worden de volgende instrumenten aanbevolen:

- CARS, Childhood Autism Rating Scale
- Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Kinderen (VISK)
- Diagnostisch interview met ouders/verzorgers voor autisme, ADI-R
- Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS
- SRS, Social Responsiveness Scale
- ToM-test

Instrumenten voor screening

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
SCQ Vragenlijst Sociale Communicatie.	De SCQ blijkt het goed te doen op ieder IQ niveau (Berument e.a., 1999).	www.kenniscentrum-kjp.nl. Vlaams/Nederlandse vertaling beschikbaar bij Uitgeverij SIG www.sig-net.be

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
AVZ-R Autisme- en Verwante stoornissenschaal voor zwakzinnigen - revisie D.W. Kraijer, 2004	COTAN beoordeelde de AVZ-R op basis van het onderzoek met de AVZ-R-1992 normgroep (n=1096). Normen, betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit: goed. Criteriumvaliditeit: voldoende. (Evers, 2000). Recentere uitgave niet beoordeeld.	www.kenniscentrum-kjp.nl
ESAT Early Screening of Autistic Traits Questionnaire Voor jonge kinderen met een (ontwikkelings)leeftijd van 0 t/m 36 maanden. Buitelaar, van Daalen, Dietz, Van Engeland & Van der Gaag, 2009.	COTAN: nog niet aangeboden.	www.kenniscentrum-kjp.nl
BRIEF Behavior Rating Inventory of executive Functions. Gioia, Isquith, Guy, et al. 2000.	Rapportage over kwaliteit in Malloy & Grace, 2005. Betrouwbaarheid goed, validiteit onduidelijk.	www.kenniscentrum-kjp.nl

Diagnostische instrumenten

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
CARS Childhood Autism Rating Scale	De geraadpleegde bronnen bevatten hierover geen informatie. Mogelijk aanwijzingen in Pilowsky e.a., 1998	www.kenniscentrum-kjp.nl Engelstalige scoringsformulieren te bestellen via: www.wpspublish.com
VISK Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag bij Kinderen Hartman e.a., 2007	COTAN in 2003: normen en criteriumvaliditeit onvoldoende; betrouwbaarheid en begripsvaliditeit voldoende. Er wordt continu onderzoek gedaan naar en met de VISK.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Diagnostisch interview met ouders/verzorgers voor autisme, ADI-R. Rutter e.a., 2003	De geraadpleegde bronnen bevatten hierover geen informatie	www.kenniscentrum-kjp.nl Nederlandstalige versie verkrijgbaar bij www.hogrefe.nl
ADOS Autism Diagnostic Observation Schedule Lord e.a., 2000	De geraadpleegde bronnen bevatten hierover geen informatie.	www.kenniscentrum-kjp.nl Engelstalige versie verkrijgbaar bij www.wpspublish.com
SRS Social Responsiveness Scale. Constantino, J.N. & Gruber, C.P. (2005). Manual. Los Angeles, Western Psychological Services.	Nog niet gevalideerd voor Nederlands-Vlaamse populatie.	www.kenniscentrum-kjp.nl
ToM-test Theory of Mind Steerneman e.a., 2000	Op basis van Steerneman e.a. (2000) lijken voor de hele TOM-test de interne consistentie, de test-hertest betrouwbaarheid, de inter-beoordelaars-betrouwbaarheid, de construct validiteit, de discriminante validiteit en de concurrente validiteit goed te zijn.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Kanttekeningen bij zowel ADI-R als ADOS:

- De ADI-R en de ADOS-G bieden de onderzoeker veel informatie en zijn waardevol voor het diagnostisch onderzoek naar een autistische stoornis (AD) en een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD) bij matig en licht verstandelijk beperkte kinderen en jeugdigen.
- Bij laag functionerende kinderen en jeugdigen blijft diagnose ASS moeilijk.
- Combinatie van beide instrumenten lijkt de beste basis voor het meten van ASS, overeenkomstig de aanwijzingen van de auteurs van de ADI-R en ADOS-G.
- Beide instrumenten, maar met name de ADI-R, zijn tijdrovend vanwege afname duur en training (De Bildt e.a., 2004).
- De SRS geeft een duidelijk beeld van het functioneren van een kind wat betreft: sociaal bewustzijn, verwerking van sociale informatie, vermogen tot sociale wederkerigheid, sociale angst en preoccupaties. De lijst is vooral geschikt voor het identificeren en in kaart brengen van problemen bij de aan autisme verwante contactsstoornissen, zoals de Stoornis van Asperger of PDD-NOS (Richtlijn diagnostiek en behandeling van Autisme Spectrum Stoornissen (ASS)).

8.2. Psychotherapeutische interventies

Met betrekking tot kinderen met een autismespectrumstoornis zijn zeven interventies in de geraadpleegde bronnen gevonden. Er zijn twee therapieën die uitsluitend zijn gericht op de cliënten met ASS:

- ToM-training, waarbij ToM staat voor Theory of Mind; de training is uit 2004 en herzien in 2008, gericht op de jeugdigen van 6 tot 16 jaar met ASS.
- Ik ben speciaal, werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme.

Verder zijn er vijf therapieën die gericht zijn op de jeugdigen met ASS en hun ouders:

- Individuele oudertraining voor ouders met kinderen met autisme
- Gedragstherapeutische Groepsoudertraining
- Sociale vaardigheidstraining: aangepaste methode voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen. Bij deze training worden behalve de ouders ook de leerkrachten betrokken.
- Puber SoVa
- Pivotal response treatment

Therapieën gericht op cliënten met ASS

ToM-training

De ToM-training is in zekere zin een therapie op maat, gebaseerd op de Theory of Mind (Steerneman e.a., 1996). De ToM-training die hier wordt besproken (Steerneman e.a., 2008) is identiek aan de interventie Leren denken over denken en leren begrijpen van emoties (Steerneman, 2004).

De training is bedoeld voor jeugdigen met autismespectrumstoornis van zes tot zeventien jaar. Zij moeten over een non-verbaal IQ van minimaal 70 beschikken. Het doel van de ToM-training is het ontwikkelen van zelfbesef bij de jeugdigen met ASS. Ook worden vaardigheden ontwikkeld om sociale situaties in te schatten, emoties bij zichzelf en anderen te herkennen en zich in anderen te verplaatsen. De ToM-training wordt vaak in schoolsituatie gegeven. De training bestaat uit 24 wekelijkse sessies van één uur in groepjes van 2 tot 6 jeugdigen met twee therapeuten. Soms, al naar gelang het oordeel van de therapeut, wordt er individueel gewerkt. Er is een parallelle oudertraining van zes sessies.

Volgens de Theory of Mind delen kinderen vanaf een jaar of vier een zogenaamde common-sense mentalistische psychologie waarbij de begrippen 'beliefs' (ideeën en gedachten over de sociale werkelijkheid), 'desires' (verwachtingen) en 'intentie' (doelgerichte actie) wezenlijk zijn. Beliefs en desires verklaren intentioneel gedrag. Als kinderen het besef hebben van desires en beliefs en dit ook toekennen aan anderen, is het mogelijk intentionele acties te begrijpen. De ToM heeft acht verschillende bouwstenen, te weten de cognitieve vaardigheden: perceptie & imitatie, emoti herkenning, doen alsof, begrip van verschil tussen mentale en fysische wereld, first order belief, false belief, second order belief, begrip van (complexe) humor. Wanneer alles normaal is, ontwikkelen kinderen deze vaardigheden in de eerste acht levensjaren. Door het afnemen van een zogenaamde ToM-test en de Vragenlijst Communicatie komt de ToM-therapeut te weten met betrekking tot welke bouwstenen de betreffende jeugdige vaardigheden mist. Daarop wordt de specifieke inhoud van de ToM-training per individu afgestemd. Met het oog daarop kan een keuze worden gemaakt uit 200 sessieonderdelen.

Effectonderzoek laat positieve resultaten van de ToM-training zien op zowel de sociaal-cognitieve als de sociaalcommunicatieve ontwikkeling. Braet & Bögels beoordelen de interventie als 'veelbelovend'. De training wordt gegeven door ggz-instellingen, vooral en bij voorkeur binnen het speciaal onderwijs. Meer informatie treft men onder meer aan in Steerneman, P., Smits, K. & Schalken, L. (2008) *Bronnen: www.kenniscentrum-kjp.nl en Braet & Bögels, 2008.*

Ik ben speciaal, werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme

Ik ben speciaal is de titel van een werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme. De doelgroep bestaat uit kinderen, jongeren en volwassenen met een ASS, broers en zussen en leeftijdgenoten. Het protocol is ook geschikt voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en een ASS. De doelstelling bestaat uit het realiseren van Psycho-educatie, waarbij het erom gaat mensen met een ASS vaardigheden te leren om zijn of haar handicap te leren hanteren in zijn of haar leven. Het programma kan zowel als groepstraining met groepen van vijf tot acht deelnemers, als ook individueel worden uitgevoerd.

Het aantal zittingen kan variëren van negen tot maximaal 15. De duur is wisselend van 45-60 minuten voor kinderen individueel tot 90-120 minuten voor een groepstraining van kinderen of volwassenen.

Het protocol wordt uitgevoerd door een begeleider die voldoende ervaring heeft in het werkveld autisme, een grondige kennis bezit van de autistische informatieverwerkingsstijl endie bij voorkeur niet tot de dagelijkse leefomgeving van de deelnemer behoort. De begeleider dient de socratische (gespreks)methode te kunnen hanteren, flexibel te zijn, voldoende structuur te hebben, een accepterende, positieve, directieve houding te hebben. Voor een groepstraining zijn twee begeleiders nodig. Als de groep wordt samengesteld uit deelnemers van eenzelfde setting (leefgroep, school) is het raadzaam om een ondersteunende begeleider toe te voegen die de deelnemers goed kent.

Het protocol bevat relevante onderzoeksgegevens en een theoretische onderbouwing voor de diverse onderdelen van de behandeling, te weten psycho-educatie, zelfbeeld, de socratische methode. De verschillende fasen in psycho-educatie zijn duidelijk omschreven evenals informatie over technieken en strategieën. Het protocol is nog niet op effectiviteit onderzocht. De auteur zou dit graag zien gebeuren maar is van mening dat anderen dan hijzelf dat zouden moeten doen.

Auteur: Peter Vermeulen, Versie 2, 2005. Uitgeverij: EPO. ISBN: 9064453691

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

Therapieën gericht op jeugdigen met ASS en hun ouders

Oudertraining voor ouders met kinderen met autisme en de Gedragstherapeutische Groepsoudertraining

De individuele oudertraining voor ouders met kinderen met autisme, van Warners en van den Hoofdakker (2008), lijkt een geactualiseerde bewerking van de Gedragstherapeutische Groepsoudertraining van Van der Veen-Mulders & Van den Hoofdakker die ook is opgenomen op de website van het Landelijk kenniscentrum KJP. De training is bedoeld voor ouders met een kind van 2 tot 12 met autisme, gedragsproblemen en een normale intelligentie. Om tot de oudertraining toegelaten te kunnen worden is de motivatie van ouders vereist. Als het kind medicatie krijgt, moet deze zijn ingesteld. Als contra-indicaties gelden: de diagnose is door de ouders nog niet verwerkt en interfererende psychische problemen. Het doel van de oudertraining is het vergroten van kennis en inzicht in autisme, het leren van extra vaardigheden bij opvoeding van een kind met autisme, en het helpen van de ouders zich aan het kind aan te passen.

De oudertraining bestaat uit 14 wekelijkse sessies van ongeveer één uur in groepen van rond de zes ouderparen. Na sessie vijf, wordt de frequentie iets minder: soms om de twee weken. In een later stadium is er de mogelijkheid van boostersessies. Er vindt veel psycho-educatie plaats en voor het overige wordt er vooral gewerkt volgens gedragstherapeutische principes en inzichten.

Er is nog geen onderzoek naar de effecten van de oudertraining gedaan. De training is echter wel gedegen theoretisch onderbouwd. Braet en Bögels beschouwen het ouderprotocol als 'veelbelovend'. De oudertraining wordt gegeven vanuit instellingen voor ambulante ggz.

Meer informatie is te vinden bij Van Warners & Van den Hoofdakker (2008).

Bronnen: www.kenniscentrum-kjp.nl en Braet & Bögels, 2008.

Sociale Vaardigheidstraining: Aangepaste Methode voor Kinderen met Ontwikkelingsstoornissen

Voor kinderen van 9 tot 12 jaar met ontwikkelingsstoornissen (ADHD en/of PDD-NOS) en hun ouders en leerkrachten hebben medewerkers van het Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Accare, te Groningen de Sociale Vaardigheidstraining: Aangepaste Methode voor Kinderen met Ontwikkelingsstoornissen ontwikkeld. Het protocol is gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen van het kind en het vergroten van het gevoel van competentie in diverse sociale situaties. Daarnaast is de training gericht op het uitbreiden van het arsenaal aan (sociale) vaardigheden bij de kinderen met ADHD en/of PDD-NOS. De ouderbijeenkomsten en de leerkrachtbijeenkomsten zijn voornamelijk gericht op informatie-uitwisseling en onderlinge afstemming van hun gedrag ten opzichte van de kinderen.

De kindergroepen bestaan uit zes kinderen; zij komen ongeveer 25 maal bij elkaar. De oudergroep telt dertien zittingen, inclusief een terugkombijeenkomst. Daarnaast zijn er drie leerkrachtbijeenkomsten. Het protocol kan worden uitgevoerd door alle hulpverleners die werken met kinderen met

ontwikkelingsstoornissen als ADHD en/of PDD-NOS. De training wordt uitgevoerd aan de hand van een goede algemene beschrijving van de behandeling met een goede beschrijving van de technieken en strategieën die worden toegepast. Ook de beschrijving van de verschillende fasen binnen die behandeling en bijbehorende doelen is goed. In het protocol is een goede gedetailleerde beschrijving van de behandeling aanwezig met duidelijke werkbladen. Een algemene beschrijving van de behandeling met een verantwoording van de gemaakte keuzes is er wel, maar summier. Een beschrijving van relevante onderzoeksgegevens over de behandeling ontbreekt. Onderzoek naar de effectiviteit van het protocol is gestart.

Auteurs: C.A.J.M. van der Veen-Mulders; B.J. van den Hoofdakker; S. van Warners, Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Accare, Groningen, 2003.

Bestellen: a.v.d.berg@accare.nl, telefoon (050) 368 11 00.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

PuberSoVa: Sociale vaardigheidstraining voor adolescenten met een pervasieve ontwikkelingsstoornis

De PuberSoVa is een groepstherapie bedoeld voor jongeren in de leeftijd van 14-17 jaar (IQ > 80) met een diagnose in het autisme spectrum, PDD-NOS of Syndroom van Asperger. De training kan ook gegeven worden indien sprake van comorbiditeit (bijvoorbeeld ADHD) mits de hoofdklacht van de adolescent zich concentreert rond sociale problematiek in het omgaan met leeftijdgenoten. Met de sociale vaardigheidstraining wordt beoogd de competentie te vergroten en het zelfvertrouwen te laten toenemen in sociale situaties.

De therapie bestaat uit 15 zittingen van anderhalf uur, die bij voorkeur wekelijks plaatsvinden. De sociale vaardigheidstraining voor adolescenten wordt geleid door twee therapeuten. Deze therapeuten dienen ervaring en kennis te hebben van de gedragstherapeutische principes en ervaring in het werken met jongeren met een pervasieve ontwikkelingsstoornis is gewenst. De therapeuten nemen voor elke zitting minimaal één uur voorbereidingstijd om zo samen per jongere de specifieke problematiek door te nemen, zodat zij daar aandacht aan kunnen schenken en de therapie daarop af kunnen stemmen. Het protocol kan direct in de praktijk worden toegepast.

Auteurs: L. Vet, T. Gras & M. Neef, Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (UCKJP), Accare, Groningen.

Bestellen: Op korte termijn wordt een uitgave in boekvorm verwacht.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

Pivotal Respons Treatment, PRT

Op basis van buitenlands onderzoek (Koegel e.a. 1999 en 2003) kan worden gesteld dat de Pivotal Respons Treatment, een evidence based gedragstherapeutische behandeling is voor kinderen en jongeren. Het Centrum Autisme (www.centrumautisme.nl) is door de Amerikaanse ontwikkelaars van de therapie gecertificeerd om deze behandelvorm toe passen en te trainen aan derden.

De PRT richten zich op tekorten – op het gebied van vaardigheden - die een centrale rol spelen bij kinderen met autisme. Voorbeelden van centrale vaardigheden zijn initiatief nemen en gemotiveerd zijn om contact aan te gaan met anderen. Door de behandeling te richten op deze vaardigheden zien we dat het kind andere vaardigheden – bijvoorbeeld het delen van plezier - automatisch ontwikkelt. PRT heeft verschillende concrete doelen:

- vergroten van de motivatie van het kind om interacties met anderen aan te gaan;
- vergroten van de communicatieve vaardigheden van het kind;
- overbrengen van PRT-technieken op ouders zodat zij deze kunnen gebruiken in de dagelijkse leefomgeving van het kind.

De behandelduur is ongeveer een jaar en bestaat in Nederland uit drie fases. In de eerste fase van drie maanden wordt een van de ouders twee keer per week getraind in de aanpak en de technieken. In de tweede fase van zes maanden, worden naast de ouders ook de eventuele begeleiders of leerkrachten van de dagbesteding door de trainer en ouder getraind. In de derde fase (de afrondende fase) worden infrequent nog enkele specifieke doelen besproken en getraind ten behoeve van generalisatie.

De behandelaar is bij voorkeur een gedragstherapeutisch medewerker of ervaren hbo geschoolde trainer met kennis van autisme en gedragstherapie. De hoofdbehandelaar die samen met de trainer de doelen

samenstelt, de ontwikkelingen bewaakt, de workshops geeft en de eventuele ouderbegeleiding uitvoert is een GZ psycholoog met aantoonbare kennis van gedragstherapie of een gedragstherapeut in opleiding. De uitvoerders dienen gecertificeerd te zijn om deze training te mogen uitvoeren.

Ontwikkelaars: Koegel & Koegel, Santa Barbara, USA. VGL. Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2006). Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, Social, and Academic Development. Baltimore, Md. Paul H. Brookes.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

8.3. Medicatie (Troost, Ketelaars & Lahuis, 2010)

Psychofarmaca komen in aanmerking wanneer ernstige symptomen blijven bestaan ondanks de inzet van psychosociale interventies.

De werkzaamheid van psychofarmaca bij ASS is aangetoond voor 'bijkomende' problemen als druk en ongeconcentreerd gedrag (ADHD-symptomen), driftaanvallen en agressie, automutilatie, tics, rigide gedrag (zoals stereotypieën en dwanghandelingen), rigide denken (zoals dwanggedachten en preoccupaties), symptomen van angst en depressie en 'ontstemming' (overprikkeling).

Er is nog nauwelijks vergelijkend onderzoek beschikbaar naar de verschillende effecten van de verschillende middelen; hierdoor zal de hiërarchie van keuze voornamelijk gebaseerd zijn op de resultaten van bestaand onderzoek bij de afzonderlijke middelen.

Wanneer ADHD-symptomen op de voorgrond staan is methylfenidaat de eerste keus. Hoewel patiënten met ASS sneller lijken te reageren met bijwerkingen op psychostimulantia (en dan vooral de kinderen met een verstandelijke handicap) is dit toch de beste optie gezien de grote ervaring met deze middelen, de snelle werking en de reversibiliteit na staken. Atomoxetine en Clonidine komen in aanmerking bij onvoldoende effect van de psychostimulantia; ook valt dan te denken aan risperidon en pipamperon, zeker wanneer er tevens sprake is van (ernstige) agressie.

Wanneer disruptief gedrag als agressie en automutilatie sterk domineert is risperidon het middel van eerste keus, en binnen de groep van de antipsychotica daarna pipamperon en aripiprazole. Wanneer dit gecombineerd wordt met oudertraining, valt een groter effect te verwachten, waarbij mogelijk lager gedoseerd kan worden.

Bij angst en depressie komen fluoxetine en citalopram in aanmerking, hoewel men moet oppassen voor gedragsactivatie. Bij voornamelijk dwangmatigheid komen fluoxetine, fluvoxamine en citalopram in aanmerking. Bij onvoldoende effect neemt men vaak zijn toevlucht tot risperidon en daarna tot pipamperon.

Gewichtstoename is de belangrijkste bijwerking van de atypische antipsychotica. In gevallen waarin dit zeer uitgesproken is en het gebruik bovendien langere tijd wordt voortgezet, valt aan te raden bijvoorbeeld halfjaarlijks te controleren op nuchter glucose en serum lipiden.

Literatuur

- Berument, S.K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A. & Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*, 175, 444-451.
- Bildt, A. de, Sytema, S., Ketelaars, C., Kraijer, D., Mulder, E., Volkmar, F. & Minderaa, R. (2004). Interrelationship between Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) Classification in Children and Adolescents with Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (2) 129-137.
- J. Buitelaar, J., Daalen, E. van, Dietz, C., Engeland, H. van, & Gaag, R.J. van der, (2009). ESAT-screening van ASS op jonge leeftijd. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder, C.J. Groot. Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II. Van Gorcum, Assen 2000. (COTAN).
- Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, et al. (2000). Behavior rating inventory of executive function. *Neuropsychol Dev Cogn*. 2000; 6: 235-238.
- Hartman, C.A. et al. (2007). Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen. Herziene handleiding 2007. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.
- Koegel, R. L., Koegel, L. K., & Brookman, L. I. (2003). Empirically supported pivotal response interventions for children with autism. In Kazdin, A. E. (Ed). *Yale University School of Medicine & Child Study Center (Eds), Evidence based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press, New York.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Harrower, J. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal response intervention I: Overview of approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24, 174-185.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Shoshan, Y., & McNeerney, E. (1999). Pivotal response intervention II: Preliminary long-term outcomes data. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24 (3), 186-198.
- Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2006). *Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, Social, and Academic Development*. Md.: Paul H. Brookes, Baltimore.
- Kraijer, D.W. (2004). *AVZ-R handleiding, vierde uitgebreide uitgave*. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.
- Lahuis, B. & Serra, M. (2006). *Inleiding op het thema Autisme Spectrum Stoornissen*. Gedownload op 28-07-2009 van www.kenniscentrum-kjp.nl.
- C. Lord, S.Risi, L. Lambrecht, E.H.Cook, Jr, B.L.Leventhal, P.C.DiLavore, A.Pickles & M.Rutter (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (3) 205-223.
- Paul Malloy, P. & Grace, J. (2005). A Review of Rating Scales for Measuring Behavior Change Due to Frontal Systems Damage. *Cog. Behav. Neurol*, 2005; 18: 18-27.

Pilowsky, T., Yirmiya, N., Shulman, C. & Dover, R. (1998). The Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: Differences between diagnostic systems and comparison between genders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 143-151.

Rutter, M., LeCouteur, A. & Lord, C. (2003). ADI-R. Autism Diagnostic Interview Revised. Manual. Western Psychological Services, Los Angeles.

Steerneman, P., Jackson, S., Pelzer, H, & Muris, P. (1996). Children with social handicaps: an intervention programme using a Theory of Mind approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 251-263.

Steerneman, P., Meesters, C. & Muris, P. (2000). TOM-test. Garant, Leuven/Apeldoorn.

Steerneman, P. (2004). Leren denken over denken en leren begrijpen van emoties. Garant, Leuven/Apeldoorn.

Steerneman, P., Smits, K. & Schalken, L. (2008). Protocollaire behandeling bij kinderen met autismspectrumstoornissen. In: Braet, C. & Bögels, S. (Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Troost, P.W., Ketelaars, C.E.J. & Lahuis, B.E. (2010). Medicatie bij ASS. www.kenniscentrum-kjp.nl , Thema's > Autisme Spectrum Stoornissen > Medicatie.

Warners, S. van, & Hoofdakker, B van den, (2008). Protocol oudertraining bij kinderen met autisme. Braet, C. & Bögels, S. (Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

9. Angststoornissen en depressie

Angststoornissen en depressie worden hier in één hoofdstuk behandeld. Er is een duidelijke verwantschap tussen de verschillende aandoeningen. De instrumenten die bij screening en diagnose worden gebruikt, alsook de verschillende behandelmogelijkheden zijn in grote lijnen gelijk.

Voor achtergronden van deze stoornissen en overwegingen bij behandeling daarvan verwijzen wij naar de beschouwingen over de thema's op de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Verder bieden de themadossiers Angststoornissen en Depressie op de databank van het Nji (www.nji.nl/jeugdinterventies) ook relevante informatie.

