



## **PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8325**

KINDEREN EN JONGEREN : GEDRAGSSTOORNISSEN IN CONTEXT

Maart 2011

### **SAMENVATTING**

Onze maatschappij kan zich niet veroorloven om de problemen die aan de grondslag van de “gedragsstoornissen” liggen te ontkennen. De afdeling “Geestelijke gezondheid en psychosociale factoren van de pathologieën” van de Hoge Gezondheidsraad heeft het daarom nuttig geacht een stand van zaken van de problematiek van de gedragsstoornissen bij jongeren op te maken.

Om dit probleem te onderkennen en erop in te werken moet men eerst nauwkeurig verduidelijken waarover men spreekt. Internationale classificaties, zoals DSM-IV, hebben hun nadelen, maar ze bieden alleszins als voordeel dat men het eens kan worden over de te bestuderen gedragingen. Aldus worden de gedragsstoornissen er omschreven als een *“zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de fundamentele rechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd passende maatschappelijke normen of regels worden overtreden”*. Men moet bij de jongere in de loop van de laatste twaalf maanden drie en gedurende de laatste zes maanden minstens één van deze opgelijste criteria terugvinden om de diagnose “gedragsstoornis” te kunnen stellen.

Maar hiermee beschikt men nog geenszins over de oorsprong van de waargenomen tekenen; er worden tevens maar weinig aanwijzingen gegeven om deze te verhelpen. Daartoe moet men alle interacties tussen de biologische, psychologische en omgevingsfactoren onderzoeken om aldus de risico- en weerstandsfactoren te identificeren alsook die betreffende bescherming en veerkracht.

Bij het individu kunnen er biologische (genetische, hormonale, neuropsychologische, enz.) en psychologische factoren (zelfbeeld, frustratietolerantie, enz.) opduiken. Wat de leefomgeving betreft, daar speelt de familie waarin het kind opgroeit, uiteraard een essentiële rol maar ook de economische en sociale omgeving (straatcultuur en het verschijnsel “jongerenbenden”) werken beïnvloedend. Het schoolse systeem is de omgeving waarin zich de stoornissen vaak uiten, en waar dus in een aangepast antwoord moet worden voorzien. Precies op school kunnen de sociale vaardigheden van jongeren tot ontwikkeling komen.

Om die verschillende factoren te identificeren, moet men ook de goede methoden en diagnose-instrumenten gebruiken. De diagnose “gedragsstoornis” moet altijd in een bio-psychosociaal perspectief en met gevalideerde instrumenten, zoals klinische semigestructureerde interviews of standaard vragenlijsten, gesteld worden. Aangezien jongeren over hun eigen uitdrukkingsmogelijkheden beschikken, maar zelden zelf om hulp vragen, moeten de bronnen en de methoden om informatie te verzamelen in aantal toenemen.

De gedragsstoornissen worden overigens vaak met andere soorten problemen in verband gebracht, die de beschikbare hulpbronnen om moeilijkheden het hoofd te bieden, wijzigen. Men moet aan die geassocieerde stoornissen dus een bijzondere aandacht besteden. Hierbij worden de aandachtsstoornis met hyperactiviteit en de oppositieve opstandige gedragsstoornis het vaakst met de gedragsstoornis verbonden. Misbruik van stoffen, stemmings- en angststoornissen, sociale problemen en problemen op school, risicohoudende gedragingen of nog psychopathie kunnen eveneens vastgesteld worden.

Door met al die risico- en beschermingsfactoren rekening te houden, kan er een aangepaste interventie opgezet worden.

In dit domein zijn de meest doeltreffende interventies eerst en vooral degene die preventie nastreven. Het is immers dikwijls meer doeltreffend om het opduiken van stoornissen te voorkomen door zich reeds bij de prille kinderjaren van hun welzijn en dat van hun familie te vergewissen (door deze laatste eveneens in haar opvoedingswerk te steunen). Opvang van kleuters, sport- en cultuurvoorzieningen, stedelijke ordening en schoolsysteem vertegenwoordigen verschillende domeinen waarop men kan inwerken om de ontwikkeling van jongeren zo goed mogelijk te doen verlopen.