9.1. Signalering en diagnose

Screening

- CBCL, zie hoofdstuk 2
- CBCL/6-18, zie hoofdstuk 2
- YSR, zie hoofdstuk 2
- SDQ, zie hoofdstuk 2
- MASC, Multidimensional Anxiety Scale for Children
- SCAS, Spence Children's Anxiety Scale
- SCARED-R, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

Diagnose

- Beck Depression Inventory
- ADIC-C, kinderversie Anxiety Disorders Interview Schedule
- CASI, Childhood Anxiety Sensitivity Index
- Social Phobia and Anxiety Inventory for Children I
- Penn State Worry Questionnaire for Children I
- Children's Depression Inventory
- Competentie Belevingsschaal Kinderen/Adolescenten
- IDS, Inventory of Depressive Symptomatology
- K-SADS, Schedule for Affective Disorders for School-Age Children

Instrumenten voor screening

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
MASC Multidimensional Anxiety Scale for Children. Utens & Ferdinand, 2000	Onderzoek met de Engelstalige versie: de lijst is een betrouwbaar en valide instrument. Er is een Amerikaanse normering. Onderzoek naar de Nederlandse versie ontbreekt vooralsnog.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
SCAS Spence Children's Anxiety Scale Nederlandse vertaling: Scholing, Nauta & Spence, 1999a. Ouderversie Nederlandse vertaling: Scholing, Nauta & Spence, 1999b	De bronnen bevatten geen informatie over kwaliteit. Volgens Scholing, Nauta & Spence, 1999a en b heeft onderzoek goede psychometrische eigenschappen aangetoond. De SCAS ouderversie is genormeerd.	www.kenniscentrum-kjp.nl

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
SCARED-NL Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Muris e.a., 2007	Onderzoek toont aan dat betrouwbaarheid en validiteit voldoende tot goed is (Muris e.a., 2007).	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Diagnostische instrumenten

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Beck Depression Inventory. Van der Does, 2002	COTAN in 2005: betrouwbaarheid goed; begripsvaliditeit voldoende; criteriumvaliditeit en normen onvoldoende.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
ADIS-C Anxiety Disorder Interview Schedule – Child version; Siebelink & Treffers, 2001	Betrouwbaarheid en validiteit alleen in Amerika en Australië onderzocht. Niet genormeerd.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
CES-D Center for Epidemiological Studies Depression Scale Bouma, e.a. 1995	Betrouwbaarheid en validiteit lijken goed op grond van gepresenteerd onderzoek in Bouma e.a., 1995.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.rug.nl/gradschoolshare/research_tools/tools/cesd
CASI Childhood Anxiety Sensitivity Index Widenfelt, 2002	“De Nederlandse versie van de CASI blijkt betrouwbaar en valide te zijn.” www.kenniscentrum-kjp.nl .	www.kenniscentrum-kjp.nl
SPA-I Social Phobia and Anxiety Inventory for Children I Utens e.a., 2000	In Nederland nog geen onderzoek naar de SPAI-C. Internationaal onderzoek validiteit op de korte termijn goed en op de lange termijn acceptabel. Interne validiteit uitstekend.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
SWWQ-C Penn State Worry Questionnaire for Children I Siebelink e.a., 1998	Betrouwbaarheid en validiteit onderzocht.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Children's Depression Inventory Timbremont e.a., 2008	COTAN in 2004: betrouwbaarheid en begripsvaliditeit voldoende; criterium-validiteit en normering onvoldoende. Herziene versie wordt in 2008 onderzocht.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
CBSK en CBSA Competentie-belevingsschaal voor Kinderen en Adolescenten Veerman e.a., 2004	COTAN in 1998: Betrouwbaarheid voldoende; validiteit voldoende; normering voldoende. Volgens www.kenniscentrum-kjp zijn de psychometrische aspecten goed.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
RCADS Revised Child Anxiety and Depression Scale Chorpita, Moffitt & Gray, 2005	Validiteit is aangetoond in Chorpita, Moffitt & Gray, 2005	www.kenniscentrum-kjp.nl
K-SADS Schedule for Affective Disorders for School-Age Children Reichart, Wals & Hillegers, (2000). Vertaling K-sads. Utrecht: H.C. Rümke Groep.	Er is in Nederland geen onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten van de K-SADS www.jeugdinterventies.nl > databanken > databank instrumenten	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
IDS Inventory of Depressive Symptomatology Akkerhuis, 1997	De IDS heeft volgens Rush e.a. (1996) een goede validiteit en een goede betrouwbaarheid. Voor zover bekend in Nederland niet onderzocht.	www.kenniscentrum-kjp.nl

9.2. Preventieprogramma's of vroegtijdige interventies

Er zijn in ons land verschillende programma's in gebruik gericht op het verhelpen of verminderen van depressieve klachten van jongeren en daarmee op het voorkómen van depressie in het latere leven. Bij onze inventarisatie van dit soort specifieke programma's zijn wij in totaal twee programma's of cursussen op het spoor gekomen:

- Stemmingmakerij
- Gripopjedip online

Daarbij moet worden aangetekend dat Doepressie, een curatieve interventie die verderop wordt besproken, als uitgangspunt voor Gripopjedip online heeft gediend. Beide programma's zijn gebaseerd op inzichten uit de cognitieve gedragstherapie.

Verder moet in dit verband worden genoemd het programma Psycho-educatieve Gezinsinterventie KOPP, bestemd voor gezinnen met kinderen/jongeren van 7 tot 14 jaar, waarin één of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft of hebben.

Stemmingmakerij

De cursus Stemmingmakerij is een groepsgerichte preventieve interventie in cursusvorm voor jongeren tussen de 15 en 19 jaar die last hebben van een hoog niveau van depressieve klachten: jongeren die

via een score op de Beck Depression Inventory blijkt hebben gegeven van somberheid en depressieve klachten. De cursus wordt gegeven door ambulante instellingen voor ggz; soms bij de instelling zelf, soms op scholen. Het is de bedoeling dat in acht bijeenkomsten van twee uur een aantal risicofactoren dat een rol speelt bij depressieproblematiek wordt aangepakt en dat daarmee de kans op depressieve symptomen zal verminderen. Daarmee wordt ook een bijdrage geleverd aan het voorkómen van depressie in het latere leven. Zoals eerder al opgemerkt is de cursus gebaseerd op principes en werkwijzen uit de cognitieve gedragstherapie: er is aandacht voor de relatie tussen denken, doen en voelen, probleemoplossende vaardigheden, vergroting van betrokkenheid bij de omgeving en sociale vaardigheidstrainingen. De cursus wordt uitgevoerd aan de hand van een draaiboek.

Stemmingmakerij is een groepsinterventie die veel lijkt op de groepsinterventies waarvan Southam-Gerow & Kendall (2000), aangehaald door Elling (2008), vaststellen dat zij bewezen effectief zijn bij het voorkómen van depressieve klachten bij adolescenten die verhoogd risico lopen op een depressieve stoornis in het latere leven. In een in Nederland uitgevoerd quasi-experimenteel onderzoek is de Nederlandse interventie die hier aan de orde is deels effectief gebleken. De databank van het NJi komt tot het oordeel 'theoretische goed onderbouwd'.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Gripopjedip online

Gripopjedip online is een preventieve online groepscursus voor jongeren en jongvolwassenen van 16 tot 25 jaar. Zij kunnen aan de cursus meedoen wanneer zij een score hebben tussen de 16 en 45 op de gevalideerde vragenlijst CES-D. De vragenlijst wordt via internet afgenomen. Aan de groepscursus kunnen maximaal 6 jongeren deelnemen. Zij komen acht maal wekelijks anderhalf uur 'bijeen' in online bijeenkomsten in een beveiligde chatbox. De bijeenkomst wordt begeleid door één ervaren ggz-professional en twee professionals met minder ervaring. Iedere bijeenkomst heeft een thema en vaste programmaonderdelen. Jongeren leren op gestructureerde wijze negatieve denkpatronen te achterhalen en om te zetten in reële en positieve manieren van denken. Ook leren zij leuke activiteiten te plannen en uit te voeren. In de laatste drie bijeenkomsten ligt de nadruk op assertiviteit, het omgaan met conflicten en het plannen van de (nabije) toekomst.

Alle deelnemers ontvangen direct na een online groepsbijeenkomst via e-mail een huiswerkmap met opdrachten en de lesstof voor de volgende online bijeenkomst.

Het vooralsnog spaarzame onderzoek dat naar deze interventie in Nederland en in Amerika – naar een Amerikaanse variant – is verricht laat indicaties voor effectiviteit zien. Vooralsnog heeft deze interventie op de databank van het NJi het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd' gekregen.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Psycho-educatieve Gezinsinterventie KOPP

Het centrale doel van deze interventie is te voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen zelf problemen ontwikkelen. Dit doel wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen. Zoals gezegd hebben de gezinnen die voor de interventie in aanmerking komen tenminste één kind van 9 tot 14 jaar; één of beide ouders heeft/hebben een psychiatrische stoornis.

De aanpak is gebaseerd op de praktijk en het onderzoek van de Amerikaanse psychiater en onderzoeker W. Beardslee. De interventie is erop gericht gezinsleden te helpen om de effecten van de depressie of angststoornis op de gezinsleden afzonderlijk en op het gezin als geheel te begrijpen en met elkaar te bespreken. De interventie, die aan de hand van een handleiding wordt uitgevoerd, is van korte duur. Er zijn zes tot acht intensieve bijeenkomsten. Het karakter is psycho-educatief, gezinsgericht. Er is een follow-up op langere termijn.

De interventie is nog niet in Nederland onderzocht. De makers en uitvoerders onderbouwen hun interventie met buitenlands onderzoek. Uit experimenteel onderzoek met een follow-up, anderhalf jaar na afloop van de interventie, is gebleken dat kinderen in de experimentele groep anderhalf jaar na de interventie meer begrip voor de affectieve stoornis van hun ouder toonden. Zij functioneerden op alle terreinen beter dan kinderen in de controlegroep. Ouders in de experimentele groep communiceerden beter met hun kinderen en toonden meer begrip voor de ervaring van de kinderen. Ook vonden de ouders dat hun kinderen meer begrip hadden voor de ziekte van hun ouder.

Door het NJi is de interventie als 'theoretisch goed onderbouwd' geclassificeerd.
Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

9.3. Psychotherapeutische behandelingen

Er zijn in Nederland zeven psychotherapeutische behandelingen voor kinderen en jongeren in gebruik, die minstens als theoretisch goed onderbouwd worden erkend. Bij elkaar zijn zij geschikt voor de leeftijdscategorieën van 7 tot 22 jaar.

De Gezinscognitieve gedragstherapie en het protocol Denken + Doen = Durven zijn vrijwel identiek. We geven hier een opsomming van de interventies:

- Bang zijn voor andere kinderen, 8-12 jaar
- Cognitieve gedragstherapie bij depressie 'Pak aan', 9-13 jaar
- Vrienden, 7-16 jaar
- Dappere Kat, 8-18 jaar
- Gezinscognitieve gedragstherapie, 8-18 jaar
- Protocol Denken + Doen = Durven, 8-18 jaar
- Doepressie, 6-22 jaar

Bang zijn voor andere kinderen

De interventie Bang zijn voor andere kinderen is bedoeld voor kinderen van 8 tot 12 jaar die aanzienlijke tot ernstige problemen ervaren in de dagelijkse omgang met andere kinderen. Bang zijn en angst in de relatie met andere kinderen wordt door de ontwikkelaars van deze interventie gezien als een uiting van lage competentieverwachting. Kern van het programma is dan ook om bij de sociaal incompetent kinderen de persoonlijke competentieverwachting te verhogen. De kinderen leren dat ze tot meer in staat zijn dan ze eerder dachten, waardoor ze minder bang zijn in de omgang met anderen en competent gedrag vertonen. Het programma wordt uitgevoerd aan de hand van een draaiboek: 21 therapeutische sessies van 90 minuten elk met een vaste opbouw. De kinderen krijgen gaandeweg de therapie succeservaringen met competent gedrag, zodat zij hun competentieverwachtingen positief gaan bijstellen.

De behandeling was effectief en de effecten bleven tenminste nog 4 tot 5 maanden behouden. Het oordeel van het NJi is: 'goed theoretisch onderbouwd'.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Pak aan

Pak aan is de vertaling van het Amerikaanse programma Taking Action, dat is ontwikkeld voor kinderen van 9 tot 13 jaar met de diagnose unipolaire depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming. De interventie richt zich op het versterken van positieve gevoelens, gecombineerd met een aantal voor het kind leuke activiteiten. Er zijn in totaal 18 sessies die aan de hand van een handboek worden uitgevoerd. De kinderen leren in verschillende stappen omgaan met alledaagse problemen. Ze leren problemen onder ogen te zien en verschillende mogelijke oplossingen te bedenken. Daarbij leren zij het verband te leggen tussen gedachten, gevoelens en wat ze doen met als doel genuanceerder te denken over zichzelf, de wereld en anderen.

De ouders van de kinderen worden als co-therapeuten betrokken bij de therapie: zij moeten samen met het kind leuke activiteiten ondernemen, zelf actief omgaan met problemen zoals de kinderen in de therapie is geleerd en zich bewust zijn van hun automatische gevoelens op hun gevoelens en gedrag. Pak aan wordt als een 'waarschijnlijk effectieve behandeling' gepresenteerd door Timbremont, Bosmans & Braet (2008). Braet & Bögels hebben dit oordeel overgenomen.

Bronnen: Braet & Bögels, www.kenniscentrum-kjp.nl en www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Vrienden

Vrienden is de vertaling van het Australische programma Friends. De ontwikkelaars willen met Vrienden angst- en depressiestoornissen bij kinderen en jongeren voorkomen en behandelen. Er zijn verschillende versies: een versie voor kinderen van 7 tot en met 11 jaar en een voor jongeren van 12 tot en met 16 jaar. Verder kan de interventie zowel individueel als in groepsverband worden toegepast.

Er zijn tien sessies voor jeugdigen; daarnaast voorziet het programma in vier bijeenkomsten voor ouders. De jeugdigen leren aan de hand van oefeningen verschillende vaardigheden en technieken waardoor zij angst en depressie en de daarbij optredende gevoelens leren hanteren. De oefeningen hebben betrekking op lichamelijke reacties, gedachten en leer- en gedragsprocessen: alle belangrijke zaken die van invloed zijn op het ontwikkelen en in stand blijven van angst- en depressiestoornissen.

Er zijn verschillende handleidingen voor therapeuten en groepsleiders en werkboeken voor kinderen en jongeren. Volgens de databank van het NJi is de interventie 'theoretisch goed onderbouwd'. Auteurs: E. Utens, P. de Nijs, R. Ferdinand (vertaling van 'Friends', Barrett e.a.). Voor beide programma's is er een website waarop de meest recente informatie staat vermeld: www.friendsinfo.net en www.vriendenprogramma.nl.

Meer informatie is verkrijgbaar bij de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis (www.vriendenprogramma.nl).

Bronnen: www.kenniscentrum-kjp.nl en www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Dappere Kat

Dappere Kat is een bewerkte vertaling van het Amerikaanse programma Coping Cat. De doelgroep bestaat uit kinderen en jongeren van 7 tot 18 jaar – voor de verschillende leeftijdsgroepen zijn aangepaste werkbladen gemaakt – met separatieangst, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniek met en zonder agorafobie of enkelvoudige fobie. Co-morbide problemen zijn geen bezwaar. Er zijn natuurlijk ook contra-indicaties, te weten: acute psychose of suïcidaliteit, primair een andere diagnose, een onveilige thuissituatie en een IQ lager dan 80.

Dappere Kat is een individuele therapie. Om aan het programma mee te kunnen doen moeten kind en ouders bereid zijn om gedurende 12 weken eens per week naar de polikliniek te komen en zich te houden aan de afspraken. Overigens bestaat de therapie uit 12 behandelsessies in principe met het kind alleen en twee oudersessies met alleen de ouders. De sessies duren ongeveer anderhalf uur. Tijdens iedere sessie worden altijd taken die de vorige sessie zijn opgegeven doorgenomen, worden taken op werkbladen uitgevoerd, en worden exposure oefeningen gedaan. Het doel van de interventie is de angst te leren hanteren, te laten verdwijnen of in ieder geval aanzienlijk te verminderen en vermijdingsgedrag te voorkomen. Zoals al uit de aanhef blijkt is Dappere Kat een therapie die volledig past binnen de Cognitieve Gedragstherapie.

Zowel in buitenlands als in Nederlands onderzoek is aangetoond dat het programma effectief is (Mutsaers, 2008). Nauta (2005) heeft in Nederlands onderzoek de effectiviteit van Dappere Kat aangetoond, ook op de wat langere duur. Nadere informatie: m.nauta@accare.nl.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl en www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Gezinscognitieve gedragstherapie ofwel Protocol Denken + Doen = Durven

In de databank van het NJi is de Gezinscognitieve gedragstherapie opgenomen voor jeugdigen tussen de 8 en de 18 jaar die lijden aan een angststoornis of aan ernstige angstklachten. De interventie bestaat uit dertien wekelijkse sessies van 1½ uur waarbij afwisselend de individuele jeugdige, dan weer de jeugdige met zijn ouders en dan weer het hele gezin wordt uitgenodigd. Het NJi heeft deze interventie als theoretisch goed onderbouwd bestempeld.

Deze gezinscognitieve gedragstherapie is verder ontwikkeld tot een kortdurende therapie Denken + Doen = Durven: 12 wekelijkse sessies van een uur met de jeugdige en drie met de ouders.

Door Peijnenburg & Bögels (2008) is de Denken + Doen = Durven uitgewerkt als een groepstherapie voor jeugdigen van acht sessies van anderhalf uur en drie aparte sessies voor ouders. Er worden zes tot acht jeugdigen per groep toegelaten waarbij de leeftijden variëren van 8 tot en met 12 jaar en van 13 tot en met 18 jaar. Co-morbiditeit met ADHD, autismespectrumstoornissen en depressie zijn geen contra-indicaties. De therapie is niet geschikt voor jeugdigen met een IQ < 80. Jeugdigen met middelengebruik, psychosen, suïcidaliteit, huidig agressief of seksueel misbruik kunnen evenmin tot de therapie worden toegelaten. De groep wordt door twee trainers begeleid.

De ontwikkelaars van de interventie halen onderzoek aan waaruit blijkt dat cognitieve gedragstherapie voor kinderen met angststoornissen bewezen effectief is. In een pilotstudie naar de effectiviteit van de groepstherapie die hier aan de orde is, is een effect size van 2,6 gemeten, wat zeer groot is. De interventie is door Peijnenburg & Bögels gepresenteerd (2008) in de bundel met geprotocolleerde

behandelingen voor kinderen met psychische klachten van Braet & Bögels (2008) en wordt daar als 'werkzaam' beschouwd.

Bronnen: Braet & Bögels, www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies en www.kenniscentrum-kjp.nl

Doepressie

De Doepressie cursus is een curatieve interventie gericht op de behandeling van depressieve stoornissen. Doepressie is een therapeutisch groepsprogramma voor adolescenten van 16–22 jaar, met depressie of depressieve klachten. Zij moeten over voldoende leesvaardigheid beschikken om te kunnen werken met het cursusboek. Op de website www.doepressie.nl worden meerdere contra-indicaties beschreven: gedragsstoornis, een schizoaffectieve stoornis, een bipolaire stoornis, een crisissituatie of een groot suïciderisico.

Als doelstelling geldt het leren van vaardigheden om depressieve gevoelens onder controle te kunnen krijgen. Dit wordt mogelijk geacht in 16 wekelijkse bijeenkomsten, inclusief een terugkomsessie na drie tot vier maanden, van 1 uur en 45 minuten. Daarnaast zijn er twee informatiebijeenkomsten voor ouders. De behandelaars zijn vertrouwd met psychologische theorieën en therapieën, bij voorkeur de cognitieve gedragstherapie. Ook hebben zij ervaring met het werken in groepen en met groepsprocessen. Het doepressie-protocol is stapsgewijs opgebouwd waarbij de volgende aandachtsgebieden telkens aan bod komen: spanningen en stress, negatieve cognities, minder plezierige activiteiten, problematische sociale interacties, communicatie en conflicthantering. Alle bijeenkomsten uit het programma zijn gedetailleerd beschreven.

Het programma is gebaseerd op de sociaal-lernen theorie over het ontstaan van depressies, beschreven door Lewinsohn en collega's, waarbij het materiaal van de Amerikaanse cursus 'Adolescent coping with depression course' van Clarke, Lewinsohn en Hops als startpunt is genomen. Het programma is in het Nederlands vertaald en aangepast. Er zijn nog geen effectmetingen voorhanden die duidelijk effect aantonen.

Auteurs: Y. Stikkelbroek, H. Bouman, P. Cuijpers (2005) (vertaling en bewerking van 'Adolescent coping with depression course', Clarke, Lewinsohn & Hops, 1990). Het protocol kan besteld worden via www.doepressie.nl

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

9.4. Medicatie (Reichert & Boer, 2009; Stuurgroep MDR depressie, addendum jeugd, 2008)

Het gebruik van medicatie bij zowel een angststoornis en depressie bij kinderen is omstreden en heeft over het algemeen geen tot weinig effect.

Bij angst

In geval van angststoornissen is Cognitieve Gedragstherapie (CGT) de behandeling van eerste keus. Wanneer CGT geen of onvoldoende effect heeft kan tijdelijk psychofarmacologische behandeling met een serotonineheropname remmer (SSRI) beproefd worden terwijl de psychosociale behandeling wordt voortgezet. In geval van zowel een angststoornis als depressie verdient het aanbeveling geen SSRI's voor te schrijven. Als men daartoe toch wil overgaan heeft fluoxetine de voorkeur.

Over de veiligheid en werkzaamheid van SSRI's bij kinderen die jonger zijn dan zes jaar zijn geen gegevens beschikbaar. Het voorschrijven van SSRI's aan kinderen en jeugdigen is 'off label'. In geval van 'off label' voorschrijven is de arts primair verantwoordelijk wanneer er (ernstige) bijwerkingen optreden. Het verdient aanbeveling ouders en kind een verklaring te laten ondertekenen waarin wordt bevestigd dat met hen is besproken dat het middel niet is geregistreerd voor niet-volwassenen. Benzodiazepines dienen bij voorkeur niet gebruikt te worden (ook niet kortdurend): de werkzaamheid is niet empirisch aangetoond en er moet rekening mee worden gehouden dat kinderen en adolescenten (net als volwassenen) afhankelijkheid van benzodiazepines kunnen ontwikkelen.

Het is niet overtuigend aangetoond dat het zinvol is bij kinderen en adolescenten met zowel een angststoornis als ADHD behalve met psychostimulantia ook met SSRI's te behandelen.

Bij depressie

Het gebruik van psychofarmaca bij de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten is niet goed onderbouwd. Enerzijds is voor de meest gebruikelijke middelen aangetoond dat antidepressiva bij kinderen tussen de 6 en de 17 jaar bij een depressie niet of nauwelijks beter werken dan placebo. Slechts voor een enkel middel (fluoxetine, citalopram, sertraline) werd enig effect waargenomen. Ook dan is de werkzaamheid gering, in die zin dat van zes (of zelfs nog meer) met een middel behandelde patiënten er slechts één beter van wordt.

Aan de andere kant van de balans staan de mogelijke bijwerkingen. Met name bijwerkingen zoals vijandigheid, zelfbeschadigend gedrag en suïcidale gedachten en gedragingen dienen in de gaten gehouden te worden.

Al met al is de toepassing van antidepressiva een van de laatste keuzes bij de behandeling van kinderen en adolescenten met lichte of matige depressies.

Bij ernstige depressies bij kinderen ouder dan acht jaar kan, bij onvoldoende resultaat van cognitieve gedragstherapie, worden overwogen Serotonine Heropname Remmers (SSRI's) voor te schrijven, en dan met name het middel fluoxetine. Dit dient altijd te worden gecombineerd met psycho-educatie en psychologische begeleiding.

Met uitzondering van fluoxetine zijn SSRI's in Nederland niet geregistreerd voor de behandeling van depressie bij patiënten onder de 18 jaar. Dit betekent dat de arts de patiënt en ouders uitdrukkelijk moet inlichten over de werking en bijwerkingen. Bovendien moet de professional handelen overeenkomstig daarover binnen de beroepsgroep ontwikkelde protocollen of standaarden.

Literatuur

Akkerhuis, G.W. (1997). *Vertaling IDS*.
H.C. Rümke Groep, Utrecht.

Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R. & Sonderen, E. van. (1995). Het meten van depressie met de CES-D, een handleiding.
Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
www.rug.nl/gradschoolshare/research_tools/assessment_tools/CES-D_handleiding.pdf.

Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., Gray, J. (2005). Psychometric properties of the revised child anxiety and depression scale in a clinical sample.
Behaviour Research and Therapy, 43, 309-322.

Does, A.J.W. van der (2002). BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition.
Harcourt Test Publishers, Lisse.

Elling, M. (2008). Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen, Cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen.
Nederlands jeugdinstituut, www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat Workbook*.
Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Kenniscentrum KJP (2006).

Muris, P., Bodden, D., Hale, W., Birmaher, B. & Mayer, B. (2007). SCARED-NL. Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten. Handleiding bij de gereviseerde Nederlandse versie van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders.
Boom test uitgevers, Amsterdam.

- Mutsaers, K. (2008). Wat werkt bij jeugdigen met angststoornissen. Nederlands Jeugdinstituut / NJi. www.nji.nl. (Downloadversie: oktober 2008).
- Nauta, M. H. (2005). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome. Febodruk bv, Enschede. (Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.)
- Nauta, M. & Scholing, A. (2007). Cognitieve Gedragstherapie bij kinderen en jongeren met angststoornissen: een protocol van 12 sessies. Handleiding voor de therapeut. Klinische en Ontwikkelingspsychologie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Peijnenburg, D. & Bögels, S. (2008). Protocollaire Groepsbehandeling voor kinderen en jongeren met angststoornissen: Denken + Doen = Durven. In: Braet, C, & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.
- Reichart, C.G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *Vertaling K-sads*. H.C. Rümke Groep, Utrecht.
- Reichert, C. & Boer, F. 2009. Medicatie bij angst. Gedownload 31-01-2009, www.kenniscentrum-kjp.nl.
- Ringrose, H.J. & Nijenhuis, E.H. (1986). Bang zijn voor andere kinderen. Omgang en therapie met sociaal onhandige kinderen: een werkboek. Wolters-Noordhoff, Groningen. (Uitverkocht, alleen beschikbaar in bibliotheken, e.d.)
- Ruiter, M. (1997). Preventie van depressie bij jongeren, probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'stemmingmakerij'. Unigraphic, Universiteit Maastricht.
- Rush, A.J., Gullion, C.M., & Basco, M.R. (1996). The inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486
- Siebelink, B. M., Treffers, Ph. D. A., & van Widenfelt, B. M. (1998). Nederlandse vertaling van de PSWQ-C (PSWQ-K). Curium, Oegstgeest.
- Siebelink, B.M. & Treffers, Ph.D.A. (2001). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child version. ADIS-C Handleiding. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Scholing, A., Nauta, M.H., & Spence, S.H. (1999a). Spence Children's Anxiety scale (Dutch Translation of Child Version. Amsterdam, NL: University of Amsterdam.
- Scholing, A., Nauta, M.H., & Spence, S.H. (1999b). Spence Children's Anxiety scale (Dutch Translation of Parent Version. University of Amsterdam.
- Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.H.C. (2000). Cognitive Behavior Therapy with Youth: Advances, Challenges, and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 343-366 (2000).
- Stuurgroep MDR depressie, addendum jeugd, (2008). Trimbos-instituut, Utrecht. www.ggz-richtlijnen, gedownload op 25-01-2010.

Timbremont, B., Braet, C. & Roelofs, J. (2008). Handleiding Children's Depression Inventory (herziene versie).
Pearson Assessment and Information B.V., Amsterdam.

Timbremont, Bosmans & Braet (2008). Cognitieve gedragstherapie bij depressie. In: Braet, C. & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten.
Boom, Amsterdam.

Utens, E., & Ferdinand, R. F. (2000). MASC: Angstschaal voor kinderen: Nederlandse vertaling.
Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC, Rotterdam.

Utens, E. M. W. J., Ferdinand, R. F., & Bögels, S.M. (2000). Nederlandse vertaling van de SPAI-C (SPAI-C NL).
AZR-Sophia Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Bergh, B.R.H. van den & Brink, L.T. ten (2004).
Competentiebelevingsschaal voor kinderen.
Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Widenfelt, B. M. van , Siebelink, B.M., Goedhart, A.W., & Treffers, Ph. D.A. (2002). The Dutch
Childhood Anxiety Sensitivity Index: Psychometric properties and factor structure.
Journal of Clinical Child Psychology, 31, 90-100.

www.nji.nl/jeugdinterventies > kennis > dossiers, gedownload 25-01-2010.

10. Psychotrauma

In dit hoofdstuk komen de meetinstrumenten en de interventies aan de orde die bij de diagnose en behandeling van acute stressstoornis en psychotrauma bij jeugdigen van belang zijn.

10.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Acute stressstoornis kan worden vastgesteld met een gestandaardiseerd klinisch diagnostisch interview dat zowel bij de jeugdige als bij zijn ouders wordt afgenomen. Het betreft de Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, afgekort ADIS-C – Nederlandse versie van Siebelink & Treffers (2001).

De ernst van traumagerelateerde symptomen kunnen voor, tijdens en na de behandeling worden vastgesteld met de Nederlandse versies van:

- Child PTSD Symptom Scale (C-PSS)
- Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)
- Schokverwerkingslijst voor kinderen

De diagnose bij kinderen is moeilijk omdat kinderen meer gedragssymptomen vertonen die door niet gespecialiseerde therapeuten niet direct met een mogelijke post traumatische stress syndroom (PTSS) in verband worden gebracht (www.emdr.nl , 2006).

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
ADIS-C Anxiety Disorder Interview Schedule – Child version; Siebelink & Treffers, 2001	Betrouwbaarheid en validiteit alleen in Amerika en Australië onderzocht. Niet genormeerd.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten. Siebelink & Treffers, 2001
C-PSS Child PTSD Symptom Scale	De geraadpleegde bronnen bevatten geen informatie hierover.	Alisic, 2008 In het Nederlands beschikbaar.
TSCC Trauma Symptom Checklist for Children	De geraadpleegde bronnen bevatten geen informatie hierover.	Alisic, 2008
De schokverwerkingslijst voor kinderen Alisic e.a., 2006	De geraadpleegde bronnen bevatten geen informatie hierover.	Alisic e.a., 2006 en 2008

10.2. Interventies

Algemene oriëntatie

In de eerste maand na een traumatische gebeurtenis kan de diagnose Acute Stress Stoornis (ASS) worden gesteld. ASS is conceptueel identiek aan een Post Traumatische Stress Stoornis. ASS is een goede voorspeller van chronische PTSS.

Onderzoek naar behandeling met Cognitieve Gedragstherapie van angststoornissen en PTSS toont aan dat er significante verbeteringen bij kinderen te behalen zijn. CGT kan worden beschouwd als een bewezen effectieve therapie voor kinderen met angststoornissen (Peijnenburg & Bögels, 2008).

Southam-Gerow & Kendall (2000) besteden in hun overzichtsstudie ook enige aandacht aan cognitieve gedragstherapie bij posttraumatische stress stoornissen (PTSS). Zij beginnen met de vaststelling dat er slechts beperkte literatuur is over de behandeling van jeugdigen met PTSS, ondanks het feit dat het veel voorkomt dat jeugdigen lijden onder fysiek en seksueel misbruik, getuige zijn van huiselijk geweld, betrokken zijn bij natuurgeweld, oorlog, verkeersongelukken en ander onheil. In de laatste vijf jaar van de vorige eeuw zijn er enkele studies verricht die positieve resultaten melden van cognitief gedragstherapeutische interventies bij PTSS. In de meeste gevallen gaat het om onderzoek naar de effecten van de behandeling van kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik. Samengevat leiden de onderzoeksresultaten tot de conclusie dat cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met PTSS veelbelovend is.

Daarnaast is er in het begin van deze eeuw meer onderzoek gedaan op het gebied van behandeling van psychotraumata bij kinderen. Daarbij werd onder meer de behandeling met de cognitief gedragstherapeutische programma's vergeleken met de Eye Movement Desensitization & Reprocessing, EMDR. De algemene conclusie uit dit onderzoek is dat cognitieve gedragstherapie en EMDR in gelijke mate effectief zijn, zij het dat EMDR als voordeel heeft dat er met minder sessies kan worden volstaan en dat bij EMDR de exposurebeleving voor de cliënten minder belastend is. In dit verband is de studie van De Roos e.a. naar de behandeling van jeugdigen die de vuurwerkcramp in Enschede hebben meegemaakt (De Roos e.a., 2006) van belang alsook het onderzoek van Jaberghaderi e.a. (2004) naar de behandeling van 12- en 13-jarige Iraanse meisjes die seksueel waren misbruikt. In de loop van 2009 zal een review verschijnen waarin verschillende studies waarin CGT en EMDR met elkaar worden vergeleken (Rodenburg e.a., in druk).

Vermeldenswaard in dit verband is nog dat door de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (www.ggz-richtlijnen.nl) zowel cognitieve gedragstherapie (CGT) als EMDR worden genoemd als de meest geschikte interventies voor de behandeling van PTSS.

Vier interventies

In de bronnen die zijn geraadpleegd komen vier interventies naar voren die aangewezen lijken voor de behandeling van ASS en PTSS, al dan niet met specifieke oorzaken:

- Behandeling acute stress-stoornis na een eenmalige traumatische ervaring (Engelhard e.a., 2008)
- STEPS, cognitieve gedragstherapie voor adolescente meisjes met posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld
- Horizon-methodiek
- EMDR, Eye Movement Desensitization & Reprocessing

De eerstgenoemde interventie is opgenomen in het boek van Braet & Bögels (2008). Volgens de systematiek van hen is de interventie 'veelbelovend'. STEPS, de Horizonmethodiek en EMDR zijn vooralsnog door het NJi als 'theoretisch goed onderbouwd' geclassificeerd. De eerstgenoemde drie interventies zijn varianten van CGT.

Eerder werd de constatering van Southam-Gerow & Kendall aangehaald dat het bij het thema PTSS vaak gaat om behandelingen van trauma ten gevolge van seksueel misbruik. Twee van de interventies die hier aan de orde zijn, zijn speciaal ontwikkeld voor slachtoffers van seksueel misbruik of seksueel geweld: STEPS, een cognitieve gedragstherapie voor adolescente meisjes met posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld en de Horizon-methodiek. Hier worden de vier interventies achtereenvolgens kort besproken.

Behandeling van een acute stressstoornis na een eenmalige traumatische ervaring (Engelhard e.a., 2008)

De behandeling is ontwikkeld voor jeugdigen van 7 tot en met 17 jaar die na een eenmalige traumatische gebeurtenis een acute stressstoornis hebben ontwikkeld. Bij de traumatische gebeurtenis moet men denken aan gebeurtenissen als het meemaken van een ongeluk, een dreigende situatie zoals een roofoverval of een inbraak, het ervaren van lichamelijke geweld. De gebeurtenis moet begrensd en afgelopen zijn. Als contra-indicaties voor deze kortdurende behandeling gelden chronische trauma's zoals seksueel misbruik of geweld binnen gezin, onbekende medische nasleep van een verwonding of

beschadiging, traumatische rouw ten gevolge van het verlies van een dierbare, extreme traumatische ervaringen waardoor netwerken wegvallen, zoals bijvoorbeeld een verhuizing na een ramp. Het doel van de therapie is de betrokken jeugdigen te leren hun angst te beheersen. Met het oog daarop wordt hen in de therapie geleerd realistisch te denken en niet overal een gevaar in te zien en wordt hen afgeleerd situaties waarbij zij gevaar 'denken' te vermijden. Zij leren zich weer normaal in de maatschappij te gedragen. Het betreft een vorm van individuele cognitieve gedragstherapie van vijf sessies, waarbij vooral aandacht is voor psycho-educatie, blootstelling en cognitieve herstructurering.

De ouders, of voor de jeugdigen significante volwassenen doorlopen een parallel programma dat deels geheel met de sessies van de jeugdigen samenvalt. De ouders/volwassenen leren de jeugdige optimaal te ondersteunen. Door de ontwikkelaars wordt enig indirect bewijs voor effectiviteit aangevoerd: CGT is in dergelijke gevallen effectief gebleken bij volwassenen. Bovendien is deze interventie gebaseerd op succesvolle therapie bij angststoornissen voor jeugdigen van 7-17 jaar. Braet & Bögels beoordelen deze interventie als 'veelbelovend'. De therapie kan overal door CGT-therapeuten worden gegeven.

Bron: Braet & Bögels

STEPS

Cognitieve gedragstherapie voor adolescente meisjes met posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld (Bicanic & Kremers, 2008; Swagers, 2007)

STEPS wordt beschouwd als in het systeem van Braet & Bögels beschouwd als een 'waarschijnlijk effectieve' behandelmethodes van PTSS bij eenmalig seksueel geweld. De doelgroep bestaat uit meisjes van 13 tot en met 18 jaar en hun ouders/verzorgers. De meisjes hebben éénmalig seksueel geweld meegemaakt en daardoor een posttraumatische stressstoornis ontwikkeld. Als contra-indicaties voor deze behandeling gelden onder andere: eerder chronisch seksueel trauma, acute psychose, schizofrenie, alcohol- of drugsverslaving, geen motivatie voor deelname, dader is lid van het gezin en ernstige problematiek in het gezinssysteem. Als de interventie het beoogde doel heeft bereikt zijn de klachten verminderd en is het gedrag van de meisjes genormaliseerd. Het doel van het parallelle aanbod voor hun ouders – die niet bij het misbruik betrokken zijn geweest – is hun kind optimale steun bieden tijdens behandeling en leren de eigen zorgen en gevoelens van boosheid, verdriet, schuld en angst te hanteren. Ook zij zullen moeten leren weer een normale relatie met hun dochter te onderhouden zonder stress en al te grote bezorgdheid.

Een therapiegroep bestaat idealiter uit vier meisjes van 13-18 jaar. Oudergroepen bestaan uit de ouders van de meisjes. Het maximum is 10 personen. Voor de meisjes bestaat de therapie uit één individuele inleidende sessie, acht groepssessies van twee uur en drie eindcontacten. Voor de ouders zijn, na de inleidende sessie zes groepssessies van twee uur en eveneens slotsessies voorzien.

De interventie is te karakteriseren als een cognitieve gedragstherapie met psycho-educatie, exposure aan de traumatische herinneringen door erover te schrijven en te spreken, cognitieve herstructurering en terugvalpreventie. Het oordeel van het NJi over STEPS: 'theoretisch goed onderbouwd'. Zoals gezegd komen Braet & Bögels tot het predicaat 'waarschijnlijk effectief'. STEPS is ontwikkeld en wordt uitgevoerd door het Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren van het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Daarnaast wordt het ook uitgevoerd door GGZ Rivierduinen Kinderen en Jeugd te Leiden. Mogelijk wordt STEPS ook elders toegepast.

Bronnen: Braet & Bögels en www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Horizon-methodiek (Wolzak, 2006)

Is STEPS bedoeld voor meisjes vanaf 13 tot en met 18 jaar, voor jongens en meisjes van 4 tot en met 12 jaar die traumatisch seksueel misbruik hebben ervaren en daardoor PTSS hebben ontwikkeld is er de Horizon methodiek. Het gaat bij deze kinderen om seksueel misbruik door iemand van binnen of van buiten het gezin. Tegelijkertijd met de behandeling van het betreffende kind is er een parallelbehandeling voor de ouder die niet bij het misbruik betrokken was. Ook bij dit behandelaanbod gelden contra-indicaties. Zo is de behandeling niet aangewezen wanneer het misbruik niet is gestopt, wanneer er sprake is van psychopathologie, wanneer het kind een gevaar is voor anderen, of wanneer er sprake is van een verstandelijke handicap. Bij de ouders gelden als contra-indicaties: ernstige psychopathologie, verslaving, relatieproblemen.

Het doel van de behandeling is duidelijk: de traumatische gebeurtenissen zijn verwerkt en het normale leven met zelfvertrouwen, plezier in het spel en een waardering van sociale relaties zijn hersteld. Bij de ouders is de behandeling geslaagd wanneer zij in staat zijn het kind te steunen, wanneer zij hun (tijdelijke) opvoedings-onmacht hebben overwonnen en wanneer zij de eigen woede, verdriet en angst voor de toekomst van het kind weten te hanteren.

Bij de behandeling wordt er gewerkt met drie leeftijdscategorieën: vier tot vijfjarigen, zes- tot achtjarigen en negen- tot twaalfjarigen. Er wordt gestreefd naar groepen van zes tot acht kinderen. Verder worden er parallelle oudergroepen samengesteld die bij de behandeling worden betrokken. Voor ouders en kinderen bestaat de behandeling uit 15 sessies van anderhalf uur; zij worden gehouden aan de hand van het handboek.

De Horizon-methodiek is een cognitieve gedragstherapie. Het therapiemodel heeft als uitgangspunt dat cognitie, gedrag en emoties van elkaar afhankelijk zijn. Een interventie gericht op één van deze drie domeinen heeft daardoor ook indirect effect op de andere twee gebieden.

Er is één Nederlands veranderingsonderzoek met zwakke bewijskracht (Broeren, 2006), waaruit enig effect blijkt. Amerikaans onderzoek heeft de effectiviteit van deze interventie aangetoond. Op grond van een en ander heeft het NJi geoordeeld dat deze interventie als 'theoretisch goed onderbouwd' kan worden beschouwd. De Horizonmethodiek wordt uitgevoerd door diverse instellingen voor jeugdzorg, ggz en kinder- en Jeugdpsychiatrie. De interventie is ontwikkeld door het Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC) te Haarlem.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

EMDR, Eye Movement Desensitization & Reprocessing

Deze interventie kan worden toegepast bij Acute Stress Stoornis (ASS) en Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) in het algemeen. Kinderen vanaf 12 maanden kunnen al tot de doelgroep worden gerekend wanneer er sprake is van traumagerelateerde klachten, waaronder emotionele en gedragsproblemen, ASS en PTSS. Uiteraard zullen voor kleine kinderen, schoolkinderen en adolescenten verschillende aanpassingen worden aangebracht in het protocol, maar in wezen is de behandeling voor kinderen en volwassene hetzelfde.

De doelstellingen van EMDR laten zich als volgt omschrijven: herinneringen aan identificeerbare traumatische ervaringen zijn verwerkt. Hierdoor zijn de klachten, ontstaan als gevolg van die herinneringen, en het lijden dat daarmee gepaard gaat, verminderd.

De therapie wordt individueel gegeven in de ruimte van de therapeut. Meestal zijn één tot vier sessies voldoende. Bij complexe problemen zijn meer sessies nodig. Vooral bij kinderen is de betrokkenheid van significante anderen bij de therapie vereist.

Er is nog geen duidelijke of eenduidige theoretische onderbouwing van de EMDR. Verschillende hypothesen worden onderzocht. Ondanks dat is de effectiviteit aangetoond in Nederlands en buitenlandse studies. De Effect Sizes variëren in de verschillende studies van $d = .24$ tot $d = 1.77$, dat wil zeggen dat er is sommige studies sprake is van een klein effect, in andere studies van juist een groot effect. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft de interventie in de databank opgenomen. De behandeling wordt overal in den lande uitgevoerd door opgeleide therapeuten, al dan niet in dienst bij instellingen voor jeugdzorg.

De Vereniging EMDR Nederland te Utrecht is de Nederlandse ontwikkelaar. Deze vereniging houdt ook toezicht op de opleiding van de therapeuten en de uitvoering van de therapie. Nadere informatie is te vinden op www.emdr.nl en www.emdrkinderenjeugd.nl.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Literatuur

- Alisic, E., Eland, J., & Kleber, R.J. (2006). Schokverwerkingslijst voor kinderen – herziene versie. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische en Gezondheidspsychologie (Universiteit Utrecht) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht).
- Alisic, E. (2008). Diagnostiek bij kinderen: vragenlijsten. In: E. Vermnetten, R.Kleber & O. van der Harten (red.), Handboek Posttraumatische Stresstoornissen. De Tijdstroom, Utrecht.
- Broeren, Y. (2006). De effectiviteit van een Cognitief-Gedragstherapeutische Groepsbehandeling bij adolescente meisjes na eenmalig seksueel geweld. UMC, Utrecht.
- Elling, M. (2008). Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen, cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies , gedownload 06-05-2009.
- Engelhard, I., Rapee, R. & Vincken, M. (2008). Behandeling van een acute stresstoornis na een eenmalige traumatische ervaring. In: Braet, C. & Bögels, S.(Red.). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., Roos, C. de, Meijer, A.M. & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR with children: a meta-analyses, in druk.
- Roos, C. de, Jongh A. de, Greenwald, R., & Noorthoorn, E.O.(2007). A Randomized Trial of Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing for disaster-exposed children (ter publicatie aangeboden); de informatie hier weergegeven is afkomstig van een poster over het uitgevoerde onderzoek.
- Siebelink, B.M. & Treffers, Ph.D.A. (2001). Nederlandse bewerking van het Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version van W.K. Silverman en A.M. Albano. Swets & Zeitlinger, lisse/Amsterdam.
- Southam-Gerow, M.A. & Kendall, PH.C. (2000). Cognitive Behavior Therapy with Youth: Advances Challenges, and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7. 343-366 (2000).
- Swagers,J. (juni,2007). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'STEPS'. NJi, Utrecht. Gedownload 06-05-2009, www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Wolzak, A. (juni, 2006). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Horizonmethodiek'. NIZW Jeugd, Utrecht. Gedownload 06-05-2009, www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

11. Dwangstoornissen

Patiënten met dwangstoornissen of obsessief-compulsieve stoornissen hebben last van dwanggedachten en dwanghandelingen. Bovendien is er ook vaak vermijdingsgedrag om de dwanggedachten en dwanghandelingen te voorkomen. De dwanghandelingen en dwanggedachten nemen ten minste een uur per dag in beslag of veroorzaken aanzienlijk leed en interfereren met het dagelijkse leven.

Dwanggedachten of obsessies zijn telkens terugkerende ideeën, beelden of impulsen die meestal als zinloos of verwerpelijk worden ervaren. Dwanghandelingen, zoals wassen, schoonmaken, controleren, herhalen en rechtzetten, dienen vrijwel altijd om de angst opgeroepen door de dwanggedachten te verminderen of te neutraliseren. In de meeste gevallen worden dwanggedachten en dwanghandelingen egodystoon beleefd. De kinderen weten dat hun dwanggedachten onzinnig of overdreven zijn en dat zij met hun dwanghandelingen geen gevaren kunnen afwenden. Zij geven dit meestal slechts schoorvoetend toe. Nog minder dan volwassenen laten zij zich leiden door rationele overwegingen. Zij voeren de dwanghandelingen uit 'voor alle zekerheid' en voelen zich daar veiliger bij. (De Haan, Boer & Huysen, 2006.)

11.1. Screening en diagnose

- CBCL, Child Behavior Check List – zie hoofdstuk 2
- ADIS, Anxiety Disorders Interview Schedule
- CY-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Child Version (CY-BOCS).

Uit ervaring weet men dat op deze manier goed en betrouwbaar inzicht ontstaat in de ernst van de dwanggedachten en dwanghandelingen.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
ADIS-C Anxiety Disorder Interview Schedule – Child version Siebelink & Treffers, 2001.	Betrouwbaarheid en validiteit alleen in Amerika en Australië onderzocht. Niet genormeerd.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
CY-BOCS Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Child Version Nederlandse vertaling: Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie: www.vgct.nl	Volgens het Kenniscentrum-KJP heeft het instrument een goede betrouwbaarheid en validiteit, maar er zijn geen Nederlandse gegevens hierover.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.vgct.nl

11.2. Psychologische behandelvormen

Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met een dwangstoornis

Voor jeugdigen tot 18 jaar met een dwangstoornis zijn protocollaire behandelingen ontwikkeld die volgens schaars Amerikaans onderzoek effectief beschouwd kunnen worden: exposure en responspreventie en daarnaast, zo nodig, cognitieve therapie. De protocollaire behandelingen zijn ook geïndiceerd wanneer er co-morbide stoornissen zijn, zoals depressie, eetstoornissen en autisme. De therapeut zal goed in de gaten houden of de behandeling niet leidt tot verergering van de co-morbide stoornissen. Zo kan de exposure in enkele gevallen van co-morbide depressie leiden tot suïcidaliteit.

Het doel van de interventies is het staken van dwanghandelingen en het stoppen van actief en passief vermijdingsgedrag. Het betreft hier een individuele therapieën waarbij op enkele momenten de ouders en de broers en zusjes van de patiënt betrokken zullen worden. In principe zijn er 12 tot 16 sessies. Er is echter gebleken dat in sommige gevallen aanzienlijk meer sessies – 30 tot 60 – nodig zijn om de beoogde effecten te bereiken. Effecten van deze behandeling zijn aangetoond in het schaarse Amerikaanse onderzoek dat voor handen is. Zoals gezegd wordt gewerkt met exposure en responspreventie. Wanneer er tevens sprake is van denkfouten wordt ook cognitieve therapie toegepast. In de systematiek van Braet & Bögels zijn de interventies ‘waarschijnlijk effectief’.

Vanwege onder meer problemen bij het stellen van een juiste diagnose wordt aanbevolen de diagnose de behandeling te laten uitvoeren door centra met expertise op het gebied van dwangstoornissen. In 2009 is het cognitief-therapeutisch protocol dat hier aan de orde is gepubliceerd onder de titel *Bedwing je dwang* (De Haan & Wolters, 2009).

Bronnen: Braet & Bögels en www.kenniscentrum-kjp.nl.

11.3. Medicatie (gebaseerd op Huyser, 2009)

Medicatie

In de behandeling van dwangstoornissen heeft medicatie een beperkte rol. Omdat er verschillende redenen zijn om terughoudend te zijn met de verschillende vormen van medicatie, wordt medicatie alleen voorgeschreven wanneer cognitieve gedragstherapie te weinig effect heeft. In alle gevallen wordt combinatie met cognitieve gedragstherapie aanbevolen.

Er zijn drie middelen waaruit een keuze kan worden gemaakt:

- Sertraline, een antidepressivum, verkrijgbaar in tabletten en drankjes, is matig effectief. De kinder- en jeugdpsychiater zal terughoudend zijn bij het voorschrijven en hij zal goed volgen of de medicatie goed uitwerkt. Bij depressieve jongeren zou in uitzonderlijke gevallen een van de bijwerkingen kunnen zijn dat het denken aan zelfdoding en zelfbeschadiging en het fantaseren daarover wordt gestimuleerd. Er zijn ook andere mogelijke bijwerkingen: misselijkheid, droge mond, hoofdpijn, duizeligheid, sufheid, onrust, hyperactiviteit en slapeloosheid. Bijwerkingen treden niet altijd op en als ze optreden zijn ze vaak tijdelijk. Wanneer men ophoudt met het gebruik van het middel, verdwijnen ook de bijwerkingen.
De mogelijke bijwerkingen worden aan de hand van een lijst met mogelijke bijwerkingen bijgehouden. Aan de hand van de bijwerkingen wordt de dosering aangepast.
- Clomipramine, verkrijgbaar in tabletten, is ook matig effectief gebleken, zij het dat het een wat beter effect heeft dan Sertraline. Ook dit middel is een antidepressivum. Men is enigszins voorzichtig met het voorschrijven, vanwege mogelijke gevolgen voor het functioneren van het hart. Verder zijn de belangrijkste bijwerkingen: droge mond, moeite bij de ontlasting, slaperigheid, vermoeidheid, onrust, duizeligheid, toename eetlust, hoofdpijn, trillingen, spiersamentrekkingen en veel zweten.
- Antipsychotica als haloperidol of risperidone worden voorgeschreven wanneer de behandeling die is toegepast niet aanslaat of wanneer sprake is van een combinatie van dwangstoornis met tics of een vorm van autisme.

Effecten samengevat:

- Sertraline en clomipramine zijn gematigd effectief, waarbij clomipramine een wat beter effect geeft.
- De effectiviteit van sertraline en cognitieve gedragstherapie verschilt niet van elkaar.
- Een gecombineerde behandeling van sertraline en cognitieve gedragstherapie heeft een wat beter effect dan enkel sertraline of enkel cognitieve gedragstherapie.
Voor zover bekend, zijn de medicijnen die hier zijn genoemd niet verslavend in die zin dat men een steeds hogere dosering moet nemen om hetzelfde effect te bereiken.

Literatuur

Haan, E. de, Boer, F. & Huyser, C. (2006). Inleiding bij Dwang. Gedownload 28-07-2009, www.kenniscentrum-kjp.nl.

Haan, E. de. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met een dwangstoornis. In: Braet, C. & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Haan, E. de & Wolters, L. (2009). Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten, met het cognitief-gedragstherapeutisch protocol, Bedwing je dwang, Kind en adolescent praktijkreeks. Bohn Stafleu van Lochum, Houten.

Huyser, C. (2009). Medicatie bij Dwang. www.kenniscentrum-kjp.nl > professionals > thema's > dwang > medicatie. Gedownload 31-01-2010.

Siebelink, B.M. & Treffers, Ph.D.A. (2001). Nederlandse bewerking van het Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV: Child version van W.K. Silverman en A.M. Albano. Swets & Zeitlinger, Lisse/Amsterdam.

12. Tics

In het algemeen geldt dat men zich bij de behandeling van tics altijd goed moet afvragen waarop een eventuele behandeling zich moet richten: op de tics zelf op of eventuele bijkomende problematiek, zoals aandachtsstoornissen ADHD of obsessief compulsieve stoornis (OCD). Goede voorlichting over de ticstoornis is van groot belang, hiervoor moet altijd ruim tijd worden uitgetrokken.

12.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Voor een eerste antwoord op de vraag of er bij een jeugdige sprake is van een of meer tics is er een tic-screeningsvragenlijst. Om volledig zicht te krijgen op het voorkomen van tics en de mate waarin daarvan sprake is wordt een diagnostiekprotocol gehanteerd dat bestaat uit vijf stappen:

1. Inventarisatie van zowel de huidige en life-time typen motorische en vocale tics aan de hand van de tic-inventarisatielijst van de Yale Global Tic Severity Scale (20 minuten).
2. Afname van de Diagnostic Confidence Index (DCI). De DCI is bedoeld om additionele informatie te verzamelen om zo zeker mogelijk de diagnose van een tic-stoornis te kunnen stellen (Robertson et al., 1999) (10 minuten).
3. Bepaling van zowel de actuele als de worst-ever ernst van de tics met de 'ernst sectie' van de Yale Global Tic Severity Scale (20 minuten).
4. Inventarisatie van typen dwangsymptomen (zowel huidig als life-time) aan de hand van de symptoomlijst van de Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Scahill et al., 1997) en de ernst (actueel en worst-ever) met behulp van de 'ernst sectie' van de Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (20 minuten).
5. Bepalen van voorkomen van tics, dwang of aandachtsproblemen in eerstegraads familie (10 minuten).

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Tic-screeningsvragenlijst	Sensitiviteit en specificiteit van dit instrument zijn niet bekend. De bronnen verschaffen geen informatie hierover.	www.kenniscentrum-kjp.nl
UGTSS Yale Global Tic Severity Scale Leckman e.a., 1989	Betrouwbaarheid en validiteit zeer goed, volgens www.kenniscentrum-kjp.nl Internationaal, zowel in de klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek meest gebruikte instrument bij ticstoornissen.	www.kenniscentrum-kjp.nl Nederlandse versie verkrijgbaar bij Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Groningen p.hoekstra@accare.nl
DCI Diagnostic Confidence Index Robertson e.a., 1999	Het belangrijkste nadeel is dat de psychometrische eigenschappen, waaronder validiteit en betrouwbaarheid, niet bekend zijn.	www.kenniscentrum-kjp.nl Nederlandse versie verkrijgbaar bij Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Groningen p.hoekstra@accare.nl

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
C-YBOCS Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Scahill, e.a., 1997	De geraadpleegde bronnen verschaffen geen informatie hierover.	Nederlandse vertaling beschikbaar Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie: www.vgct.nl

12.2. Psychotherapeutische interventies

Er zijn voor de behandeling van tics twee erkende gedragstherapeutische technieken, het protocol habit reversal en het protocol exposure en responspreventie. Beide interventies worden hier besproken. Zij zijn geïndiceerd bij het Syndroom van Gilles de la Tourette, wat zich uit in motorische en soms ook vocale tics. De doelgroep bestaat uit kinderen, adolescenten en volwassenen met tics. Meest voorkomende co-morbide aandoeningen zijn ADHD en OCD. Ook emotionele stoornissen, zoals angst en depressie, alsook autisme spectrumstoornissen komen geassocieerd voor. Zij gelden niet als contra-indicaties. Medicijngebruik geldt ook niet als contra-indicatie. Tijdens de behandeling mag de dosering echter niet worden veranderd. Men moet immers het effect van de behandeling vast kunnen stellen.

Het doel van de interventies is eenvoudig te omschrijven: ticreductie ofwel het verminderen of doen verdwijnen van de tics. De interventies worden toegepast in de behandelruimte van de therapeut. De Habit-Reversal (HR) wordt uitgevoerd in 10 wekelijkse sessies van één uur. Doorgaans wordt per sessie één tic behandeld. Men leert bij het voelen aankomen van de tic een met de tic onverenigbare beweging te maken. De jeugdigen moeten thuis oefenen en de familie krijgt opdracht de tics op vaste momenten te registreren.

Exposure en Responspreventie (ER) bestaat uit 12 wekelijkse sessies van twee uur. Jeugdigen worden getraind premonitore sensaties die aan de tic voorafgaan te herkennen. Vervolgens worden de patiënten gestimuleerd om de tics zo lang mogelijk tegen te houden. Ook in dit verband worden huiswerkopdrachten aan de patiënten en registratieopdrachten aan de familie meegegeven. Beide behandelingen zijn geprotocolleerd. De effectiviteit van beide methoden ontloopt elkaar niet veel. De effectgrootte van habit reversal varieert van 0.47 tot 1.06 (middel-groot tot groot). De effectgrootte van exposure en responspreventie varieert van 0.88 tot 1.42 (groot tot zeer groot). Braet & Bögels classificeren beide behandelprotocollen als 'werkzaam'.

De behandelingen worden uitgevoerd door gespecialiseerde instellingen: Accare te Groningen, Karakter te Nijmegen, de Bascule te Amsterdam, het RMPI te Barendrecht en de HSK-groep.

Voor meer informatie verwijzen zij naar Verdellen e.a. (2008) en naar www.kenniscentrum-kjp.nl.

Bronnen: Braet & Bögels en www.kenniscentrum-kjp.nl

12.3. Medicatie (Hoekstra, 2009)

De eerste vraag waar het bij de behandeling van tics om gaat is waarop een eventuele behandeling zich moet richten: op de tics zelf op of eventuele bijkomende problematiek, zoals aandachtsstoornissen ADHD of OCD. Goede voorlichting over de ticstoornis is van groot belang, hiervoor moet altijd ruim tijd worden uitgetrokken. Om de tics zelf te behandelen bestaat een aantal gedragstherapeutische technieken. Deze vragen echter veel tijd en inzet van het kind en vereisen een goed getrainde gedragstherapeut.

Veel kans op een goede reductie van de tics bestaat er met dopamine blokkerende antipsychotica. Risperidon, haloperidol en pimozide zijn daarbij middelen van de eerste keuze. Meestal worden deze middelen goed verdragen; belangrijkste bijwerkingen zijn sedatie en gewichtstoename, vooral bij gebruik van risperidon. Bij aanwezige hyperactiviteit en aandachtsstoornissen kunnen de alfa adrenerge agonisten clonidine en guanfacine een rationele keuze zijn.

De behandeling van eventueel co-morbide aanwezige ADHD- en OCD-symptomen is niet anders dan bij kinderen zonder tics. Stimulantia kunnen ook bij kinderen met tics worden gebruikt. Combinaties van antipsychotica en serotonineheropnamers of stimulantia zijn goed mogelijk en soms zinvol.

Literatuur

Hoekstra, P.J. (2009). Medicatie bij Tics.

www.kenniscentrum-kjp.nl > Thema's > Tics > Medicatie, gedownload 31-01-2010.

Leckman, J.F., Riddle, M.A., Hardin, M.T., Ort, I., Swartz, K.L., Stevenson, J. & Cohen, D.J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28(4): 566-73.

Robertson, M.M., Banerjee, S., Kurlan, R., Cohen, D.J., Leckman, J.F., McMahon, W., Pauls, D.L., Sandor, P. & van de Wetering, B.J. (1999). The Tourette syndrome diagnostic confidence index: development and clinical associations. *Neurology*, 53(9): 2108-12.

Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D. & Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(6): 844-52.

Verdellen, C. Griendt, J. van der, Kriens, S. & Hoogduin, K. (2008). Protocolaire behandeling van tics bij kinderen en adolescenten. In: Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

13. Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (ODD) en Gedragsstoornissen (CD)

Voor de behandeling van gedragsstoornissen waaronder boos, opstandig en agressief gedrag alsook (dreigende) delinquentie, zijn er relatief veel behandelprogramma's voor verschillende leeftijdscategorieën¹.

13.1. Algemeen

In de buitenlandse literatuur wordt veel aandacht besteed aan de mogelijkheden om gedragsstoornissen met cognitieve gedragstherapie (CGT) te behandelen.

Southam-Gerow & Kendall (2000) beginnen met constatering aangaande het voorkomen van gedragsstoornissen. Volgens hen is er in prevalentiestudies aangetoond dat 5 tot 10% van de kinderen in klinische zin agressief gedrag vertoont of gedragsproblemen heeft. Bij een groot deel van deze kinderen is sprake van blijvende agressiviteit en van antisociaal gedrag in het latere leven. Hoewel biologische factoren en gezinsfactoren een belangrijke rol spelen in het begrijpen van agressief gedrag in de kindertijd, is de benadering waarbij aandacht is voor de cognitieve en gedragsmatige facetten van agressie vruchtbaar gebleken voor de begripvorming en de behandeling van agressie bij kinderen. Het cognitieve gedragsgeoriënteerde model veronderstelt dat de verbinding tussen gebeurtenissen in de omgeving en het ontstaan van boosheid wordt 'gemedieerd' door op de ervaring gebaseerde evaluaties en verwachtingen ten aanzien van die gebeurtenissen.

Van de verschillende cognitieve gedragsinterventies die zijn ontwikkeld, zijn er een drietal mogelijk effectief, zo vervolgen de auteurs hun betoog.

1. Kazdin en zijn collega's hebben een individuele gedragstherapie voor kinderen ontwikkeld waarin gedurende 20 sessies het verwerven en hanteren van probleemoplossingvaardigheden aan de orde is. In de eerste plaats worden deze vaardigheden geoefend in situaties met weinig stress. Later wordt een en ander aan de orde gesteld in meer gecompliceerde persoonlijke situaties. De effectiviteit van deze 'training in problemen oplossen' is op effectiviteit onderzocht bij jongeren in een psychiatrische inrichting, die daar zaten wegens antisociaal gedrag.
2. Een andere belangrijke interventie is het Anger Coping Programme van Lochman. Van dit groepsprogramma is onder andere gebruik gemaakt bij de ontwikkeling van de Nederlandse interventie Minder Boos en Opstandig, dat in de Databank van het Nederlands Jeugdinstituut is opgenomen (Van Yperen, november 2004). De kinderen wordt geleerd emotionele ervaringen te herkennen en te benoemen. Men wordt geleerd zichzelf te beschouwen en te bewaken (self-monitoring) en zichzelf te beheersen door zichzelf toe te spreken. Daarbij worden vaardigheden geleerd om problemen en conflicten adequaat op te lossen. De effectiviteit van dit programma is aangetoond tot drie jaar na de laatste behandeling.
3. Een ander enigszins vergelijkbaar groepsprogramma van Feindler en anderen legt de nadruk op het leren hanteren van opkomende opgewondenheid, cognitieve herstructurering van de gedachten, probleemoplossingvaardigheden en het aanleren van pro-sociaal gedrag. Ontspanningsoefeningen om fysieke opwindning te leren beheersen kunnen worden toegevoegd. Ook van deze interventie is de effectiviteit in gecontroleerde studies aangetoond.

De cognitieve gedragsmatige benadering blijkt bij de aanpak van antisociaal gedrag veelbelovend. Veel sociale en gedragswetenschappers zijn van oordeel dat ook sociale omgeving bij de behandeling van agressief en antisociaal gedrag moet worden betrokken. De redenen daarvoor zijn dat, net zoals de sociale omgeving een rol kan spelen bij het opwekken en in stand houden van het ongewenst gedrag, zij ook van betekenis kan zijn bij het stoppen van dat gedrag. Zij pleiten ervoor dat naast de cognitieve gedragstherapeutische programma's gericht op de betreffende kinderen ook de ouders, de school en mogelijk significante anderen in het sociale netwerk van de jeugdigen worden betrokken. Ook McClellan & Werry (2003) stellen op grond van hun wetenschappelijke arbeid dat in verschillende studies is vastgesteld dat interventies die zijn gericht op de cognitieve processen die aan de gedragsstoornissen ten grondslag liggen, tot verbetering leiden. Deze interventies impliceren dan training in het oplossen van problemen, training in strategieën om boosheid te hanteren, assertiviteitstraining en Rationeel-Emotieve Therapie.

¹ Veel van deze algemeen inleidende paragraaf is ontleend aan Elling (2008)

Ook hier weer komt uit de inventarisatie van studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie naar voren dat deze therapieën vaak worden aangevuld met interventies die op het gezin en de ouders zijn gericht. Dit blijkt in veel gevallen zeer succesvol te zijn, waarbij de resultaten in het geval van gedragsstoornissen bij kinderen tussen de 4 en der 8 jaar vooralsnog het meest opmerkelijk lijken.

Met het oog hierop zijn de Parent Training Programs ontwikkeld, gericht op het verbeteren van de interactie tussen ouders en kinderen, op het vergroten van de effectiviteit van het optreden van de ouders en op het verminderen van dwang en drillen in de opvoeding. De gezinsinterventie van Patterson die gebaseerd is op gedragstherapeutische principes, waarbij ouder wordt geleerd kinderen te monitoren en gedragsveranderingen bij kinderen teweeg te brengen door gebruik te maken van de leertheorie, is in verschillende studies superieur gebleken in vergelijking met andere interventies. Deze aanpak is overigens ook effectief gebleken in gevallen van angststoornissen en eetstoornissen.

McClellan & Werry vermelden ook nog enkele resultaten van multimodale interventies, waarbij elementen uit de cognitieve gedragstherapie worden benut. Het blijkt dat multimodale of multisystem therapy veel effectiever is dan opsluiting of opname in een psychiatrische kliniek en andere traditionele behandelingen. De effecten bleken echter af te nemen na een periode van 12 tot 16 maanden. Multi-systeemtherapie blijkt met name effectief te zijn bij jeugdigen met drugsproblemen en jeugdigen in crisissituaties.

Tenslotte bespreek ik in dit verband de studie van Nock (Nock, 2003), die hier en daar ook effectmaten presenteert. Volgens hem zijn er talloze studies die de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met gedragsstoornissen hebben aangetoond. Verschillende metastudies laten gematigde tot grote effectmaten zien, variërend van 0.47 tot 0.90. Hoewel de effectiviteit van de behandeling van gedragsproblemen hiermee nog niet onomstotelijk is aangetoond, wordt de cognitieve gedragstherapie voor jeugdigen met gedragsproblemen wel als veelbelovend gezien. Jeugdigen die hebben deelgenomen aan een cognitieve gedragstherapie hebben meer kans om in het normale leven adequaat te functioneren dan jeugdigen die geen of een andere behandeling hebben ondergaan.

Daar staat tegenover dat er ook veel jeugdigen zijn die ondanks de Cognitieve Gedragstherapie het adequaat niveau van functioneren niet bereiken. Een ander kritische opmerking die Nock maakt, betreft de wijze waarop het functioneren van de jeugdigen wordt gemeten. Veel studies baseren zich uitsluitend op rapportages van ouders en leerkrachten en gebruiken geen meer-objectieve meetinstrumenten om het functioneren in beeld te brengen. De conclusie van Nock is dan ook, dat ondanks de veelbelovende resultaten, de feitelijke invloed van de cognitieve gedragstherapie nog niet afdoende is vastgesteld.

In het algemeen wordt gesteld dat het nog niet geheel duidelijk is welke componenten in de verschillende gevallen het meest effectief zijn en hoe de verschillende componenten van de behandelingen op elkaar inwerken. Nader onderzoek op dit punt is vereist.

Overigens is uit onderzoek gebleken dat cognitieve gedragstherapie gecombineerd met Parent Management Training in veel gevallen zeer effectief is.. In de Parent Management Training wordt ouders meer effectief opvoedingsgedrag geleerd: het probleemgedrag van het kind wordt permanent en consequent benoemd, in de gaten gehouden en bestraft, terwijl het pro-sociale gedrag van het kind wordt versterkt. Parent Management Training is de best onderzochte interventie gericht op kinderen met gedragsproblemen. Nock haalt een metastudie uit 1996 aan waaruit een algemene effectmaat bleek van 0.86. In de vele studies was PMT het meest effectief vergeleken met verschillende andere interventies. PMT wordt beschouwd als een evidence based interventie in het geval van jeugdigen met gedragsproblemen.

Voor achtergronden en behandelmogelijkheden in Nederland zie de website van het Landelijk Kenniscentrum KJP (www.kenniscentrum-kjp.nl) en het themadossier 'gedragsstoornissen' van het Nji (www.nji.nl/jeugdinterventies).

13.2. Diagnostische en meetinstrumenten

- CBCL, Children Behavior Check List, voor 1,5- tot 5-jarigen en 6- tot 18-jarigen, zie hoofdstuk 2
- YSR, Youth Self Report, voor 11- tot 18 jarigen, zie hoofdstuk 2
- TRF, Teacher Report Form, voor 1½- tot 5 jarigen en voor 6- tot 18 jarigen, zie hoofdstuk 2

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Kiddy Disruptive Behaviour Disorders Schedule Keenan e.a. 2007	Eerste onderzoeksresultaten geven aanleiding tot oordeel betrouwbaarheid: goed tot acceptabel en validiteit: veel belovend. (Duits, 2009)	www.kenniscentrum-kjp.nl

13.3. Psychotherapeutische behandelingen

Bij de presentatie van de verschillende gevonden psychologische interventies maken wij het volgende onderscheid:

A. Behandelprogramma's voor kinderen tot 12 jaar

1. Programma's gericht op kinderen en hun ouders
Tot deze categorie van therapeutische programma's rekenen wij de volgende drie interventies:
 - STOP 4-7 (Samen Sterk Op Pad voor 4- tot 7-jarigen)
 - Zelfcontrole
 - Minder Boos en Opstandig
2. Daarnaast zijn er voor ouders van kinderen van deze leeftijdscategorie interventies gericht op de bevordering van opvoedingsvaardigheden. In dit verband wordt in de Engelse taal gesproken van Parent Management Trainingen. We bespreken in dit verband vijf van dergelijke oudergerichte interventies:
 - Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
 - Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma (Van der Oord & ten Brink, 2008; Bartelink, 2008).
 - Parent Management Training Oregon (PMTO) (Zwicker, & van Everdingen, 2008)
 - Kinderen ... de baas!?
 - Incredible years, ofwel Pittige jaren

B. Behandelprogramma's voor jeugdigen vanaf 12 jaar

1. Programma's gericht op jeugdigen en in zekere mate hun ouders
Tot deze programma's rekenen wij de volgende interventies:
 - Agressieregulatie op maat
 - In Control!
 - de Washington State Agression Replacement Training (WSART)
 - Leren van delict
 - Sociale Vaardigheden op maat
 - Brains 4 Use
 - de Dialectische Gedragstherapie bij delinquente adolescenten
2. Gezins- of systeemtherapieën gericht op de gezinnen of systemen van 12-plussers. Van dit type therapieën zijn er drie die hier moeten worden behandeld:
 - de Functional Family Therapy (FFT)
 - de Multi Systeem Therapie (MST)
 - de Multi Dimensional Family Therapy (MDFT)

- C. Tenslotte is er nog een systeemgericht programma voor gezinssystemen van kinderen van 0 tot 16 jaar met emotionele en gedragsproblemen. Het betreft Triple P, wat staat voor Positief Pedagogisch Programma.

In het navolgende beschrijven wij de genoemde 18 programma's.

A. Behandelprogramma's voor kinderen tot 12 jaar

A.1. Behandelprogramma's gericht op kinderen tot 12 jaar en hun ouders STOP 4-7

De interventie STOP 4-7 (Elling, maart 2006) is een geheel uitgewerkte multi-modale interventie gericht op kinderen van vier tot zeven jaar met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag – disruptieve gedragsstoornissen volgens DSM IV – hun gezin en de school van het kind. Co-morbiditeit met ADHD of een lichte vorm van ASS is geen uitsluitingscriterium. Als contra-indicaties gelden wel beperkte cognitieve mogelijkheden van het kind, niet kunnen functioneren in een groep en weigering van ouders om mee te werken. De doelstellingen van STOP 4-7 zijn: het aanpakken van de gedragsproblemen van de kinderen zodat deze aanzienlijk verminderen en het voorkómen van verdere ontsporing. Daarbij wordt de sociaal-cognitieve ontwikkeling van deze kinderen versterkt. De acties gericht op de ouders hebben als doel de gezinssituatie te versterken en in de richting van de leerkrachten wordt er zo veel mogelijk aan gedaan het pedagogische klimaat op school te verbeteren.

De therapie wordt gegeven in een trainingscentrum. Zij bestaat voor de kinderen uit tien wekelijkse sessies van 5½ uur. Voor ouders zijn er tien sessies van twee uur en voor leraren vier sessies van dezelfde lengte. Daarnaast vindt er ook huis- en schoolbezoek plaats. De interventie bevat elementen van psycho-educatie, trainingen gebaseerd op de leertheorie en de cognitieve gedragstherapie. Het ouderdeel bevat een Parent Management Training. Er zijn nog geen Nederlandse onderzoeksresultaten voor handen. Onderdelen van STOP 4-7 zijn in buitenlandse studie effectief gebleken. Volgens de databank van het NJi is de interventie 'theoretisch goed onderbouwd'.

STOP 4-7 wordt in verschillende instellingen voor jeugdzorg en voor kinder- en jeugdpsychiatrie in praktijk gebracht. Nadere informatie is te verkrijgen bij de ontwikkelaar wim.demey@ugent.be.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Zelfcontrole

Zelfcontrole (Elling & Van Yperen, 2006) en Minder Boos en Opstandig (Van Yperen, november 2004). Hebben ongeveer dezelfde doelgroep en ongeveer dezelfde doelstelling. Het gaat bij beide interventies om kinderen van acht of negen tot twaalf jaar. Met een (dreigende) disruptieve gedragsstoornis. In beide gevallen is co-morbide ADHD geen bezwaar. Beide interventies beogen de gedragsproblemen te verminderen en het pro-sociale gedrag te stimuleren.

De interventie Zelfcontrole is specifiek gericht op het vergroten van de sociaal cognitieve vaardigheden, het vergroten van de zelfcontrole en het verminderen van het impulsief gedrag. De therapeutische activiteiten richten zich vooral op de kinderen zelf, terwijl de ouders en de leraren op school telefonisch worden betrokken. In feite is Zelfcontrole een cognitieve gedragstherapie. De interventie is in Nederland onderzocht. Daarbij zijn effect sizes gevonden van 0.76 tot één jaar na de behandeling. Onderzoek naar een toepassing van de interventie op school heeft een gemiddelde effect size van 0.62 laten zien. De interventie is volgens het NJi 'theoretisch goed onderbouwd'.

Bronnen: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies; www.kenniscentrum-kjp.nl

Minder Boos en Opstandig

Minder Boos en Opstandig werkt intensief op twee fronten Er zijn 18 sessies voor ouders in groepen van vijf tot acht personen waar ouders meer adequate opvoedingsvaardigheden leren. Tegelijkertijd zijn er ook 18 sessies voor kinderen in groepen van vijf, waar kinderen meer pro-sociaal gedrag wordt geleerd en waar de oplossingsvaardigheden in moeilijke situatie worden ontwikkeld. Minder Boos en Opstandig is gebaseerd op de leertheorie, de cognitieve gedragstherapie en op elementen uit de Parent Management Training. Wat de effectiviteit betreft is er weinig verschil aangetoond met andere interventies. Disruptieve gedrag neemt iets meer af dan de care as usual: ES=0.18. Wel zijn er meer

positieve effecten ten opzichte van gezinstherapie. De interventie is als 'theoretisch goed onderbouwd' beoordeeld door het Nji. De interventie wordt uitgevoerd door het Utrechts Medisch Centrum, instellingen voor ambulante ggz en instellingen voor jeugdhulp. De ontwikkelaar is W. Matthys, UMC Utrecht, Afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, w.matthys@umcutrecht.nl. Meer informatie is te vinden op: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bronnen: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies; www.kenniscentrum-kjp.nl

A.2. Trainingen voor ouders van kinderen tot 12 jaar

Zoals we zagen is in enkele van de hierboven beschreven therapieën een soort van Parent Management Training geïntegreerd. De oudertrainingen worden echter ook afzonderlijk aangeboden.

De Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

De Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (Ince, november 2007) is voor ongeveer dezelfde doelgroep als STOP 4-7: kinderen van twee tot zeven jaar met gedragsproblemen en hun ouders die daarmee opvoedingsproblemen hebben. Onder gedragsproblemen vallen met het oog op de PCIT: ODD, CD en ADHD. Voor zover er contra-indicaties zijn, worden die bij de ouders gelokaliseerd: ernstige niet behandelde persoonlijke problematiek bij de ouders, overheersende huwelijksproblemen, en ouders die bekend zijn als dader van seksueel misbruik. De PCIT legt bij het zoeken naar de oorzaken van de gedragsstoornissen andere accenten en heeft dan ook een andere aanpak dan de interventie STOP 4-7. Het primaire doel van de interventie is de gedragsproblemen bij het kind en de stress bij ouders te verminderen door de opvoedingsvaardigheden van de ouders te vergroten en de kwaliteit van de ouder-kind relatie te verbeteren. Het is een echte mediatietherapie: de ouder(s) en het kind worden in een spelkamer in ongeveer 15 sessies getraind in een adequate omgang met het kind. De ouder wordt vanachter een one-way-screen gecoacht door een therapeut via een oortje. Een vorm van 'live-coaching'.

De theoretische achtergronden van deze therapie bestaan uit de hechtingstheorie en de sociale leertheorie. Volgens deze theorieën kunnen gedragsproblemen (mede) ontstaan in de ouder-kind relatie. De oplossing moet dan ook in het verbeteren van die ouder-kind relatie worden gezocht. Er zijn nog geen resultaten uit Nederlands onderzoek beschikbaar. De eerste resultaten worden in 2012 verwacht. In buitenlands onderzoek is de effectiviteit aangetoond. Het oordeel van het Nji is dat de interventie 'theoretisch goed onderbouwd' kan worden beschouwd. De therapie wordt uitgevoerd in De Bascule, het academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, te Amsterdam. De ontwikkelaar van deze therapie in Nederland is De Bascule / PI Research, Amsterdam, T. (020) 890 10 00. Zie voor meer informatie ook www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bronnen: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies; www.kenniscentrum-kjp.nl

Overige oudergerichte interventies

De overige oudergerichte interventies, Opstandige kinderen, PMTO, Kinderen ... de baas!? en Incredible years, hebben veel met elkaar gemeen. Zij zijn alle vier bedoeld voor ouders van kinderen tot 12 jaar, met opstandig, ongehoorzaam, koppig externaliserend gedrag, dat wordt samengevat in de termen ODD, CD al dan niet in combinatie met ADHD. De training Opstandige kinderen staat ook expliciet open voor ouders van kinderen met een atypische pervasieve ontwikkelingsstoornis en een bi-polaire stoornis. Alleen bij de PMTO worden ouders van kinderen met autisme en kinderen met suïcidedreiging expliciet uitgesloten. Als contra-indicaties bij de ouders gelden ernstige psychiatrische problematiek, verslaving en zwak mentaal niveau.

Het is niet verbazingwekkend dat ook de doelstellingen die worden nagestreefd goeddeels parallel lopen: meer kennis over de oorzaken van probleemgedrag, competentere ouder- en opvoedingsgedrag, betere verhoudingen binnen het gezin en, last but not least, aanzienlijke vermindering van het probleemgedrag van de kinderen.

Opstandige kinderen

Opstandige kinderen omvat negen wekelijks bijeenkomsten van twee tot twee en een half uur in de ruimte van de therapeut. De training kan zowel individueel als in groepsverband worden gegeven. De bijeenkomsten worden gehouden aan de hand van een handleiding. De training is gebaseerd op de leertheorie en op dezelfde cognitieve gedragstherapeutische principes die ook aan de Parent Management Training PMTO ten grondslag liggen. Tot dusver is er alleen onderzoek uitgevoerd naar de effecten bij ouders van kinderen met ADHD. Daarbij zijn er geen effecten gevonden. Volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJi, is de interventie 'theoretisch goed onderbouwd'. Braet & Bögels achten het programma 'werkzaam'.

De training staat op het programma van verschillende Noordhollandse ggz-instellingen. Esther ten Brink van ggz Dijk en Duin te Zaandam, Tel. (075) 681 44 81, kan worden aangesproken als ontwikkelaar.

Bron: Braet & Bögels, 2008 en www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Parent Management Training Oregon (PMTO)

De Parent Management Training Oregon (PMTO) is door de grote inspanningen vanuit de Rijksoverheid om deze interventie geïmplementeerd te krijgen, de bekendste van de gezinsgerichte interventie voor ouders van kinderen tot 12 jaar. Om de training te volgen moeten de mensen 10 tot 30 weken achtereen één uur naar de therapeut, waar volgens een vast protocol wordt gewerkt aan het versterken van de opvoedingsvaardigheden. De therapeut heeft hiervoor een speciale opleiding gevolgd en is gecertificeerd. De training is gebaseerd op gedragstherapeutische principes en op het Social Interaction Learning Model (SIL) van Patterson.

Op dit moment (2009) wordt de effectiviteit van PMTO in Nederland onderzocht. Amerikaanse studies tonen groot effect aan. Oordeel van het NJi luidt: 'theoretisch goed onderbouwd'.

PMTO wordt uitgevoerd door verschillende samenwerkingsverbanden van ggz en jeugdhulpverleningsinstellingen. De internationale licentiehouders van de interventie is de Implementation Sciences International Incorporated (ISII), die in Nederland samenwerkt met TNO en PI Research. Meer informatie is opgenomen in ondermeer www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies en www.kenniscentrum-kjp.nl

Kinderen ... de baas!?

Kinderen ... de baas!? tenslotte wordt uitgevoerd in tien wekelijkse groepssessies van 8 tot 12 ouders, begeleid door 2 trainers. Na de 10^e sessie is er later nog een terugkomsessie. Oudertraining is gebaseerd op leertheoretische principes. In Amerikaans onderzoek variëren de effectgroottes van 0.40 tot 0.80: een klein tot middelgroot effect. Naar het oordeel van Braet & Bögels kan deze interventie als 'werkzaam' worden beschouwd. Het is onbekend of deze interventie in Nederland wordt uitgevoerd. Meer informatie over de inhoud van de training is te vinden in De Mey & Merlevede (2008).

Bron: Braet & Bögels, 2008

Incredible years (Basic & Advance), Pittige Jaren (Basis & Gevorderd) (Webster-Stratton, 2007)

Ook dit programma betreft een training in opvoedingsvaardigheden voor ouders in groepsverband. De doelgroep bestaat uit ouders van kinderen van 3-8 jaar met een oppositionele gedragsstoornis (ODD) of antisociale gedragsstoornis (CD) met een eventuele comorbiditeit met Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Ook ouders van kinderen die een risico lopen om deze stoornissen te ontwikkelen kunnen voor de training in aanmerking komen.

De training is gebaseerd op de sociale leertheorie en de hechtingstheorie. Het doel van de training is een afname van probleemgedrag van het kind te bewerkstelligen en toename van sociaal wenselijk gedrag. Daartoe worden die opvoedingsvaardigheden van de ouders versterkt die zowel het gedrag als de ontwikkeling van het kind in gunstige zin beïnvloeden. Er is een basiscursus en een cursus voor gevorderden. De basiscursus (Basic) bestaat uit minimaal 12 sessies van 2 uur, de gevorderde cursus (Advanced) bestaat uit minimaal 6 sessies van 2 uur. Indien nodig kunnen extra sessies worden toegevoegd. De behandelaar of trainer beschikt over klinische ervaring en heeft bovendien een 3-daagse workshop gericht op de uitvoering van incredible years gevolgd. Voor certificering is supervisie

van twee groepen een minimum vereiste. Ervaring leert dat als vervolg hierop intervisie in de praktijk noodzakelijk is.

Er is een Nederlandse handleiding: Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren Praktische gids bij het opvoeden van jonge kinderen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. Zie ook: www.incredibleyears.com.

Bron: www.kenniscentrum-kjp.nl

B. Behandelprogramma's voor jeugdigen vanaf 12 jaar

B.1. Programma's gericht op jeugdigen en in zekere mate hun ouders

De volgende zeven behandelmethoden die hier worden genoemd zijn allemaal gericht op ernstige agressiviteit en gewelddadig gedrag. Zij zijn beoordeeld door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en hebben allemaal het predicaat 'voorlopig erkend' gekregen, met uitzondering van de interventies 'Agressieregulatie op maat', In Control! En 'Leren van delict', die volledig erkend zijn. Het feit dat zij door de Justitiecommissie zijn erkend impliceert dat er bij al deze interventies ook sprake is van bestrijden of voorkómen van delictgedrag. We beginnen met de volledig erkende interventies en bespreken vervolgens de overige vier.

Agressieregulatie op maat is een interventie die wordt ingezet bij jongens en meisjes met forse agressieproblematiek, vaak als onderdeel van ADHD, ODD, CD, dreigende persoonlijkheidsstoornissen, depressie en/of middelenmisbruik. Er is sprake van een contra-indicatie wanneer er alleen sprake is van proactieve agressie of wanneer er psychopathe trekken worden onderkend. Ook een manifeste psychose of ernstige trauma, agressie uitsluitend op zichzelf gericht gelden als contra-indicaties. Het doel van de interventie is het verminderen van vertekende en disfunctionele cognities, vergroten van de zelfcontrole, impulscontrole en beheersingsvaardigheden, verbeteren van sociale cognitie, vergroten van de copingvaardigheden en probleemoplossingsvaardigheden.

De Agressieregulatie op maat kan in verschillende settings worden uitgevoerd. Zo wordt de behandeling vaak binnen (justitiële) residentiële settings toegepast. Het is echter evengoed mogelijk de behandeling in een ambulante setting aan te bieden. Er is zowel een groeps- als een individuele variant. De duur van de behandeling kan erg variëren: van zes maanden tot twee jaar, in wekelijkse of twee-wekelijkse sessies. De agressieregulatie op maat bevat een cognitieve gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken en mindfulness oefeningen. Aan het gedrag ligt een verklaringsmodel ten grondslag gebaseerd op de transactionele theorie, de sociale leertheorie en theorie aangaande Social Information Processing van Dodge.

De interventie wordt toegepast in Justitiële Jeugdinstellingen, ambulante instellingen en Jeugdzorg-plus instellingen. Zij is door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie volledig erkend. Meer informatie is te verkrijgen bij R.I.J. De Doggershoek, Larissa Hoogsteder, l.hoogsteder@dji.minjus.nl. Zie ook: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie

In Control! is een interventie voor Jongens in JJI's. Er zijn twee varianten voor verschillende leeftijdsgroepen: voor 12- tot 15-jarigen en voor 16- tot 21-jarigen. De jongeren hebben (reactief) agressieve delicten gepleegd. De strafrestant bedraagt minstens vijf maanden, vanaf de start van interventie tot en met het groepstraject. Het IQ moet boven de 70 liggen. Er is sprake van een aanzienlijk risico op recidive van gewelddadig gedrag. Er is tevens sprake van beperkte woedebeheersing, beperkte morele ontwikkeling en beperkte sociale vaardigheden. Daarnaast is er in de meeste gevallen ook sprake van gezins- en/of opvoedingsproblematiek.

De ontwikkelaars van In Control! formuleren als doelstellingen van de behandeling: afname van recidive of afname van het plegen van delicten door het vergroten van het vermogen tot woedebeheersing; het bevorderen van de mate van sociale perceptie en perspectiefname en het vergroten van sociale - en probleemoplossingsvaardigheden.

De therapie wordt gegeven in groepen van 6 deelnemers, begeleid door 2 trainers. Er zijn 19 sessies voorzien die twee maal per week worden gegeven. Daarvan zijn er 17 groepssessies van 1,5 uur en twee individuele sessies. Er is een standaard natraject. Bovendien worden er 5 sessies voor ouders gehouden.

Het gaat hier om een geheel van cognitief gedragstherapeutische interventies waaronder: anger management, zelfinstructie, relaxatietraining, rolwisseling, cognitieve herstructurering, sociale probleemoplossingstraining en sociale vaardigheidstraining.

Er is nog geen Nederlands effectonderzoek uitgevoerd. Onderdelen van de interventie zijn in buitenlands onderzoek effectief gebleken. Het oordeel van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie is 'volledig erkend'.

De uitvoerende instellingen zijn: Stichting Jeugdzorg St. Joseph/ J.J.I. Het Keerpunt, wim.reijntjens@sjsj.nl en Adviesbureau van Montfoort, Woerden, er@vanmontfoort.nl. Nadere informatie is te verkrijgen bij Mw. dr. E. Rutten & Mw. Drs. M. Valenkamp, Adviesbureau van Montfoort, er@vanmontfoort.nl.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie.

Leren van Delict is een therapie voor jongeren van 14 tot 23 jaar, die veroordeeld zijn voor een geweldsdelict en in een JJI verblijven. Er is grote kans op recidive want de jongeren hebben een gewelddadige, delinquente en een niet-prosociale levensstijl. Er zijn enkele contra-indicaties: een IQ lager dan 55; de omstandigheid dat zij al eerder een training hebben gevolgd zonder noemenswaardig resultaat, onvoldoende begrip van het Nederlands, een psychotische stoornis of onvoldoende realiteitsbesef. Het doel van de interventie is het voorkomen van nieuw delictgedrag, onder andere door inzicht te geven in de eigen delictketen en het verhelpen van cognitieve stoornissen, het aanleren van een variatie aan gedrags- en probleemoplossende vaardigheden. Leren van delict is een individuele training in drie fasen. De eerste twee fasen duren 14 tot 18 weken. In fase 1 vindt delictanalyse tijdens wekelijkse bijeenkomsten plaats. Fase twee bestaat uit 12 tweewekelijkse sessies van 45 min. Fase 3 bevat confrontatie met het alledaagse leven. Er wordt enige betrokkenheid van de ouders georganiseerd.

Het betreft een interventie die gebaseerd is op cognitief-gedragsmatige theorieën waaronder theorieën over de sociale informatieverwerking van Dodge. Verder worden probleemoplossende vaardigheden vergroot en wordt zelfregulatie van het gedrag aangeleerd.

Het oordeel van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie: 'erkend'. De interventie wordt door verschillende JJI's uitgevoerd, te weten door JPC De Sprengen, Rentray en Jongerenhuis Harreveld. Leren van delict is ontwikkeld door de Justitiële Jeugdinrichtingen JPC De Sprengen, Rentray en Jongerenhuis Harreveld; deze instellingen hebben ook de licentie. Nadere informatie kan worden verkregen bij info@desprengen.nl.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie

De **Washington State Agression Replacement Training (WSART)** is bedoeld voor jongeren van 12 tot 18 jaar, met een IQ groter dan 85, die één of meer delicten hebben gepleegd waarin agressie een rol speelt. Als indicaties voor de toelating tot deze interventie geldt dat er sprake moet zijn van sociale vaardigheidstekorten, problemen met boosheidcontrole en morele ontwikkelingsachterstand die ten grondslag liggen aan de gepleegde delicten. Kans op herhaling van geweldsdelicten is hoog. De jongeren moeten bereid zijn open te staan voor anderen en moeten van leeftijdsgenoten willen leren. Het doel van de WSART is het risico op agressief/crimineel gedrag te verminderen door middel van het trainen van sociale vaardigheden, het aanleren van cognitieve zelfcontrole, het wijzigen van cognitieve vervormingen (denkfouten) en het verhogen van het niveau van moreel redeneren. Evenals de Agressieregulatie op maat kan deze interventie zowel intra- als extramuraal worden benut. Er zijn drie modules: sociale vaardigheden, boosheidcontrole en moreel redeneren. Elk van die modules bestaat uit 10 bijeenkomsten. Wekelijks zijn er drie sessies, van elke module één. De jongeren krijgen 'huiswerkopdrachten' mee, waarmee zij hetgeen aan de orde is geweest op de sessies in hun leefsituatie moeten oefenen.

De WSART is een door De Bascule/PI Research bewerkte versie van Goldsteins ART voor toepassing in Nederland, gebaseerd op leertheoretische en cognitief-gedragstherapeutische principes en technieken. Er is indirect bewijs voor de effectiviteit van de therapie: zij is ontwikkeld vanuit de algemeen erkende What Works-beginselen. Direct effectiviteitsonderzoek in Nederland is nog niet voor handen. Het oordeel van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie luidt dan ook: 'Voorlopig erkend'.

De WSART wordt in praktijk gebracht door de Bascule te Amsterdam. Meer informatie:

PI Research en De Bascule, Han Spanjaard e.a. Duivendrecht, T.(020) 774 56 50.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie

Sociale Vaardigheden op maat

Voor jongens en meisjes in de leeftijd van 14 tot 21 jaar met agressief of subassertief probleemgedrag is in R.I.J. de Doggershoek te Den Helder de interventie Sociale Vaardigheden op maat in gebruik. De jongeren die tot de doelgroep horen hebben problemen met zelfstandig en adequaat hanteren van lastige sociale situaties. Verder is er een zwakke impulscontrole en is er een tekort aan vaardigheden om conflicten op te lossen.

Het doel van de vaardigheidstraining is te bewerkstelligen dat de jongeren zich beter handhaven in verschillende sociale situaties, dat zij hun eigen gedrag beter sturen en dat zij over meer adequate oplossingsvaardigheden beschikken. Naar verwachting kunnen zij dan beter keuzes maken kunnen zij hun impulsen beter controleren, hebben zij meer empathisch vermogen en een meer realistisch zelfbeeld. Een en ander zal tot minder recidive leiden.

De training vindt plaats in een residentiële setting. Er is de mogelijkheid van een individueel traject. Wanneer wordt gekozen voor een groepstraining, bestaat de groep uit maximaal 7 personen. Er zijn wekelijkse sessies van 1 tot 1½ uur. Training bestaat uit verschillende modules die men, al naar gelang de indicatie, los kan doorlopen. De duur van het traject is 9 tot 18 maanden, al naar gelang het aantal modules dat nodig is, gezien de aard van de problemen van de jongere.

Er is indirect bewijs voor effectiviteit van Sociale Vaardigheden op maat: in buitenlandse studies is de effectiviteit van onderdelen van de interventie gebleken. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft Sociale Vaardigheden op maat dan ook 'voorlopig erkend'.

De interventie wordt in verschillende residentiële settings gebruikt en op effectiviteit onderzocht, onder andere in de Doggershoek. Meer informatie is te verkrijgen bij L.M. Hoogsteder, licentiehouder en coördinator behandeling in R.I.J. de Doggershoek te Den Helder.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie

Brains 4 Use

Brains 4 Use haakt in op gedragsstoornissen (ODD en CD) en problemen met alcohol- en drugsgebruik, wat kan leiden tot criminaliteit. De doelgroep bestaat uit jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van 12 tot 23 jaar met delictgedrag en opgenomen in JJI of in de gesloten jeugdzorg. Specifieke stoornissen en co-morbide stoornissen zijn: ODD, CD en problematisch middelengebruik. Wanneer jongeren psychotische perioden doormaken geldt dit als contra-indicatie. Andere contra-indicaties zijn: het niet beheersen van het Nederlands, tenzij er een tolk aanwezig is, en een IQ lager dan 55.

De interventie heeft een curatieve en een preventieve doelstelling. In de eerste plaats gaat het om het terugdringen van de recidive en de uitval op school en/of werk door het terugdringen van alcohol- en drugsmisbruik. In de tweede plaats wil men met Brains 4 Use de schadelijke gevolgen van het middelengebruik voor het sociaal-emotioneel welbevinden en de gezondheid voorkómen.

Brains 4 Use is een geprotocolleerde individuele training in residentiële settings. Zij bestaat uit 12 wekelijkse individuele sessies (met één of twee follow-up sessies) van ongeveer 60 minuten. Voor LVG-jongeren wordt de training uitgebreid en over een langere periode doorgezet.

Het betreft een training op basis van cognitief gedragstherapeutische principes en het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente.

Er is nog geen onderzoek naar de effectiviteit van Brains 4 Use verricht. Het oordeel van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, luidt: 'voorlopig erkend'.

Brains 4 Use wordt toegepast in de JJI Rentray en mogelijk ook andere JJI's of gesloten Jeugdzorginstellingen.

Nadere informatie is te verkrijgen bij Rentray, dhr. H. Lodewijks, hlodewijks@rentray.nl.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie

Dialectische Gedragstherapie bij delinquente adolescenten

De Dialectische Gedragstherapie bij delinquente adolescenten is ontwikkeld voor jeugdigen van 12 tot 24 jaar, met crimineel gedrag, die ernstige gedragsstoornissen of (para)suïcidaal gedrag vertonen. De jeugdigen verblijven tenminste vier maanden in een JJI vanaf de intake procedure.

Het doel van de therapie is het verminderen van recidive door vermindering van de bij een jeugdige aanwezige criminogene risicofactoren. De behandeling wordt binnen de JJI gegeven. Het betreft een therapie met individuele en groepsonderdelen, alsook met een programma terugvalpreventie. Individuele therapie bestaat uit twee wekelijkse sessies van een half uur, de groepstraining uit twee sessies van één uur per week gedurende 16 weken. De jongeren houden een dagboek bij en aan de therapie zijn 'huiswerkopdrachten' verbonden. De ouders worden bij de groepsbehandeling betrokken en getraind.

De Dialectische Gedragstherapie bij delinquente adolescenten is een variant op de cognitieve gedragstherapie, waarbij verschillende vaardigheden worden getraind. Er is onderzoek naar de effectiviteit van de therapie gepland. Er zijn aanwijzingen voor effectiviteit in buitenlands onderzoek. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft de therapie voorlopig erkend.

De therapie wordt uitgevoerd in JJI's, soms in samenwerking met GGZ-instellingen. Meer informatie is te verkrijgen bij R.I.J. De Doggershoek, Hilmar Backer, Den Helder, www.dgt-a.nl. Zie ook: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bron: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie

B.2. Gezins- of systeemtherapieën gericht op de gezinnen of systemen van de 12-plussers

De drie typen gezins- of systeemtherapieën die hier aan de orde zijn, zijn alledrie bedoeld voor jongeren in de leeftijd van 11 of 12 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen die zich onder meer uiten in delinquent gedrag. De doelstellingen zijn in grote lijnen ook gelijk: het gedrag van de jongeren in positieve zin veranderen, zowel door directe actie op de jongeren gericht alsook via beïnvloeding van de systemen waarop de jongere voor zijn sociale leven is aangewezen: zijn gezin, zijn vrienden, school werk. Al deze behandelingen duren ongeveer een half jaar. Uiteraard zijn er verschillen in beoogde doelgroep en in aanpak.

De Functional Family Therapy (FFT)

De Functional Family Therapy (FFT) is bedoeld voor jeugdigen van 12 tot 17 jaar met gedragsproblemen, waaronder delinquentie, en hun gezinnen.

FFT richt zich vooral op het verbeteren van de communicatie en de relaties tussen de gezinsleden, vaardigheden om conflicten te hanteren en het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. De FFT maakt gebruik van systeemtheoretische, leertheoretische en cognitief gedragstherapeutische principes en technieken.

De therapie wordt uitgevoerd in 16 tot 24 sessies binnen een periode van drie tot zes maanden. De sessies vinden voor het merendeel plaats in de ruimte van de polikliniek en soms bij het gezin thuis. Indien nodig kunnen in een bepaalde fase van de therapie meermalen per week sessies worden georganiseerd.

In de US is FFT zeer effectief gebleken. Onlangs is Nederlands onderzoek gepubliceerd, waarin ook positieve effecten werden gerapporteerd (Breuk, 2008). Vooralsnog heeft het NJi de interventie als 'theoretisch goed onderbouwd' beoordeeld. De justitie commissie heeft de interventie volledig erkend. FFT wordt onder toezicht van de Bascule te Amsterdam in diverse forensische jeugdpsychiatrische instituten en instellingen voor jeugdhulpverlening uitgevoerd. Meer informatie kan worden verkregen bij FFT Nederland te Amsterdam.

Bronnen: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies en www.kenniscentrum-kjp.nl.

De **Multi Systeem Therapy (MST)** kent een wat intensievere aanpak dan de FFT. In principe is 24 uur per dag intensieve begeleiding van het hele gezin mogelijk terwijl daar dan wordt gewerkt aan psychiatrische, sociale en financiële problemen. De MST maakt gebruik van de systeemtheorie en de theorieën aangaande gezinssystemen, alsook van theorieën met betrekking tot de cognitieve gedragstherapie. Er is Nederlands onderzoek gaande. Buitenlands onderzoek heeft de effectiviteit van de interventie in buitenlandse situaties aangetoond. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft de MST 'voorlopig erkend'. De MST wordt uitgevoerd door de Polikliniek voor Forensische Jeugd Psychiatrie de Viersprong. Vandaaruit wordt de interventie verder in Nederland geïmplementeerd.

Voor meer informatie: wim.van.geffen@deviersprong.nl en www.deviersprong.nl/brochures/brochure-mst-behandelprogramma.pdf.

Bronnen: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie, www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies en www.kenniscentrum-kjp.nl.

De laatste hier besproken interventie in deze serie is de **Multidimensional Family Therapy (MDFT)**. Het aparte van de MDFT is dat deze therapie zich richt op jongeren die overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Het doel van de MDFT is dan ook een verslavingsvrije levensstijl zonder verder probleemgedrag te bewerkstelligen. De therapie zoekt aanknopingspunten voor behandeling op verschillende levensdomeinen: bij de jongere zelf, zijn gezin, in zijn wereld van school/werk en in de vrije tijd met zijn peergroups. Gedurende de zes maanden van de therapie wordt gefaseerde ambulante gezinsbehandeling met bemoeizorg geboden. De bemoeienis impliceert twee tot drie sessies per week van 30 tot 90 minuten in de verschillende levensdomeinen.

De ontwikkelaars van de MDFT hebben aansluiting gezocht bij de cognitieve gedragstherapie, de leertheorie, het ecologisch model van Bronfenbrenner en andere systeemtheorieën. Er is Nederlands onderzoek in Europees verband gaande, waarvan de eerste resultaten in 2010 te verwachten zijn. Volgens Amerikaans onderzoek is MDFT effectief gebleken. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft de MDFT 'voorlopig erkend'. De therapie wordt uitgevoerd door diverse instellingen voor GGZ en jeugdzorg. Nadere informatie kan worden verkregen bij de Nederlandse licentiehouders, het Erasmus Medisch Centrum, contactpersoon: H. Rigter, h.rigter@erasmusmc.nl.

Zie ook: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bronnen: Databank (voorlopig) erkende gedragsinterventies voor jeugd van Justitie en www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

C. Een systeemgericht programma voor gezinnen met kinderen van 0 tot 16 jaar

Triple P

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van nul tot zestien jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap.

Het programma bestaat uit vijf niveaus van ondersteuning, te weten:

- Voorlichting en informatie via de media en andere informatiebronnen
- Korte individuele voorlichtingsgesprekken over de ontwikkeling en het gedrag van kinderen
- Gericht advies bij specifieke zorgen over het gedrag en/of de ontwikkeling van het kind
- Training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind
- Gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen gecombineerd met overige gezinsproblemen

Het algemene doel van Triple P is de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen, door het bevorderen van competent ouderschap en het zelfvertrouwen van ouders.

Triple P beoogt:

- Competenter opvoedingsgedrag bij het omgaan met gedrags- en faseproblemen.
- Minder gebruik van dwingende en negatieve disciplinevormen.
- Betere communicatie over opvoedingskwetsies tussen ouders onderling en tussen ouders en kind.
- Minder opvoedingsstress.

De eerste drie niveaus van ondersteuning zijn preventief van karakter. De niveaus 4 en 5 zijn meer curatief. Het gaat dan veelal om ouders met kinderen die al duidelijke gedragsproblemen hebben ontwikkeld. Bij niveau 4 bestaat de interventie uit training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind. Ouders leren:

- hoe zij een positief contact met hun kind kunnen bevorderen, door genegenheid te tonen en aandacht te geven;
- hoe zij hun kind nieuwe vaardigheden en gedrag kunnen leren, bijvoorbeeld door voorbeeldgedrag te vertonen en vragen te stellen;

- gewenst gedrag bij hun kind te bevorderen, bijvoorbeeld door het geven van complimentjes en positieve aandacht;
- leren omgaan met ongewenst gedrag, bijvoorbeeld door het hanteren van duidelijke basisregels, gedrag gepast negeren, logische consequenties aan gedrag verbinden en een time out geven;
- deze vaardigheden zowel thuis als in de omgeving te gebruiken.

Bij niveau 5 is sprake van een gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen van het kind. Naast de doelen van niveau 4 gelden de volgende doelen die ouders leren:

- om dysfunctionele denkpatronen te herkennen;
- om specifieke coping skills toe te passen zoals kunnen ontspannen;
- om als partners samen te werken in de opvoeding. Dit helpt ouders bijvoorbeeld bij het verbeteren van de onderlinge communicatie, een meer consistent gebruik van positieve opvoedstrategieën en om elkaar te ondersteunen.

Triple P kent een gestandaardiseerde en protocollaire werkwijze die per niveau in een aparte handleiding beschreven is. De therapeuten die de interventie uitvoeren dienen een speciale training te volgen.

Triple P is gebaseerd op een groot aantal gedragswetenschappelijke theorieën:

- de sociale-leertheorie, gebaseerd op de theorie van Patterson;
- theorieën over gedragsverandering;
- de ontwikkelingspsychologie van het alledaagse opvoeden;
- de sociale-informatietheorie;
- de ontwikkelingspsychopathologie.

Er zijn verschillende buitenlandse effectstudies verricht waaruit blijkt dat Triple P leidt tot een vermindering van gedragsproblemen bij kinderen in gezinnen met uiteenlopende problemen en achtergronden. Naar de toepassing van de verschillende ondersteuningsniveaus in Nederland doet het Trimbosinstituut onderzoek. De eerste resultaten worden eind 2009 verwacht. Triple P kan worden uitgevoerd vanuit verschillende werksettings zoals de jeugdgezondheidszorg (thuiszorginstellingen en GGD-en), algemeen maatschappelijk werk, schoolmaatschappelijk werk, kinderopvangvoorzieningen, jeugdwelzijnswerk, onderwijs, opvoedbureaus, GGZ en geïndiceerde jeugdzorg. De uitvoering van het Triple P programma in Nederland wordt gecoördineerd door het Trimbosinstituut en het Nederlands Jeugdinstituut. Meer informatie: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies. *Bronnen: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies en www.kenniscentrum-kjp.nl*

13.4. Medicatie (ontleend aan Matthys, 2010)

Plaatsbepaling medicamenteuze behandeling

De behandeling van de oppositieel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen bestaat nooit alleen uit farmacotherapie. Op zijn minst wordt ook ouderbegeleiding gegeven, terwijl bij kinderen en adolescenten vaak gedragstherapeutische methoden van behandeling zijn aangewezen.

Farmacotherapie is geïndiceerd voor de beïnvloeding van ernstige en openlijke vormen van agressief gedrag nadat gebleken is dat bovengenoemde psychotherapeutische methoden onvoldoende effectief waren (zie verderop 'oppositieel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen zonder co-morbiditeit'). Bij de indicatiestelling voor farmacotherapie speelt verder het voorkomen van co-morbiditeit een centrale rol. In het geval van co-morbiditeit met ADHD, met bovendien een duidelijke belemmering van het functioneren op meerdere gebieden en in meerdere milieus, is farmacotherapie als eerste stap geïndiceerd (zie verderop 'oppositieel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen en co-morbiditeit met aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis'). Vaak nemen dan symptomen van de disruptieve gedragsstoornissen af. Vervolgens is meestal een of meerdere van bovengenoemde vormen van psychotherapie aangewezen die specifiek aansluiten op tekorten bij het kind, de ouders of het gezin. Ook in het geval van co-morbiditeit met een stemmingsstoornis kan farmacotherapie overwogen worden (zie verderop 'oppositieel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen met co-morbiditeit van stemmingsstoornissen').

ODD-CD zonder co-morbiditeit

Medicatie bij de behandeling van een kind of een adolescent met een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis zonder dat er ook sprake is van ADHD, vraagt om een zeer zorgvuldige afweging. Aannemend dat specifieke gedrags-, gezins- of systeemtherapie onvoldoende effectief is gebleken, met name op het vlak van fysiek agressief gedrag, kan medicatie overwogen worden. Het probleem is niet zozeer dat we niet beschikken over een middel dat agressief gedrag doet afnemen; van het antipsychoticum risperidon is het effect overtuigend aangetoond. Het probleem is dat risperidon bij voorkeur tijdelijk wordt gegeven omdat in het algemeen bij antipsychotica ongunstige langere termijn effecten zoals gewichtstoename, slaperigheid en extra-pyramidale symptomen (spasmen, onwillekeurige bewegingen, onrustige benen) niet uitgesloten kunnen worden. Als blijkt dat ernstige openlijke agressieve symptomen bij het staken van risperidon opnieuw voorkomen, dan is een nieuwe zorgvuldige afweging nodig met eventueel herbeoordeling (diagnostiek) en heroverweging van nieuwe (gedrags/gezins/systeem)therapeutische methoden.

ODD en CD met ADHD

Methylfenidaat (Ritalin) is een effectief en (relatief) veilig middel voor de behandeling van kinderen met ODD/CD en ADHD. Het vermindert het drukke/impulsieve gedrag en de agressie. Het is zowel als kort- als ook als langwerkend middel verkrijgbaar (respectievelijk Ritalin en Concerta). Het langwerkende methylfenidaatpreparaat Concerta wordt helaas vaak nog niet vergoed. Soms wordt ook dexamfetamine gegeven, dit werkt iets langer dan methylfenidaat.

Methylfenidaat en dexamfetamine komen uit de groep van de stimulantia. Deze middelen zijn geregistreerd voor ADHD. Stimulantia lijken behoorlijk veilig op korte en langere termijn en zijn alleen geregistreerd voor de behandeling van ADHD. Mochten zowel een stimulantium als de aanvullende behandeling onvoldoende effect hebben, dan kan bij ernstige woedeuitbarstingen ook nog risperidon (Risperdal) (erbij) gegeven worden. Dit middel werkt niet goed bij stelen, liegen, bedreigen, bedriegen en geniepig gedrag. Risperidon is echter nog onvoldoende onderzocht of het op lange termijn nog werkt en veilig is. Risperidon moet dan ook regelmatig gestopt worden om te zien of het nog nodig is. Zoals eerder al gezegd kan het heel vervelende bijwerkingen hebben zoals gewichtstoename, slaperigheid en effecten op de spieren/extrapiramidale bijwerkingen. Risperidon is niet geregistreerd voor behandeling van ADHD of ODD/CD.

Atomoxetine (Strattera) is sinds december 2004 in Nederland verkrijgbaar. Het wordt slechts in zeer beperkte mate vergoed. Het is geregistreerd voor de behandeling van ADHD. Er is in 2005 een onderzoek verschenen waaruit blijkt dat 1.8 mg/kg/dag helpt tegen ODD met ADHD. In een ander onderzoek met een iets lagere dosering is het effect op ODD niet aangetoond (1.6 mg/kg/dag). Een lagere dosis (1.2 mg/kg/dag) helpt bij ADHD alleen. Gesteld kan worden dat atomoxetine de ADHD symptomen vermindert ook al zijn er ODD symptomen. Meer informatie over het effect van atomoxetine op ODD als er ook ADHD is, zal over een tijd beschikbaar zijn. De onderzoeken zijn nog niet afgerond. Clonidine (Dixarit) is eigenlijk een middel tegen een te hoge bloeddruk. Het is niet geregistreerd voor ODD/CD en ADHD. Het heeft enig effect op agressie. Goed uitgevoerde studies, die ook lange termijn effecten meten wat betreft veiligheid en effectiviteit ontbreken. Clonidine kan een negatief effect hebben op het hartritme, zeker als het gecombineerd wordt met een stimulantium zoals Ritalin of Concerta.

Literatuur

Bartelink, C. (2008). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma'. NJi, Utrecht. Gedownload 13-05-2009, www.nji.nl/jeugdinterventies.

Breuk, R.E. (2008). Breaking the cycle: day treatment for juvenile delinquents. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Duits, M. (2009). Verschillende vormen van betrouwbaarheid en validiteit in een semigestructureerd interview voor kinderen met gedragsproblemen. Universiteit van Utrecht, masterthesis.

Elling, M. (maart, 2006). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'STOP4-7'. NIZW Jeugd, Utrecht.

Elling, M.W. & T.A. van Yperen (2006). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Zelfcontrole'. NIZW Jeugd, Utrecht.

Elling, M. (2008). Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen, cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen. www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > producten> publicaties bestellen en downloaden> jeugdzorg> kwaliteit en effectiviteit.

Ince, D. (november, 2007). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Parent-Child Interaction Therapy'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload 13-05-2009 van <http://www.nji.nl/jeugdinterventies> > databank effectieve - jeugdinterventies.

Kay, S.R., Wolkenfeld, F., Murrill, L.M. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 539-546.

Keenan, K., Wakschlag, L.S., Danis, B. et al. (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 457-468.

Manen, T. van (2006). Assessment and treatment of aggressive Children from a social-cognitive perspective. Hilversum, The Netherlands.

Matthys, W. (2006). www.kenniscentrum-kjp.nl, professionals > ODD/CD > medicatie. Gedownload 31-01-2010.

McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:12, 1388-1400.

Mey, W. de & Merlevede, E.. (2008) Protocol voor behandeling van jonge kinderen met gedragsproblemen. In: Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Boom, Amsterdam.

Nock, M.K. (2003). Progress Review of the psychological Treatment of Child Conduct Problems. *Clinical Psychology: science and practice*, American Psychological Association, V 10 Nr. 1, spring 2003

Oord, S. van der, & Brink, E. ten (2008). Protocol voor de behandeling van kinderen met ADHD. Braet, C. & Bögels, S.(Red.) (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Boom, Amsterdam.

Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.H.C. (2000). Cognitive Behavior Therapy with Youth: Advances, Challenges, and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 343-366 (2000).

Swanson, J.M. (1995). SNAP-IV Scale. Child Development Center, UC Irvine.

Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren Praktische gids bij het opvoeden van jonge kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Yperen, T.A. van, (november 2004). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Minder boos en opstandig'. Utrecht: NIZW. Gedownload op 16/08/2007 van <http://www.nji.nl/jeugdinterventies> > databank effectieve jeugdinterventies.

www.nji.nl/jeugdinterventies >kennis > dossiers. Gedownload 25-01-2010.

Zwicker, M. & J. van Everdingen (mei 2008). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'. Utrecht: NJi.
Gedownload 13-05-2009, www.nji.nl/jeugdinterventies.

14. Zelfbeschadiging

Zelfbeschadiging omvat alle gedragingen waarbij letsel wordt toegebracht aan het eigen lichaam, zoals snijden, branden, krassen, hoofdbonken, overdosering en het innemen van giftige stoffen, ongeacht de intentie. Jongeren die zichzelf beschadigen doen dit meestal in het geheim en verbergen hun verwondingen. Slechts een klein percentage zoekt hulp (Slee e.a., 2008).

14.1 Diagnostische en meetinstrumenten

DISC-IV – zie hoofdstuk 2

Er zijn op dit moment nog geen Nederlandstalige gevalideerde meetinstrumenten beschikbaar om de aard en frequentie van zelfbeschadigend gedrag vast te stellen. Met betrekking tot de diagnose en de omvang van zelfbeschadiging worden de volgende instrumenten al wel gebruikt:

- Zelfverwondingsvragenlijst – validiteit in onderzoek – vraagt niet alleen naar de diverse vormen van zelfverwonding maar evenzeer naar de uitlokkers ervan
- Suicide Cognitions Scale (SCS)
- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) of in plaats daarvan de
- Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire (DERQ – in het Nederlands DERS)

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Zelfverwondingsvragenlijst Claes e.a., 2009	Onbekend. Nog niet gevalideerd volgens Slee e.a., 2008.	Zie Claes e.a., 2009.
SCS Suicide Cognitions Scale Opgenomen als bijlage bij Slee e.a., 2008	Onbekend. Nog niet gevalideerd volgens Slee e.a., 2008.	Opgenomen als bijlage bij Slee e.a., 2008.
CERQ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Garnefski e.a., 2002	Onbekend. Nog niet gevalideerd volgens Slee e.a., 2008.	
DERQ/DERS Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire (in het Nederlands DERS) Opgenomen als bijlage bij Slee e.a., 2008	Onbekend. Nog niet gevalideerd volgens Slee e.a., 2008.	Opgenomen als bijlage bij Slee e.a., 2008.

14.2. Psychotherapeutische behandeling

Onder zelfbeschadiging verstaan we in het eigen lichaam snijden, branden en krassen, hoofdbonken en innemen giftige stoffen. De Protocolaire CGT voor jongeren met zelfbeschadigend gedrag is bedoeld voor jongeren van 12-18 jaar die zichzelf beschadigen, ook voor jongeren bij wie daarnaast sprake is van psychiatrische stoornissen als depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis.

Contra-indicaties: een IQ lager dan 70 en zelfbeschadiging die verband houdt met psychotische belevingen of geassocieerd is met drugs- en alcoholmisbruik.

Het doel van de behandeling is de zelfbeschadiging te stoppen, door aandacht te geven aan disfunctionele cognities, emotieregulatie, vaardigheidstekorten en relationele problemen, die het zelfbeschadigend gedrag in stand houden. De behandeling impliceert een gefaseerde en

geprotocolleerde individuele therapie van 12 sessies van 45 minuten. Op verzoek van jongeren kunnen gedurende enkele gezinssessies de ouders/gezinsleden worden betrokken. Ook kunnen ouders geregeld aanschuiven bij het laatste deel van de sessie. Een en ander alleen met instemming van de jongere. De interventie is een kortdurende cognitieve gedragstherapie met elementen uit de dialectische gedragstherapie, waarbij ook probleemoplossingsvaardigheden worden versterkt. Er is een Nederlandse gerandomiseerde effectstudie, waaruit effectiviteit blijkt (Slee, 2008). Volgens Braet & Bögels is deze therapie 'waarschijnlijk effectief'. Het protocol is in principe voor alle therapeuten beschikbaar. Meer informatie over deze therapie treft men aan in Slee, Garnefski & Spinhoven (2008).

Bron: Braet & Bögels, 2008

14.3. Medicatie

Bij de aanpak van de problematiek van zelfbeschadigend gedrag van jongeren die hier aan de orde is, speelt medicatie geen rol. Er worden geen opmerkingen over gemaakt.

Literatuur

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2009). Zelfverwondingsvragenlijst. Gedownload 23-06-2009. www.inholland.nl/.../Bijlage3ZelfverwondingsvragenlijstClaesea.doc.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, Ph. Van (2002). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. DATEC, Leiderdorp.

Slee, N., Garnefski, N., & Spinhoven, Ph. (2008). Protocolaire cognitieve gedragstherapie voor jongeren met zelfbeschadigend gedrag. In Braet, C., & Bögels, S. (Red.) (2008). Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Slee, N. (2008). Cognitive- Behavioral Therapy for deliberate self-harm. Proefschrift. Universiteit Leiden.

15. Borderline persoonlijkheidsproblematiek

De diagnose Borderline persoonlijkheidsproblematiek wordt zelden voor het 18^e levensjaar gesteld. Toch is de stoornis in de emotieregulatie, die kenmerkend is voor BPS-patiënten al vanaf ongeveer het 13^e jaar te herkennen. Adolescenten met deze problematiek hebben vaak grote problemen in de interactie met hun omgeving, vanwege problemen met de emotieregulatie.

15.1. Diagnostische en meetinstrumenten

- Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV)
- Life Problems Inventory (LPI)
- Multidimensional Anxiety Locus of Control – Emotion Regulation Problems (MALC)
- Inventarisatie van de zorgconsumptie

Naar de BPDSI, de LPI en de MALC zijn in 2008/2009 validatiestudies gedaan (Van Gemert e.a., 2008).

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
BPDSI-IV) Borderline Personality Disorder Severity Index Schuppert e.a., 2007a	Validatiestudie is gaande Van Gemert e.a., 2008	Schuppert e.a., 2007a
LPI Life Problems Inventory Schuppert e.a., 2007b	Validatiestudie is gaande Van Gemert e.a., 2008	Schuppert e.a., 2007b
MALC Multidimensional Anxiety Locus of Control – Emotion Regulation Problems Nauta, 2004	Validatiestudie is gaande Van Gemert e.a., 2008	Nauta, 2004

15.2. Psychotherapeutische behandeling Emotieregulatietherapie (ERT)

Voor de Emotie-Regulatie-Training (ERT) voor jongeren met (symptomen van) borderline persoonlijkheidsproblematiek bestaat de doelgroep uit jongeren van 14-18 jaar die gedrag en emoties moeilijk kunnen reguleren. Bij hen is sprake van heftige stemmingswisselingen en impulsief gedrag, zelfbeschadiging en suïcidale gestes. Om tot de training toegelaten te kunnen worden moet bij de jongere sprake zijn van affectlabiliteit en moet zij/hij voldoen aan enkele andere DSM-IV-criteria voor borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarbij moet sprake zijn van enige lijdensdruk en voldoende interne motivatie. Contra-indicaties voor deelname aan de ERT zijn: IQ van minder dan 80, onvoldoende beheersing van het Nederlands, een pervasieve ontwikkelingsstoornis, ernstige verslavingsproblematiek, een psychotische stoornis, het ontkennen van het verband tussen hun gedrag en de reactie van hun omgeving, en instabiele leefomstandigheden zoals het ontbreken van een vaste woonplaats of dagvulling.

Het doel van de training is het vergroten van het zicht op de kwetsbaarheid van henzelf, leren eigen emoties en gedrag te reguleren, leren verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag te erkennen en het leren van vaardigheden om deze verantwoordelijkheid aan te kunnen.

De therapie bestaat uit 17 wekelijkse sessies in groepen van zes tot negen jongeren, onder leiding van twee therapeuten. Na drie sessies is er een informatiebijeenkomst voor ouders. Mogelijk volgt er later nog een sessie met ouders.

Het betreft een Cognitieve gedragstherapie gebaseerd op elementen van:

- VERS, een vaardigheidstraining voor volwassenen met een emotieregulatiestoornis
- DBT, de Dialectische gedragstherapie
- SCT, Schemagerichte cognitieve therapie

Een pilotstudie naar de effectiviteit van de training laat geringe verbeteringen zien in vergelijking met traetment as usual. Opvallend was wel de geringe uitval. Eind 2007 is bij Accare een hoofdonderzoek van start gegaan. Volgens Braet & Bögels is deze therapie 'veelbelovend'. De training wordt uitgevoerd door Accare te Groningen. Meer informatie over de ERT treft men in Van Gemert, Schuppert & Wiersma (2008).

Bron: Braet & Bögels, 2008

15.3. Medicatie

Bij de aanpak van de borderline persoonlijkheidsproblematiek bij jongeren die hier aan de orde is, is medicatie geen thema.

Literatuur

Gemert, T. van, Schuppert, H. M. & Wiersema, H. (2008). Emotieregulatietraining voor jongeren met (symp-tomen van) borderline persoonlijkheidsproblematiek. In: Braet, C., & Bögels, S. (Red.) (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Nauta, M.H. (2004). Multidimensional Anxiety Locus of Control – Emotion Regulation Problems (MALC). Unpublished instrument. Afdeling psychiatrie, UMC Groningen.

Schuppert, H. M., Nauta, M.H., Giesen-Bloo, J. & Arntz, A. (2007a). Borderline Personality Disorder Severity Index - IV – adolescent and parent version. Unpublished instrument. Afdeling psychiatrie, UMC Groningen.

Schuppert, H. M. & Nauta, M.H. (2007b). Life Problems Inventory and Life Problems inventory for Parents – Dutch versions. Unpublished instrument. Afdeling psychiatrie, UMC Groningen.

16. Obesitas en overgewicht

De termen overgewicht en obesitas worden vaak door elkaar gebruikt, maar het zijn eigenlijk verschillende condities. Obesitas, letterlijk vetzucht, staat voor een aandoening met een pathologische overmaat aan vetweefsel, terwijl overgewicht verwijst naar een conditie met een verhoogd gewicht in relatie tot de lengte, ongeacht de samenstelling van dit overgewicht.

Obesitas wijst dus op een teveel aan lichaamsvet. Bij overgewicht is dit over het algemeen ook het geval. De prevalentie van overgewicht en obesitas is zowel bij kinderen als volwassenen wereldwijd snel toegenomen. Zo ook in Nederland. Er wordt zelfs al gesproken over een epidemie.

Het percentage jeugdigen tussen de 4 en de 15 jaar met overgewicht is in Nederland tussen 1980 en 2004 sterk toegenomen: had in 1980 bijna 6% van de 4 tot 15 jarigen overgewicht, in 1997 was dit al gestegen tot 9,7%. Daarna heeft de trend zich versterkt doorgezet: in 2004 had 15,2% van de 4 tot 15 jarigen overgewicht. Wanneer de trend zich voortzet zal naar verwachting in 2015 ongeveer 15 % van de volwassenen obees zijn (Elling, 2006).

16.1. Diagnostische en meetinstrumenten

- Body Mass Index
- Medische screening om te bepalen of verschillende mogelijke oorzaken en mogelijke neveneffecten kunnen worden uitgesloten
- Dieetaanamnese door de kindardiëtist

Psychologische anamnese bestaande uit twee onderdelen:

- Ondervraging van vooral de ouders naar familiale anamnese, ontwikkelingsgeschiedenis van het overgewicht, genomen maatregelen, eetgewoonten, bewegingsgewoonten, opvoedingstradities, psychologische belasting van het overgewichtprobleem, reacties uit de omgeving, invloed van gebeurtenissen of spanningen op het eetgedrag, motivatie om iets aan het overgewichtprobleem te doen en de verwachtingen van de ouders en het kind.
- Psychodiagnostisch onderzoek van het kind, bijvoorbeeld met de competentiebelevingsschaal. Deze vragenlijst geeft informatie over de zelf waargenomen competentie van het kind op schools, sociaal, fysiek, sportief en gedragsmatig gebied. De uitkomst is onder andere een algemene score van het globale zelfbeeld.

De ouders krijgen veelal de CBCL – zie hoofdstuk 2 – ter invulling voorgelegd. Hierdoor ontstaat een eerste indruk van het vóórkomen van emotionele en gedragsproblemen.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
CBS-K Competentie-belevingsschaal voor Kinderen Veerman e.a. 2004	COTAN in 1998: Betrouwbaarheid voldoende; validiteit voldoende; normering voldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.

16.2. Psychotherapeutische behandelingen

Overgewicht bij kinderen en jongeren is een actueel probleem in onze maatschappij. Het themadossier 'overgewicht' in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl/jeugdinterventies) biedt veel informatie over de achtergronden, prevalentie, het beleid en de behandelmogelijkheden van dit probleem.

Er zijn in deze inventarisatie twee interventies opgenomen die beide voor een groot deel zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Het betreft en WEET & BEWEEG van Cardea Jeugdzorg te

Leiden (Elling, december 2006) en een "multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht" van Braet, Moens & Mels (2008). Beide interventies zijn multidisciplinair en richten zich op overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) bij jeugdigen. Wij bespreken de beide interventies hier afzonderlijk.

Weet & Beweeg

Weet & Beweeg is door Cardea Jeugdzorg ontwikkeld voor kinderen en jongeren van 6-18 jaar met overgewicht of obesitas, en hun gezinnen. Om deel te kunnen nemen aan de therapie is een normaal IQ vereist. Contra-indicaties zijn: psychiatrische problematiek, Prader-Willi-syndroom en endocriene stoornissen, ouders en kinderen die niet bereid zijn tot deelname aan de 40 uur interventie, en tenslotte jeugdigen en ouders die geen Nederlands spreken.

De doelstellingen van Weet & Beweeg zijn: afname van de BMI (Body Mass Index) met 5%, vermindering van de nadelige gevolgen van overgewicht voor de gezondheid op langere termijn, en vermindering van de psycho-sociale problemen van (extreem) overgewicht. Het gaat hier om een ambulante groepsprogramma dat ongeveer één jaar duurt. De leiding van het traject is in handen van een psycholoog. Bij de intake worden een kinderarts en een diëtist ingeschakeld. Deze disciplines blijven ook tijdens de therapie in wisselende mate betrokken. Het programma bevat voedingsadviezen, 20 sessies bewegingsactiviteiten, 20 sessies CGT, 10 sessies voor ouders en maximaal vijf gezinssessies.

De interventie maakt gebruik van inzichten van de voedingsleer en de bewegingsleer en van theorieën omtrent energiegebruik, cognitieve gedragstherapie en systeemtheorie.

Er zijn plannen de effectiviteit van deze interventie te onderzoeken. Er is indirect bewijs voor effectiviteit vanuit verschillend effectonderzoek naar de onderdelen van het programma. Het oordeel van het NJi luidt: 'theoretisch goed onderbouwd'.

De therapie wordt uitgevoerd door Cardea Jeugdzorg te Leiden in samenwerking met het LUMC en andere ziekenhuizen. Meer informatie is te verkrijgen bij Cardea Jeugdzorg te Leiden, Drs. Dick Meijer, e-mail: d.meijer@cardea.nl. Zie ook www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Bron: www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies

Multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht

De multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht van Braet c.s. (2008) is bedoeld voor obese kinderen van 8-13 jaar. Voor pubers is er een ander programma (Braet e.a., 2008). Wanneer er sprake is van onderliggende emotionele problemen, bijvoorbeeld een groot verlies of gezinsproblemen, worden deze naast de behandeling voor obesitas, apart behandeld. Betrokkenheid ouders gewenst maar niet verplicht. Contra-indicaties liggen voornamelijk op het medische vlak: Prader-Willi-syndroom en endocriene stoornissen.

Het doel van deze multidisciplinaire behandeling is het bewerkstelligen van gewichtsstagnatie met toegestaan gewichtsverlies van max. 10%. Verder is het de bedoeling dat een gezonde levensstijl voor de rest van het leven wordt aangeleerd en dat de jeugdige tot zelfregulatie van een en ander in staat is. Het betreft hier een multidisciplinair programma van 20 sessies verspreid over 1 jaar onder leiding van een gedragstherapeut. Er is de mogelijkheid van een sterke betrokkenheid van de ouders. De ontwikkelaars hebben bij het ontwikkelen van de therapie gebruik gemaakt van inzichten uit de voedingsleer, de bewegingsleer en de cognitieve gedragstherapie.

Er zijn indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit van deze therapie in buitenlandse literatuur. Er zijn nog geen RTC's of andere onderzoeken naar de effectiviteit voorhanden. In de terminologie van Braet & Bögels is deze interventie 'waarschijnlijk effectief'.

Het is vooralsnog onbekend door welke instellingen de therapie wordt uitgevoerd. Vermoedelijk zijn er wel instellingen voor ggz in samenwerking met gezondheidszorg die de therapie aanbieden.

Meer informatie is te vinden in de publicatie van Braet, Moens & Mels (2008).

Bron: Braet & Bögels, 2008

16.3. Medicatie

Bij de hier beschreven behandelingen van overgewicht en obesitas speelt medicatie geen enkele rol.

Literatuur

Braet, C., Moens, E. & Mels, S. (2008). Multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht. In: Braet, C, & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Elling, M.W. (december 2006). Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'WEET & BEWEEG'. NJi, Utrecht. Gedownload 18-05-2009, www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies.

Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Bergh, B.R.H. van den & Brink, L.T. ten (2004). Competentiebelevingsschaal voor kinderen. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

www.nji.nl/jeugdinterventies > kennis > dossiers. Gedownload 25-01-2010.

17. Boulimia nervosa (BN)

De eetstoornissen boulimia nervosa en anorexia nervosa worden vaak in een adem genoemd. We hadden ook gehoopt voor beide stoornissen een behandelmethode te kunnen presenteren. Met betrekking tot anorexia nervosa hebben de databank van het Nederlands Jeugdinstituut en de website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie geen interventie opgenomen en evenmin bevat het handboek van Braet & Bögels (2008) een protocol of behandeling, hoewel de auteurs, blijkens een opmerking in de inleiding bij dit boek, wel daarnaar hebben gezocht. De Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen uit 2006 geeft ook geen duidelijk uitsluitsel over de beschikbaarheid van veelbelovende of werkzame therapieën. Het is onbevredigend te moeten concluderen dat er kennelijk vooralsnog geen veelbelovende of werkzame therapieën voor anorexia nervosa voor handen zijn.

In dit hoofdstuk stellen we een kortdurend en doelgericht cognitief gedragstherapeutisch protocol aan de orde om veranderingen te bewerkstelligen in de gedachten en het eetgedrag van adolescenten met Boulimia Nervosa. Het is grotendeels gebaseerd op het CGT-protocol voor eetstoornissen van de Britse psychiater en eetstoornissenexpert Fairburn (Jansen e.a. 2008). Grofweg bestaat het protocol uit drie hoofdcomponenten: dieetmanagement, verschillende exposures en cognitieve interventies.

17.1. Diagnostische en meetinstrumenten

- Body Mass Index

- Eating Disorder Examination (EDE)

Dit instrument bestaat uit vier subschalen:

1. restraint: de mate waarin de cliënt de voedselinname beperkt

2. eating concern: de zorgen die de cliënt zich maakt over voedsel en eten

3. de zorgen die de cliënt zich maakt over haar lichaamsvormen

4. weight concern: de zorgen die zij zich maakt over haar lichaamsgewicht

De laatste twee subschalen geven ook informatie over de invloed van lichaamsvormen en lichaamsgewicht op de zelfwaardering.

Aan de totaalscore van de EDE is de globale ernst van de eetstoornis af te lezen.

- de symptom Checklist-90, om een indicatie te krijgen van de bijkomende problemen

- de Beck Depression Inventory voor inzicht in stemmingsproblemen

- de Rosenberg's Self-Esteem scale voor inzicht in zelfwaardering

- het Structured Clinical Interview voor DSM-IV As-2-stoornissen om eventuele persoonlijkheidsstoornissen op te sporen

- de Social Adjustment Scale om inzicht te krijgen in het sociale functioneren.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
EDE Eating Disorder Examination Jansen, 2000	Nederlandse normgegevens zijn beperkt beschikbaar. Op basis van psychometrische kwaliteiten aanbevolen. (Vandereycken, 2004).	Gratis Nederlandse vertaling op www.eetonderzoek.nl Eating Disorder Examination (EDE) en Jansen, 2000.
Symptom Checklist-90 Arrindell & Ettema, 2003	De geraadpleegde bronnen verschaffen geen informatie hierover.	Arrindell & Ettema, 2003.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Beck Depression Inventory Van der Does, 2002	COTAN in 2005: betrouwbaarheid goed; begripsvaliditeit voldoende; criteriumvaliditeit en normen onvoldoende.	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten
De Rosenberg's Self-Esteem scale Rosenberg, 1965	De geraadpleegde bronnen verschaffen geen informatie hierover.	Rosenberg, 1965
Het Structured Clinical Interview voor DSM-IV As-2-stoornissen Weertman e.a., 2000 Weertman e.a. 2003	Enig onderzoek voorhanden (Weertman e.a. 2003).	Weertman e.a., 2000
Social Adjustment Scale Weissman & Bothwell, 1976	De geraadpleegde bronnen verschaffen geen informatie hierover.	Weissman & Bothwell, 1976

Het is van belang om bij cliënten met BN mogelijke medische klachten of de medische situatie goed in de gaten te houden. Vooral bij cliënten die veel purgeren en ondervoed zijn kunnen door vochtverlies dehydratie en levensgevaarlijke stoornissen in de elektrolytenhuishouding optreden. Medicatie kan helpen dit te herstellen.

17.2. Psychotherapeutische behandeling

De protocollaire behandeling van boulimia nervosa en verwante eetstoornissen is nadrukkelijk ook geschikt voor de behandeling van a-typische eetstoornissen of eetstoornissen NAO (niet anderszins omschreven) van het boulimische type. De doelgroep van het protocol dat hier aan de orde is bestaat uit jongeren (meisjes) van 15-18 jaar met boulimia nervosa of aanverwante eetstoornis. Co-morbide stemmingsstoornissen zijn geen bezwaar. Bij zwangerschap en diabetes mellitus is extra medische controle nodig. Er zijn vrijwel geen contra-indicaties.

Het doel van de behandeling is bereikt wanneer de adolescent meer realistische gedachten heeft over haar lichaam en gewicht en wanneer haar gevoel van eigenwaarde niet meer afhangt van lichaamsvormen en lichaamsgewicht.

De behandeling bestaat uit een individuele therapie in 20 sessies van 50 minuten. In begin vinden de sessies twee maal per week plaats, aan het eind éénmaal per 2 weken. Na iedere sessie worden er huiswerkopdrachten meegegeven, die in de eerstvolgende sessie worden doorgenomen. Betrokkenheid van de ouders kan van geval tot geval wisselen, afhankelijk van de relatie van de cliënt met haar ouders. Over het algemeen wordt enige betrokkenheid van de ouders altijd aanbevolen.

Het gaat hier, zoals gezegd, om een cognitieve gedragstherapie, die gericht is op de belangrijke aspecten van BN. Indien blijkt dat de therapie niet toereikend is om de bijkomende klachten weg te nemen, wordt aanvulling met andere behandelmodules gericht op lage zelfwaardering, nare stemmingen of interpersoonlijke problemen geregeld.

Diverse buitenlandse onderzoeken naar de effectiviteit van het protocol (aangehaald door Jansen e.a., 2008) laten positieve resultaten zien, met name ook op langere termijn: eetpatronen zijn normaler en gezonder, cognities zijn minder disfunctioneel, de zelfwaardering is toegenomen, depressieve gevoelens zijn verminderd, het sociale leven is verbeterd en de persoonlijkheidsstoornissen

verdwijnen soms of interfereren minder met het dagelijks leven. Er is echter sprake van een grote uitval: ongeveer 30%. Verder heeft één op de drie cliënten altijd nog een eetstoornis, zij het in mildere vorm. Braet & Bögels houden de interventie voor 'waarschijnlijk effectief'.

Het protocol wordt uitgevoerd door de Universiteit van Maastricht en mogelijk door andere therapeuten. Meer informatie over het protocol is te vinden bij Jansen, Elgersma & Mulken (2008).

17.3. Medicatie

Bij het protocol dat hier aan de orde is speelt medicatie geen rol. Alleen in het geval van medische begeleiding gericht op het herstellen van het vochtgehalte en stoornissen in de elektrolytenhuishouding kan medicatie van belang zijn. Hierbij gaat het niet om psychofarmaca.

Literatuur

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). SCL-90 Symptom Checklist. Pearson.

Braet, C. & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Jansen, A. (2000). Eating Disorder Examination. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Jansen, A., Elgersma, H. & Mulken, S. (2008). Protocollaire behandeling van boulimia nervosa en verwante eetstoornissen. In: Braet, C. & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. NJ: Princeton University Press, Princeton.

Vandereycken, W., Claes, L., & Bloks, H. (2004). Meetinstrumenten bij eetstoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 46, 10, pp. 701-704.

Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M.L.M. (2000) Gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II). Swets Test Publishers, Lisse.

Weertman, A., Arntz, A., Driessen, L., Velzen, C. van & Vertommen, S. (2003). Short-Interval Test-Retest Interrater Reliability of the Dutch Version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II). Journal of Personality Disorders, 17, pp. 562-567.

18. Middelgebonden stoornissen

Verslavingszorg voor jongeren en jongvolwassenen is in Nederland nog tamelijk beperkt. Tot voor kort waren er nauwelijks behandel mogelijkheden voor jongeren. Deze mogelijkheden waren dan ondergebracht bij afdelingen preventie van instellingen voor verslavingszorg. De laatste jaren is daarin verandering gekomen.

In het kader van deze inventarisatie is één psychotherapeutische interventie opgenomen. Daarnaast wordt in het hoofdstuk over gedragsstoornissen een gezinsgeoriënteerde systeemtherapie beschreven voor jongeren met verslavingsproblemen gecombineerd met gedragsproblemen: de Multidimensionele Gezinstherapie (MDFT). In hetzelfde hoofdstuk is ook de interventie Brains 4 Use opgenomen, een interventie waarmee gedragsstoornissen (ODD en CD) en problemen met alcohol- en druggebruik, kunnen worden behandeld.

Momenteel worden verschillende evidence based behandelingen voor volwassenen aangepast aan adolescenten. De meeste van die behandelingen zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (Ivens, 2008).

18.1. Diagnostische en meetinstrumenten

- Eén schaal voor middelenstoornis waarin criteria voor afhankelijkheid en misbruik zijn gecombineerd (opgenomen in Ivens, 2008, pag. 506).
- Adolescent Assessment Dialog (Euro-ADAD), gebaseerd op de Addiction Severity Index (ASI), die voor volwassenen is ontwikkeld.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
Euro-ADAD Adolescent Assessment Dialog Friedman e.a. 2001	Volgens Ivens (2008) is de Europese versie in meerdere vertalingen betrouwbaar en valide gebleken.	Friedman e.a. 2001; Nederlandse vertaling: Haack e.a. 2003.

18.2. Psychotherapeutische behandeling

Het Protocol voor Cannabis-behandeling (Ivens, 2008) is bestemd voor jongeren van 12-23 jaar met cannabismisbruik of -afhankelijkheid, die problemen hebben op één of meer leefgebieden gerelateerd aan het cannabisgebruik en die gedurende 3 maanden minstens 1 maal per week cannabis gebruiken. Contra-indicaties voor behandeling met dit protocol zijn: ernstig misbruik of ernstige afhankelijkheid, ernstige psychopathologie, een laag IQ en sterke afhankelijkheid van ouders of anderen in die mate dat de jeugdige niet in staat is zelfstandig verandering te weeg te brengen en vast te houden. Het doel van deze interventie is 'het stoppen of minderen van het cannabisgebruik en het beëindigen van de afhankelijkheid of verslaving'.

Het betreft hier een ambulante individuele therapie bij een therapeut die in vijf fasen verloopt, te weten: probleemherkenning (1), motivering (2), voorbereiden/beslissen (3), actie/consolidatie(4) en nazorg (5). Voor iedere fase zijn één of meer sessies nodig. De behandeling bestaat uit motiverende gespreksvoering, versterking van de zelfcontrole, cognitieve interventies en de training van vaardigheden om groepsverleiding en impulsen van anderen te hanteren.

Er is geen onderzoek naar de effectiviteit van dit protocol voorhanden. Het betreft een aanpassing van evidence based behandeling voor volwassenen. Braet & Bögels beschouwen de interventie als 'veelbelovend'. Het protocol wordt gebruikt door verschillende instellingen voor verslavingszorg. Meer informatie treft men aan bij Ivens (2008).

Bron: Braet & Bögels

18.3. Medicatie

Er worden in dit verband geen opmerkingen gemaakt over medicatie.

Literatuur

Friedman, A.S., Terras, A. & Oberg, D. (2001). Adolescent Assessment Dialog, Euro-ADAD, Version 1.0. Nederlandse vertaling (2003) door Haack, M.J., Soyez V. & Roozendaal, R.

Ivens, Y. (2008). Behandeling van middelgebonden stoornissen. Braet, C, & Bögels, S. (2008). Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

19. Somatoforme stoornissen

Bij somatoforme stoornissen gaat het volgens de DSM-IV-TR om: “de aanwezigheid van lichamelijke klachten die de suggestie wekken van de aanwezigheid van een lichamelijke aandoening en die niet volledig verklaard kunnen worden door een lichamelijke aandoening, door het directe gebruik van middelen, of door een andere psychische stoornis, bijvoorbeeld een paniekstoornis” (Moens & Braet, 2008). In de praktijk wordt gedifferentieerd tussen de volgende somatoforme stoornissen: somatisatiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, coversiestoornis, pijnstoornis, hypochondrie, morfodysforie (een stoornis in de lichaamsbeleving), somatoforme stoornis niet anders omschreven.

19.1. Diagnostische en meetinstrumenten

Wanneer een kind met een somatoforme stoornis bij de psycholoog of psychiater terecht komt is daaraan een lang medisch traject aan vooraf gegaan. Bij de intake zal de behandelaar zich door middel van een diagnostisch interview een beeld vormen van de klachten, de omstandigheden waaronder die optreden en de wijze waarop zij zich uiten.

Daarbij kunnen verschillende vragenlijsten worden gebruikt:

- Functional Disability Inventory (FDI)
- Pediatric Pain Questionnaire (PPQ)
- Children's Somatization Inventory (CSI)
- CBCL – zie hoofdstuk 2
- Competentiebelevingsschaal
- SCARED – een instrument om angst te meten
- gezinssysteemtest
- Lijst belastende Gebeurtenissen van de NOSI
- Dagboek aangaande pijn

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
FDI Functional Disability Inventory Walker & Greene, 1991	Betrouwbaarheid en validiteit aangetoond door o.a. Walker & Greene, 1991.	Walker & Greene, 1991
Pediatric Pain Questionnaire Varni e.a. 1987	Betrouwbaarheid en validiteit moeten nog worden onderzocht op generaliseerbaarheid, volgens www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822493	Varni, e.a. 1987
CSI Children's Somatization Inventory Meesters e.a., 2003	The Dutch version of the CSI seems to be a reliable and valid self-report measure for assessing somatization symptoms in children and adolescents.	www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/download.php?id=37 .
CBS-K Competentie-belevingsschaal voor Kinderen Veerman e.a., 2004	COTAN in 1998: Betrouwbaarheid voldoende; validiteit voldoende; normering voldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.

Naam instrument en eventueel jaartal	Kwaliteit onderzocht en beoordeeld / (nog) niet onderzocht	Nadere informatie
SCARED-NL Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Muris e.a., 2007	Onderzoek toont aan dat betrouwbaarheid en validiteit voldoende tot goed is. (Muris e.a., 2007).	www.kenniscentrum-kjp.nl www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.
GEST Gezinssysteemtes Gehring, 1995	COTAN in 1999: normen en betrouwbaarheid onvoldoende; begrips- en criteriumvaliditeit voldoende.	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.
Lijst belastende gebeurtenissen van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) Brock e.a., 1992	COTAN: Betrouwbaarheid: voldoende. Validiteit: goed. Normen: onvoldoende	www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies > databanken > databank instrumenten.

19.2. Psychotherapeutische behandeling

De protocollaire behandeling somatoforme stoornissen is een cognitief-gedragsmatig protocol, bedoeld voor kinderen van acht tot en met veertien jaar met regelmatige buikpijn- of hoofdpijnklachten die niet verklaard kunnen worden uit een lichamelijke aandoening, het gebruik van middelen of een andere psychische stoornis. Vanwege de cognitieve invalshoek bij deze therapie geldt een jongere leeftijd als contra-indicatie. Ook voor kinderen bij wie sprake is van een al te ingrijpende gebeurtenis of ernstige chronische spanning is de therapie niet geschikt.

Het doel van de therapie is uiteraard het verminderen van de pijnklachten. Dit wordt onder andere gerealiseerd door de stressfactoren aan te pakken en door de gevolgen van de klachten te verminderen. Voor de kinderen bestaat de therapie uit een individuele behandeling in acht sessies. Onderdelen zijn: relaxatie, psycho-educatie, gebruik van pijnkalender, gedragstherapeutische technieken. Voor ouders zijn er drie sessies voorzien met de volgende onderdelen: psycho-educatie, reacties op klachten en aanmoediging van het kind.

Zoals gezegd bevat het protocol een gedragstherapie met relaxatietechnieken, psycho-educatie, probleemoplossingstechnieken en cognitieve technieken. De ontwikkelaars halen onderzoeken aan waaruit blijkt dat therapie bij hoofdpijnklachten effectief is. Verder merken zij op dat psychotherapie bij dit soort stoornissen de voorkeur heeft boven farmacologische interventies. In de beoordelingssystematiek van Braet & Bögels wordt deze interventie als 'werkzaam' geïdentificeerd. Het is onbekend of en in welke mate deze therapie in Nederland wordt toegepast. Voor meer informatie: Moens & Braet (2008).

Bron: Braet & Bögels

19.3. Medicatie

Er wordt in het verband van deze behandeling slechts één opmerking gemaakt over farmacologische interventies. Zo stellen de ontwikkelaars dat in vergelijking met farmacologische interventies psychotherapie de voorkeur heeft vanwege het gebrek aan kennis over en onderzoek naar de (neven)effecten van medicatie bij kinderen.

Literatuur

Brock, A.J.L.L., de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). NOSI, handleiding experimentele versie. Pearson. Amsterdam.

Gehring, Th. M. (1995). GEST, Gezinsysteemtest, handleiding. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Moens, E. & Braet, C. (2008). Protocollaire behandeling van somatoforme stoornissen. In: Braet, C, & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

Muris, P., Bodden, D., Hale, W., Birmaher, B. & Mayer, B. (2007). SCARED-NL. Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten. Handleiding bij de de gereviseerde Nederlandse versie van de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. Boom Test Publishers, Amsterdam.

Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumerman, T. & Rooijmans, M. (2003). The Children's Somatization Inventory: Further Evidence for Its Reliability and Validity in a Pediatric and a Community Sample of Dutch Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 28, No. 6, pp. 413-422.

Varni JW, Thompson KL, Hanson V. (1987) The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire I: Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*, 28, 27-38.

Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Bergh, B.R.H. van den & Brink, L.T. ten (2004). Competentiebelevingsschaal voor kinderen. Harcourt Test Publishers, Amsterdam.

Walker, L.S. & Greene, J.W. (1991). The de Functional Disability Inventory: Measuring a neglected dimension of Child health status. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 39-58.

20. Het Chronische Vermoeidheidssyndroom (CVS)

Ten behoeve van jongeren met het Chronische Vermoeidheidssyndroom (CVS) is er de Protocolaire CGT voor jongeren met het CVS (De Jong e.a., 2008).

20.1. Diagnostische en meetinstrumenten

De diagnose CVS wordt gesteld wanneer:

- er sprake is van ernstige vermoeidheid, die niet overgaat met rust;
- de klachten minstens zes maanden aanhouden;
- de klachten vergezeld gaan van ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren;
- er voor de klachten geen lichamelijke of psychiatrische verklaring kan worden gegeven.

De ontwikkelaars van het protocol geven niet aan dat er met specifieke diagnostische- of meetinstrumenten wordt gewerkt om de diagnose en de mate van de klachten vast te stellen. Wel is er een lijst met aandachtspunten ontwikkeld aan de hand waarvan de lichamelijke klachten kunnen worden geïnventariseerd. Voor eventueel verder onderzoek op het gebied van psychisch functioneren worden de volgende instrumenten voorgesteld:

- CBCL – zie hoofdstuk 2
- SDQ – zie hoofdstuk 2

20.2. Psychotherapeutische behandeling

De protocolaire cognitieve gedragstherapie voor jongeren met het CVS is ontwikkeld voor jongeren van 10 tot 17 jaar die al 6 maanden of langer ernstig moe en beperkt zijn, wat niet overgaat met rust. Voor de klachten zijn geen lichamelijke of psychiatrische verklaringen te geven. Bijkomende klachten kunnen zijn: spierpijn, hoofdpijn, concentratie- en geheugenproblemen, buikklasten, slaapproblemen. Er zijn enkele contra-indicaties. Wanneer er de wens is om eerst somatisch verder naar oorzaken en behandelmogelijkheden te zoeken, moet men wachten met CGT. Ook wanneer en nog lopend onderzoek is en wanneer men niet van zins is om andere, al dan nog niet lopende behandelingen te stoppen, kan men niet aan CGT beginnen.

Het doel van de protocolaire CGT is de klachten en beperkingen zodanig verminderen dat de jongere weer leeftijdsadequaat functioneert en zichzelf weer als gezond beschouwt. Met het oog op de ouders is het doel van de interventie dat zij hun eigen gedrag niet meer inperken vanwege de klachten van het kind. De interventie bestaat uit assessment in 1 tot 2 sessies en daarna individuele behandeling in 10 sessies verspreid over 5 maanden. Betrokkenheid van ouders is noodzakelijk. Het gaat hier om een cognitieve gedragstherapie die zich richt op het beïnvloeden van in stand houdende factoren van CVS: geringe self-efficacy, lichamelijke attributies en gerichtheid op lichamelijke symptomen, een laag of wisselend niveau van activiteit, cognities die moeheid ontkennen of verergeren, cognities en gedrag van de omgeving. De ouders worden in veel gevallen bij delen van de sessies betrokken.

In een Nederlands RCT blijkt 70 % van de behandelde jongeren niet meer aan alle inclusiecriteria voor CSV te voldoen. ES: 0.46 tot 1.31 (matig tot groot). De effecten blijven op lange termijn behouden. Braet & Bögels beoordelen de interventie als 'werkzaam'. De interventie is ontwikkeld en wordt uitgevoerd door het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen. Nadere informatie is onder meer te vinden in de publicatie van De Jong, Bazelmans & Prins (2008).

Bron: Braet & Bögels

Literatuur

Jong, L. de, Bazelmans, E. & Prins, J. (2008). Protocolaire Cognitieve gedragstherapie voor jongeren met het chronische vermoeidheidssyndroom. In: Braet, C., & Bögels, S. Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Boom, Amsterdam.

21. Samenvatting en conclusies

21.1. De oogst

In deze inventarisatie presenteren wij 65 psychologische behandelprotocollen op het gebied van de jeugd-ggz, alsmede een groot aantal diagnostische en meetinstrumenten en een aantal behandel-mogelijkheden met psychofarmaca. De psychologische behandelprotocollen worden verondersteld minstens 'theoretisch goed onderbouwd' te zijn.

Vooralsnog zijn er geen interventies in deze inventarisatie die als 'bewezen effectief' worden beschouwd. In de meeste gevallen zijn er volgens de bronnen geen of te weinig onderzoeksgegevens beschikbaar. In een beperkt aantal gevallen is het beschikbare onderzoeksmateriaal nog niet voldoende gewogen.

Een eerste conclusie die zich opdringt is dat er weliswaar een aantal theoretisch goed onderbouwde interventies is voor kinderen en jongeren met psychische problemen, maar dat uit de bronnen niet naar voren komt dat er zodanig wetenschappelijk onderzoek is waaruit hun effectiviteit blijkt.

21.2. De bronnen van de inventarisatie

Voor de inventarisatie van protocollair vormgegeven theoretisch onderbouwde en evidence based instrumenten voor diagnostiek en behandeling is gebruik gemaakt van vijf bronnen.

1. De website van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Deze bevat veel gegevens over diagnostische en meetinstrumenten, over psychologische behandelprotocollen als ook over behandelingen met psychofarmaca. De stand van zaken zoals op deze website geschetst dateert van begin 2010.
2. De databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut. De erkenningscommissie van deze databank heeft, om redenen die in de inleiding zijn genoemd, nog geen enkele interventie als bewezen effectief kunnen beoordelen. De stand van zaken begin 2010 was dat op één na alle hier opgenomen interventies het predicaat 'theoretisch goed onderbouwd' droegen. De ene uitzondering is als 'waarschijnlijk effectief' bestempeld.
3. De databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden van het Nederlands Jeugdinstituut. Deze databank bevat veel informatie over diagnostische- en meetinstrumenten. In de meeste gevallen wordt een uitgebreide wetenschappelijke onderbouwing gegeven alsook gegevens over validiteit en betrouwbaarheid.
4. De databank van de Commissie Gedragsinterventies van Justitie. Van de tien hier opgenomen interventies die mede uit deze databank afkomstig zijn, zijn er twee 'volledig erkend'; de overige acht zijn 'voorlopig erkend', hetgeen wil zeggen dat er vooral op het gebied van effectiviteitsonderzoek nog het een en ander ontbreekt.
5. Het boek van Braet en Bögels, Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten (Boom, 2008). Van de 21 behandelmethoden uit dit boek, die in de inventarisatie zijn opgenomen, zijn er zeven als 'werkzaam' bestempeld, negen als 'waarschijnlijk effectief', en vijf als 'veelbelovend'. De meeste interventies uit het handboek van Braet & Bögels moeten nog worden beoordeeld door de erkenningscommissie van de NJi-Databank en/of die van het Landelijk Kenniscentrum KJP. Beide instellingen ondernemen momenteel op dit gebied actie.

21.2.1. Vergelijkbaarheid

De verschillende bronnen hanteren alle andere criteria en procedures bij het beoordelen van de interventies. Zo liggen aan het label 'waarschijnlijk effectief' van Braet & Bögels andere criteria ten grondslag dan aan hetzelfde label van de erkenningscommissie van de Nji-databank, om maar een voorbeeld te noemen. De beoordelingscriteria van het Landelijke Kenniscentrum KJP, de Databank van het Nederlands Jeugdinstituut en de erkenningscommissie van justitie zijn bij dit rapport opgenomen als respectievelijk bijlage 1, 2 en 3. De werkwijze van Braet & Bögels is in de inleiding bij dit rapport weergegeven.

Als conclusie op dit punt geldt dat de bronnen waaruit voor de inventarisatie van de instrumenten en protocollaire behandelwijzen is geput, onderling naar aard en kwaliteit nogal verschillen. Het is aan te bevelen dat in ieder geval de erkenningscommissies van de drie databanken met interventies – van het Landelijk Kenniscentrum KJP, van het Nederlands Jeugdinstituut en van de databank Gedrags-

interventies van het ministerie van Justitie – hun beoordelingsprocedures en -criteria verder expliciteren en vervolgens, waar mogelijk, onderling vergelijkbaar, dan wel identiek maken. Hierbij behoren ook een beoordelingsstructuur en beoordelingscriteria met betrekking tot de vraag of interventies en therapieën goed op hun effectiviteit zijn onderzocht.

Deze aanbeveling, die reeds in de voorlopige versie van dit rapport is geformuleerd, heeft ondertussen geleid tot constructief overleg tussen de projectleider van de databank van het Nederlands Jeugdinstituut en een vertegenwoordiger van het Landelijk Kenniscentrum KJP. Dit overleg is erop gericht op afzienbare termijn eenheid in de beoordelingsprocedures en beoordelingscriteria te realiseren. Naar verwachting wordt op korte termijn ook de Commissie Gedragsinterventies van Justitie bij dit overleg betrokken.

21.2.2. Volledigheid

Een vraag die in het kader van de samenvatting en conclusies van deze inventarisatie dient te worden gesteld is of er via de genoemde bronnen een compleet beeld is verkregen van de stand van zaken op het gebied van de goed onderbouwde jeugd-ggz. Met andere woorden: zijn er theoretisch goed onderbouwde of evidence based behandelingen onbesproken gebleven?

Deze vraag is op de expertmeeting van 19 november 2009 ook aan de orde geweest. Naar het oordeel van enkele experts waren er zeker meer theoretisch goed onderbouwde - en zelfs evidence based interventies die niet in de bronnen van de inventarisatie waren opgenomen en dus ook niet in deze inventarisatie te vinden zijn. Voor een belangrijk deel bleek het probleem hierbij dat deze interventies, die over het algemeen door specialisten worden gehanteerd, nog niet voor een brede groep van therapeuten waren beschreven en dat zij daardoor nog niet werden gekend. Ook is duidelijk dat de databanken 'wachtlijsten' hebben van interventies die nog beschreven en beoordeeld moeten worden.

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie heeft als kerntaak het beschrijven en toegankelijk maken van reeds ontwikkelde interventies die in ieder geval theoretisch goed onderbouwd zijn. Het Kenniscentrum is hier op voortvarende wijze mee bezig. Zo worden begin 2010 voor de thema's psychose, forensische jeugdpsychiatrie en eetstoornissen protocollen uitgewerkt zodat zij voor bredere verspreiding en publicatie beschikbaar komen. Met aanvullende middelen zouden meer van dergelijke activiteiten met betrekking tot andere thema's versneld kunnen worden ondernomen.

Het Nederlands Jeugdinstituut wil samen met ontwikkelaars en uitvoerders van interventies een versnelling in de beschrijving en beoordeling van reeds in gebruik zijnde interventies realiseren. De samenwerking tussen de verschillende databanken, waarvan in paragraaf 21.2.1. sprake was, zal ook de nodige efficiëncywinst en kwaliteitsverbetering tot gevolg hebben.

21.3. Verdeling aandacht over verschillende thema's en binnen thema's

Het is opvallend hoe de aandacht voor de verschillende thema's binnen de theoretisch goed onderbouwde interventies van de Nederlandse jeugd-ggz is verdeeld.

De meeste aandacht gaat uit naar oppositionele gedragsstoornissen en gedragsstoornissen in het algemeen. Er zijn 19 interventies opgenomen die betrekking hebben op dit thema. Daarvan zijn er acht gericht op kinderen onder de 12 jaar en hun ouders; tien zijn bedoeld voor jongeren van 12 tot 18 of 23 jaar en één is voor gezinssystemen met kinderen van 0 tot 16 jaar. Van de tien interventies voor 12+ jongeren zijn er drie systeeminterventies, dat wil zeggen behandelmethoden waarbij naast de betreffende jongere ook de ouders, het gezin en soms zelfs de maatschappelijke omgeving wordt betrokken. Het is opvallend dat van de zeven interventies uitsluitend of voornamelijk gericht op jongeren – vooral uitgevoerd binnen Justitiële Jeugdinrichtingen – verschillende sterk op elkaar lijken.

Op een tweede plaats op de lijst van thema's waarvoor de meeste interventies beschikbaar zijn, staat het thema angststoornissen en depressie. Op dit gebied zijn tien interventies beschreven. Drie daarvan zijn programma's voor preventie of vroegtijdige hulpverlening.

Op de derde plaats staat het thema ADHD met acht interventies. Twee daarvan zijn speciaal gericht op kinderen, vijf op ouders en één op het hele gezin.

Het thema autisme spectrumstoornissen staat op de vierde plaats met zeven interventies. Daarvan zijn er twee speciaal gericht op patiënten met een ASS en de andere helft op ASS-patienten en hun ouders.

Het thema psychotrauma staat op de vijfde plaats met vier interventies. Twee daarvan zijn speciaal toegesneden op traumatische ervaringen met seksueel geweld, de andere twee zijn voor toepassing bij Acute Stress of Posttraumatische Stress in het algemeen.

Van de 65 interventies die in deze rapportage zijn opgenomen, hebben bij elkaar 48 interventies betrekking op de vijf hierboven genoemde thema's. De 17 resterende interventies gaan over de overige 13 thema's die in deze inventarisatie aan de orde komen.

21.3.1. Kwaliteit van de verschillende diagnostiek- en behandelprotocollen

Het is opvallend, en tegelijkertijd een punt van zorg, dat de meeste psychologische behandelprotocollen nog niet of nog onvoldoende wetenschappelijk op hun effectiviteit zijn onderzocht. Wel is het zo dat alle hier opgevoerde protocollen als theoretisch goed onderbouwd worden gekenschetst.

Sommige protocollen zijn vertalingen van protocollen uit het buitenland. In een aantal gevallen is door middel van wetenschappelijk onderzoek in het buitenland de effectiviteit van een dergelijke behandeling aangetoond. Deze effectiviteit is echter in Nederland voor de Nederlandse situatie veelal nog niet getoetst. Mocht dit wel het geval zijn, dan is hierover bij ons weten meestal niet gepubliceerd in Nederlandse of Engelstalige "peer reviewed" tijdschriften. Deze zwakke onderbouwing geldt eveneens vaak voor diagnostische instrumenten. Tenslotte is dit ook aan de orde in geval van medicatiegebruik. Voor zover er nationaal en internationaal onderzoek over de toepassing en het gebruik van psychofarmaca bij kinderen en adolescenten beschikbaar is, is dat door het Landelijk Kenniscentrum verzameld, gepubliceerd en als basis genomen voor de behandelprotocollen. Omdat het beschikbare (internationaal) onderzoek zeer beperkt is, zal men zich in veel gevallen nog moeten baseren op de resultaten van onderzoek bij volwassenen. De kwaliteit en veiligheid van de behandeling vraagt om meer onderzoek naar de toepassingsmogelijkheden van psychofarmaca bij kinderen en adolescenten.

21.3.2. Hiaten met betrekking tot belangrijke thema's

Er zijn nog tal van thema's waarvoor in deze inventarisatie nog geen interventies zijn opgenomen. In paragraaf 21.2.2. constateerden we dat al. Braet & Bögels (2008) noemen in het inleidende hoofdstuk van hun boek met protocollen enkele voorbeelden van gebieden waarop hoog nodig wat moet gebeuren: problemen als stotteren, anorexia nervosa, voedselweigering, en/of selectief eten, impulsiviteit, verschillende vormen van angst waaronder faalangst en paniekaanvallen, selectief mutisme, suicidaliteit, chronische posttraumatische stressstoornissen en psychose.

Als mogelijke redenen voor het feit dat er op deze gebieden nog geen werkzame interventies worden gepresenteerd, voeren zij aan dat er bijvoorbeeld nog geen vertalingen van effectieve buitenlandse interventies voor handen zijn, of omdat onderzoekers nog op zoek zijn naar goede werkzame behandelingen die zijn geëvalueerd, om deze vervolgens te vertalen en uit te schrijven in toegankelijke protocollen. In paragraaf 21.2.2. opperden wij daarbij dat er mogelijk wel evidence based interventies in gebruik zijn die alleen bekend zijn bij gespecialiseerde behandelaars, die deze interventies nog niet hebben uitgeschreven en gepubliceerd.

21.3.3. Hiaten binnen thema's

Dat er thema's zijn waarvoor nog geen goed onderbouwde protocollen zijn, is één punt. Een ander punt is dat er ook sprake is van hiaten binnen de thema's waarvoor wel protocollen beschikbaar zijn. We noemen enkele voorbeelden. Terwijl er wel al protocollen zijn voor jeugdigen met ADHD, is er nog geen protocol voor behandeling van kinderen of jongeren met ADHD en een lichte verstandelijke handicap. Eveneens zijn er hiaten in het geheel van psychologische behandelprotocollen bij aandoeningen (bijvoorbeeld ADHD) met comorbide stoornissen, zoals bijvoorbeeld ADHD met angststoornissen of depressie, of wanneer er sprake is van zwakte in de opvoedkundige mogelijkheden van de ouders.

21.3.4. Onderbouwing van onderdelen

Nog een ander punt: wanneer men kijkt naar de behoefte aan de opbouw van mogelijke evidence based protocollair uitgevoerde zorglijnen (stepped care), zijn er hiaten op het gebied van degelijk onderbouwde onderdelen van een zorglijn. Als voorbeeld moge dienen dat er weinig theoretisch onderbouwde en op hun effectiviteit onderzochte voorbeelden van 'psycho-educatie' zijn.

De conclusies van deze paragraaf zijn:

- Er is dringend behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek binnen de Nederlandse situatie van de jeugd-ggz naar effectiviteit van theoretisch goed onderbouwde vormen van diagnostiek en behandelingen.
- Er is nog een aanzienlijk aantal thema's waar we degelijk onderbouwde protocollaire behandelwijzen ontberen. Mede met het oog hierop is er een krachtige impuls nodig om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren waarin meer fundamentele wetenschappelijke vraagstellingen zijn verweven. Hiermee kan een basis worden gecreëerd voor verdere ontwikkeling van behandelprotocollen waar dat nodig is.
- Op die terreinen waar al wel protocollaire behandelwijzen beschikbaar zijn, is vaak sprake van hiaten voor speciale doelgroepen die bijkomende problemen hebben of bij wie sprake is van comorbiditeit. Wetenschappelijk onderzoek, zoals bedoeld in het vorige punt kan leiden tot verfijningen in de uitwerking en uitbouw van protocollen.
- Binnen de verschillende zorglijnen die zijn ontwikkeld ontbreekt vaak kennis over de effectiviteit van onderdelen binnen die zorglijn. Wetenschappelijk onderzoek zal ook hier aanknopingspunten kunnen leveren voor verfijningen in de protocollaire uitwerking van stepped care.

21.4. Conclusies en aanbevelingen op een rij

Wanneer wij het geheel overzien en in een notendop proberen samen te vatten, komen wij tot de volgende punten:

1. De verschillende bronnen – websites, databanken en literatuur – waaruit voor deze inventarisatie van van protocollair vormgegeven, theoretisch onderbouwde en evidence based instrumenten voor diagnostiek en behandeling is geput, moeten met elkaar in harmonie worden gebracht: de beoordelingscriteria en -procedures moeten identiek of minstens onderling vergelijkbaar zijn. De dragende instellingen zouden op dit punt snel tot overeenstemming moeten komen. Het Landelijk Kenniscentrum KJP en het Nederland jeugdinstituut spreken al constructief over samenwerking. De Commissie Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie zal daarbij betrokken moeten worden.
2. Er zal door de instellingen die de websites en databanken in stand houden naar gestreefd moeten worden dat zij gezamenlijk een compleet, actueel beeld bieden van de stand van zaken op het gebied van de theoretisch onderbouwde en evidence based jeugd-ggz. Dit impliceert onder meer dat de beheerders van de databanken in staat worden gesteld de behandelaars te stimuleren en te ondersteunen bij het beschrijven en publiceren van hun theoretisch onderbouwde en evidence based interventies die zij in hun eigen praktijk uitvoeren.
3. In algemene termen geformuleerd is er een grote achterstand in de wetenschappelijke onderbouwing van de praktijk van het vakgebied, zowel met betrekking tot diagnostische instrumenten, als met betrekking tot psychotherapeutische interventies en behandeling met psychofarmaca. Er is nog maar een beperkt aantal heldere aanknopingspunten voor een evidence based behandeling van kinderen en jongeren met psychische problemen. Er is tevens meer basaal wetenschappelijk onderzoek nodig met betrekking tot psychische problemen bij kinderen en jongeren om nieuwe invalshoeken te ontwikkelen met betrekking tot behandel mogelijkheden.
4. Van de beschikbare 'theoretisch goed onderbouwde interventies' is slechts een beperkt aantal op hun daadwerkelijke effectiviteit in de Nederlandse situatie wetenschappelijk onderzocht. Er is een grote behoefte aan veel meer wetenschappelijk uitgevoerde effectstudies van toegepaste interventies, alsook van onderdelen van de protocollair uitgevoerde en uit te voeren zorg.

5. In de praktijk van de zorg blijken er duidelijke leemten met betrekking tot bruikbare en in theorie goed onderbouwde diagnostische en behandelinstrumenten. Voor verschillende urgente klinische thema's zijn geen protocollen bekend. Voor jeugdigen met comorbide stoornissen alsmede ten behoeve van de opbouw van stepped care zorglijnen zijn er hiaten in beschikbaarheid van protocollen.
6. Er is een tekort aan klinisch wetenschappelijk onderzoek om effectiviteit van behandelprotocollen wetenschappelijk te toetsen en vervolgens, in vervlechting met meer basaal wetenschappelijk onderzoek, te komen tot verbetering van de kwaliteit van de zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen. De mogelijkheden voor dergelijk onderzoek moeten worden uitgebreid, waarbij vooral ook het belang van onderzoek naar de werking en mogelijkheden van psychofarmaca voor kinderen en jongeren moet worden onderstreept.

Deze conclusies laten de vraag, in welke mate theoretisch onderbouwde en evidence based protocollen in de praktijk van de zorg in Nederland zijn geïmplementeerd, onberoerd. Deze belangrijke vraag viel buiten het bestek van deze inventarisatie. Zij is aan de orde in het andere deel van het tweelingproject, dat door het Trimbos-instituut is uitgevoerd (Van der Linden & De Graaf, 2010).

Literatuur

Braet, C, & Bögels, S. (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Boom, Amsterdam.

Linden, D. van der & Graaf, I. de (2010). *State of the art, Bekendheid met en gebruik van evidence based interventies in de jeugd-ggz*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Bijlage 1

Criteria website Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie voor opname van protocollen voor behandeling van psychische stoornissen

Datum: 15 augustus 2006

De Centrale Werkgroep Protocollaire Psychologische Behandelingen (Centrale Werkgroep PPB) van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie kreeg de opdracht zich bezig te houden met protocollen voor behandelingen van de psychische stoornissen die als speerpunt voor het Kenniscentrum zijn aangewezen. Een ruime opdracht, die door de leden van de Werkgroep verder is uitgewerkt.

Als eerste stap zijn er criteria voor een goed behandelprotocol opgesteld. De criteria zijn ontwikkeld aan de hand van gegevens uit de literatuur en de klinische ervaring uit de verschillende Decentrale Werkgroepen. De criteria worden hieronder weergegeven (format behandelprotocol). Vervolgens is een inventarisatie gemaakt van de behandelprotocollen, die er op dit moment in Nederland (in het Nederlands) zijn. Sommige van deze protocollen zijn officieel uitgegeven, andere zijn op te vragen bij de auteur(s). Een verslag van deze beoordelingen is te vinden bij de specifieke stoornissen. Niet alle protocollen die er zijn, zijn hierbij opgenomen. Een protocol waarvan de effectiviteit niet is onderzocht (in Nederland of in het buitenland) en waarvoor dit ook niet zal gebeuren wordt in het algemeen niet opgenomen.

Criteria voor opname waren:

- het protocol voldoet aan alle of bijna alle criteria van de Werkgroep PPB
- het protocol voldoet niet aan alle criteria, maar is het enige voor deze stoornis

Format voor een behandelprotocol

Een protocol bestaat uit:

1. Een algemeen inleidend gedeelte over het protocol en over de stoornis;
2. Een algemene beschrijving van de behandeling met een verantwoording van de gemaakte keuzen;
3. Een specifieke beschrijving van de behandeling;
4. Bijlagen met meetinstrumenten, werkbladen, informatiefolders voor ouders, kinderen en eventueel verwijzers.

1. Algemene inleiding

- Vermelding van de contextuele bijzonderheden
De doelgroep, het oogmerk van de behandeling, de duur (aantal zittingen), door wie het uitgevoerd moet worden en op welke voorwaarden (speciale training/opleiding/supervisie), hoeveel voorbereiding er nodig is, de intensiviteit van het protocol, zo mogelijk de kosten van de behandeling. Op deze manier kan diegene die het protocol wil gaan uitvoeren een grove inschatting maken of dit protocol (on)geschikt is.
- Korte bespreking van de relevante onderzoeksgegevens met betrekking tot de stoornis en behandeling van de stoornis
Hierin moet minimaal worden opgenomen: De algemene gegevens over de stoornis (onder andere natuurlijk beloop, prevalentie), onderzoek naar behandel-effecten, zo mogelijk follow-up gegevens. Bij vermelding van onderzoeksgegevens wordt onderscheid gemaakt wordt tussen internationale en nationale (Belgische en Nederlandse) gegevens.

2. Algemene beschrijving van de behandeling, met theoretische verantwoording van gemaakte keuzen

Hier wordt de globale opzet van de behandeling gepresenteerd:

- Zo mogelijk worden de verschillende fasen van de behandeling, met de bijbehorende doelen besproken.
- Vermeld wordt welke technieken en strategieën worden toegepast.
- Beargumenteerd wordt waarom voor de betreffende technieken en strategieën is gekozen:
 - o het theoretisch model en de wetenschappelijke evidentie daarvoor (voor zo ver aanwezig);
 - o het effect-onderzoek (voor zo ver nog niet vermeld);

Dit deel beslaat één à twee bladzijden. Er wordt verwezen naar de relevante literatuur.

3. Gedetailleerde beschrijving van de behandeling

Hier vindt men het protocol in engere zin. Deze beschrijving kan minder (per fase) of meer gedetailleerd (per sessie) zijn. Dit gedeelte bestaat uit:

A. De beschrijving van de behandeling

- Minimaal moet hier een gedetailleerde omschrijving van de algemene technieken/interventies bevatten (bij voorkeur vooraf gebundeld), met informatie over wanneer de desbetreffende techniek moet worden toegepast.
- Daarnaast moet beschreven zijn hoe de behandeling te starten, de opbouw van de sessies over het geheel en de opbouw binnen één sessie.
- Bij voorkeur zijn de eerste sessie(s) gedetailleerd beschreven en wordt duidelijk aangegeven wanneer de behandeling over gaat naar een volgende fase, afgesloten moet worden.
- De vrijheden van de behandelaar worden aangegeven (kan er langer over bepaalde onderdelen worden gedaan, moeten cognities altijd besproken worden, kunnen extra zittingen worden ingelast).
- Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van werkbladen voor kinderen en eventueel ouders die er aantrekkelijk, toegankelijk en passend bij de leeftijd uitzien.

B. Sectie over de moeilijkheden en oplossingen daarvoor

Het gaat hierbij om de meest voorkomende moeilijkheden, zoals wat te doen met lastige ouders, taalproblemen, motivatie, specifieke problemen met betrekking tot de stoornis etc.

C. Besliscriteria voor start en beëindiging van therapie

- Wanneer start of eindigt de therapie en wat te doen als het protocol niet werkt?
- Terugval preventie en booster sessies.

D. Meetinstrumenten voor het bepalen van het effect van de behandeling

Meetinstrumenten worden bij voorkeur bij het protocol geleverd

4. Bijlagen

- Aanbeveling van verdere literatuur
- Werkbladen (voor zo ver niet in het protocol zelf opgenomen)
- Informatie voor patiënten en ouders (en eventueel verwijzers)

De eisen aan een protocol in schema

- Algemeen uitgangspunt specifieke behandelingen
- Bespreking van de relevante onderzoeksgegevens
- Theoretische onderbouwing voor gemaakte keuzen
- Algemene beschrijving van de behandeling
- Gedetailleerde beschrijving van de behandeling
- Sectie over moeilijkheden en oplossingen daarvoor (bijvoorbeeld wat te doen met lastige ouders?)
- Besliscriteria voor start en beëindiging van therapie (wanneer beëindig je een therapie en wat als het protocol niet werkt?)
- Omschrijving van de doelgroep
- Contra-indicaties voor de behandeling (te dom, te ... etc)
- Mogelijke meetinstrumenten voor het bepalen van het effect voor ieder protocol ('Why box')
- Informatie over implementatie en format van het protocol. Hoe wordt het verspreid? Is er een training voor nodig? Landelijk en brede implementatie
Voorwaarden voor behandelaars. Wie kunnen het protocol uitvoeren?
- Aanbevelingen voor verdere literatuur
Informatie voor patiënten en ouders (bijvoorbeeld folders, werkboek)
- Datum en datum herziening

Bijlage 2

Beoordelingscriteria Databank Nederlands Jeugdinstituut Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies

Overgenomen uit www.nji.nl/jeugdinterventies > databank effectieve jeugdinterventies/eCache/DEF/1/07/120.html

De Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies kan erkenningen afgeven op drie niveaus: I, II, en III. De commissie beoordeelt interventies aan de hand van vaste criteria. Deze zijn ontleend aan uiteenlopende beoordelingssystemen en worden regelmatig geëvalueerd.

Om erkend te worden als 'theoretisch goed onderbouwd' moet een interventie voldoen aan criteria voor theoretische onderbouwing, degelijkheid van de methodiek, en toepasbaarheid in de praktijk. Een interventie die hieraan voldoet en die bovendien beantwoordt aan de criteria voor onderzoek, mag zich 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief' noemen.

De criteria worden hieronder alleen maar aangeduid. Een volledig overzicht is opgenomen in Erkenning interventies: criteria 2009-2010. Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies.

Niveau I: theoretisch goed onderbouwd

Criteria voor onderbouwing

- Er is een analyse van het probleem waarvan gegevens over - onder andere- aard, ernst, omvang en spreiding deel uitmaken en waarin de factoren zijn meegenomen die met het probleem samenhangen.
- Er is een theoretische onderbouwing waarin het probleem, de doelgroep, het doel en de aanpak (de werkzame factoren) in een samenhangend betoog zijn vervat.
- Doelgroep, doelen en werkwijze sluiten bij elkaar aan.

Criteria voor degelijkheid van de methodiek

- De doelgroep is gedetailleerd in kaart gebracht, inclusief kenmerken als cultuur, probleembeleving, motivatie, mogelijkheden en bereikbaarheid.
- Er zijn gegevens over indicatie en contra-indicatie.
- Er zijn expliciete doelen geformuleerd, zonodig onderscheiden in voorwaardelijke doelen en einddoelen.
- De werkwijze is zo volledig mogelijk beschreven op het niveau van concrete activiteiten.
- Volgorde, frequentie, intensiteit, duur en timing van contacten en activiteiten zijn gegeven.
- De benodigde materialen en hun verkrijgbaarheid zijn duidelijk beschreven.
- De ontwikkelaar, eigenaar of uitvoerende organisatie wordt genoemd.

Criteria voor toepasbaarheid in de praktijk

- De interventie is overdraagbaar (zoals blijkt uit, bijvoorbeeld, materialen voor overdracht).
- De uitvoerende organisatie heeft een HKZ-registratie. (Dit criterium gaat pas in een later stadium gelden, omdat veel organisaties nog druk doende zijn om de HKZ-registratie te behalen.)

Niveau II: waarschijnlijk effectief

- Er zijn onderzoeken die voorlopige aanwijzingen geven voor effectiviteit.
- Het onderzoek heeft ten minste een matige bewijskracht (zie Classificatie).
- Wanneer er verschillende onderzoeken zijn die uiteenlopende effecten van de interventie laten zien, dan weegt de commissie de gecombineerde resultaten.

Niveau III: bewezen effectief

- Er zijn onderzoeken die voorlopige aanwijzingen geven voor effectiviteit.
- Het onderzoek heeft ten minste een sterke bewijskracht (zie Classificatie).
- Wanneer er verschillende onderzoeken zijn die uiteenlopende effecten van de interventie laten zien, dan weegt de commissie de gecombineerde resultaten.

Meer informatie over de totstandkoming van de criteria is te vinden in de notitie Integraal erkend (uitleg).

Bijlage 3

Beoordelingscriteria Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Overgenomen uit: www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningscommissie/kwaliteitscriteria

Kwaliteitscriteria

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gedragsinterventies vooral effectief zijn als ze goed zijn gestructureerd, zijn toegesneden op de juiste doelgroepen en de juiste risicofactoren, en zorgvuldig worden uitgevoerd. Gedragsinterventies die (nieuwe) vaardigheden aanleren, zijn over het algemeen het meest effectief.

Om te kunnen beoordelen of gedragsinterventies veelbelovend zijn, heeft het ministerie van Justitie kwaliteitscriteria opgesteld. De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie maakt gebruik van onderstaande criteria bij het beoordelen van de ingediende gedragsinterventies. Meer informatie over de kwaliteitscriteria vindt u in het document Kwaliteitscriteria (zie onderaan deze pagina).

- Theoretische onderbouwing
de gedragsinterventie is gebaseerd op een analyse van het delictgedrag en een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.
- Selectie van justitiabelen
Het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.
- Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren
De gedragsinterventie is gericht op het beïnvloeden van veranderbare risicofactoren en op protectieve factoren die samenhangen met het criminele gedrag.
- Effectieve (behandel)methoden
Er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.
- Vaardigheden
De aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.
- Fasering, intensiteit en duur
De intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluiten aan bij de problematiek van de deelnemer.
- Betrokkenheid en motivatie
Betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.
- Continuïteit
Er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele.
- Interventie-integriteit
De gedragsinterventie wordt uitgevoerd, zoals is bedoeld.
- Evaluatie
Een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.

Meer informatie: Kwaliteitscriteria en vereiste documentatie.



Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

- Bezoekadres IJsbaanpad 9-11, 1076 CV Amsterdam
- telefoon +31(0)20 890 16 67 ● fax +31(0)20 305 8293
- Postadres Postbus 303 ● 1115 ZG Duivendrecht
- info@kenniscentrum-kjp.nl ● www.kenniscentrum-kjp.nl