Door zijn belangrijke rol bij de identiteitsopbouw van jongeren en hun socialisering vormt de school overigens een essentiële actor die bijzondere aandacht verdient. In dit kader biedt de *Schoolwide Positive Behavior Support* een systemische aanpak van preventie van en interventie bij uitdagend gedrag op school, waarbij men de leerling ter vervanging van problematisch gedrag positief gedrag aanleert. Welzijnsshops kunnen eveneens ontwikkeld worden op school om de jongeren bij het verwerven van psychosociale basisvaardigheden te helpen. Het beleid moet erop toezien dat alle kinderen rond de leeftijd van 2 ½ tot 3 jaar de school aanvatten om zo moeilijkheden vroeg te kunnen detecteren en falen op school te voorkomen.

In contact met kinderen en jongeren die tekenen van gedragsmoeilijkheden vertonen, kunnen de betrokken volwassenen (ouders, leerkrachten, enz.) in eerste instantie pogen om met eigen middelen het probleem aan te pakken. Het is niet altijd nodig om gespecialiseerde hulp in te zetten, met het risico op overbelasting van de sector.

Er dient dus psychologische hulp van de eerste lijn ontwikkeld te worden. De opvoedingswinkels die elke ouder die er behoefte aan heeft bij zijn opvoedingstaak een toegankelijke en snelle hulp bieden, zijn een voorbeeld van een doeltreffend en preventief initiatief dat gepromoot moet worden.

Daarnaast kan men ook een beroep doen op bestaande hulp- en zorgverleningsinstanties voor advies en behandeling. Instellingen van de tweede lijn van de hulpverlening, zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg, moeten over voldoende middelen beschikken om correct en snel in te kunnen gaan op de hulpvraag. De hulpverleners van de 2de lijn moeten specifiek opgeleid worden om empirisch gevalideerde programma's voor de behandeling van moeilijke kinderen en jongeren, zoals het Triple P- programma te kunnen hanteren.

Het verstrekken van hulp bij gedragsproblemen en opvoedingsondersteuning moet als onderdeel van mentale gezondheidszorg beschouwd worden en binnen een duidelijk kader terugbetaald worden. De deskundigen niet-medici moeten opgenomen worden in dit systeem. De interventies moeten zowel de persoon als zijn omgeving betrekken. Cognitieve en ontwikkelingstherapieën kunnen gebruikt worden. De meeste empirisch gevalideerde programma's bestaan ook uit een training in opvoedingsvaardigheden.

De residentiële behandelingen mogen pas gebruikt worden wanneer alle andere mogelijkheden uitgeput zijn. Hierbij is pleegzorg de beste oplossing. Dit soort van

behandelingen moet multidisciplinaire hulp, een duidelijk kader en voldoende opgeleide hulpverlenende personen omvatten en ze dient regelmatig beoordeeld te worden.

De problematiek van de gedragsstoornissen omvat dus een hele reeks factoren en de te ondernemen acties behoren tot zeer uiteenlopende domeinen. Voor een doeltreffend beleid ter zake is het essentieel dat de overheidsinstanties (volksgezondheid, justitie, onderwijs, enz.) onderling overleg plegen en gaan samenwerken om bij jongeren een harmonische ontwikkeling te bevorderen.

## INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>INLEIDING EN VRAAGSTELLING .....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>DEFINITIES .....</b>	<b>8</b>
2.1	Inleiding .....	8
2.2	Internationale definities.....	9
2.3	Verskil volgens de aanvangsleeftijd van de stoornissen .....	12
2.4	Onderscheid volgens het geslacht .....	12
2.5	Gesocialiseerde en slecht gesocialiseerde types.....	12
2.6	Besluit.....	13
2.7	Referenties .....	14
<b>3.</b>	<b>EEN BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL .....</b>	<b>15</b>
3.1	Inleiding .....	15
3.2	Biologische factoren .....	15
3.2.1	<i>Genetische factoren.....</i>	<i>15</i>
3.2.2	<i>Biofysische omgevingsfactoren .....</i>	<i>16</i>
3.2.3	<i>Van risicofactoren naar disfuncties of afwijkingen .....</i>	<i>17</i>
3.3	Psychologische factoren en ontwikkelingstrajecten.....	21
3.3.1	<i>Psychologische factoren.....</i>	<i>21</i>
3.3.2	<i>Ontwikkelingstrajecten.....</i>	<i>23</i>
3.3.3	<i>Longitudinale studies.....</i>	<i>25</i>
3.3.4	<i>Aanbevelingen voor onderzoek naar het ontstaan en de evolutie van gedragsstoornissen .....</i>	<i>27</i>
3.4	Omgevingsaspecten.....	27
3.4.1	<i>Het gezin.....</i>	<i>27</i>
3.4.2	<i>Economische omgeving.....</i>	<i>32</i>
3.4.3	<i>Sociale en stedelijke omgeving .....</i>	<i>32</i>
3.4.4	<i>Onderwijs.....</i>	<i>36</i>
3.5	Conclusies biopsychosociaal model.....	43
3.6	Referenties .....	44
<b>4.</b>	<b>DIAGNOSTIEK .....</b>	<b>55</b>
4.1	Inleiding .....	55
4.2	Beschrijvende diagnose .....	55
4.2.1	<i>Richtlijnen (goede praktijken) .....</i>	<i>55</i>
4.2.2	<i>Methode.....</i>	<i>55</i>
4.2.3	<i>Beperkingen.....</i>	<i>55</i>
4.3	Evaluatie volgens het biopsychosociale model .....	56
4.3.1	<i>Richtlijnen (goede praktijken) .....</i>	<i>56</i>
4.3.2	<i>Methodologie .....</i>	<i>57</i>
4.3.3	<i>Actuele stand van zaken (diagnostiek in de praktijk).....</i>	<i>57</i>
4.3.4	<i>Aanbevelingen .....</i>	<i>58</i>
4.3.5	<i>Tot besluit .....</i>	<i>60</i>
4.4	Referenties .....	60
<b>5.</b>	<b>GEASSOCIEERDE STOORNISSEN EN COMORBIDITEIT .....</b>	<b>63</b>
5.1	Aandachtsstoornissen met/zonder hyperactiviteit (ADHD) en oppositioneel opstandige gedragsstoornis (OOG).....	63
5.2	Misbruik van tabak, alcohol en andere drugs .....	64
5.3	Stemmings- en angststoornissen .....	65
5.3.1	<i>Stemmingsstoornissen en zelfmoordrisico .....</i>	<i>65</i>

5.3.2	<i>De angststoornissen</i> .....	65
5.4	Sociale en schoolproblemen .....	66
5.4.1	<i>Sociale afwijzing</i> .....	66
5.4.2	<i>Schoolmoeilijkheden</i> .....	66
5.5	Risicogedrag .....	67
5.6	Psychopathie .....	67
5.6.1	<i>Inleiding</i> .....	67
5.6.2	<i>De ontwikkeling tot een psychopathische persoonlijkheidsstoornis</i> .....	69
5.6.3	<i>Vroegtijdige detectie van psychopathische kenmerken</i> .....	70
5.6.4	<i>Behandeling en preventie</i> .....	71
5.6.5	<i>Besluit</i> .....	72
5.7	Referenties .....	72
<b>6.</b>	<b>INTERVENTIES</b> .....	<b>78</b>
6.1	Universele preventie: een kindvriendelijke samenleving voor alle jongeren.....	78
6.1.1	<i>Een maatschappij die de rechten van het kind respecteert</i> .....	78
6.1.2	<i>Leer kinderen samenleven</i> .....	79
6.1.3	<i>Bied jongeren een identiteit</i> .....	79
6.1.4	<i>Investeer in de schoolloopbaan</i> .....	80
6.1.5	<i>Voorzie actieve ondersteuning van alle gezinnen in hun opvoedingswerk</i> .....	80
6.2	Selectieve interventie en profylaxie .....	83
6.3	Psychologische en sociale interventies gericht op de behandeling van gedragsstoornissen in een ambulante context. ....	88
6.3.1	<i>Basisprincipes</i> .....	88
6.3.2	<i>Gezinsbehandelingen</i> .....	89
6.3.3	<i>Interventies gericht op de kinderen</i> .....	93
6.4	Interventies op de scholen.....	93
6.4.1	<i>Spijbelbeleid van het Departement Onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap</i> .....	93
6.4.2	<i>Schoolplicht in de Franstalige Gemeenschap</i> .....	95
6.4.3	<i>Het onderwijs in Brussel</i> .....	97
6.4.4	<i>Interventie op school</i> .....	98
6.5	Interventie in de wijk / Buurtschap .....	99
6.5.1	<i>Prosociale interventie en familiale factoren</i> .....	100
6.5.2	<i>Interventies op straat</i> .....	100
6.6	Behandeling in het kader van een plaatsing in een gespecialiseerde instelling ....	101
6.6.1	<i>Algemene beschouwingen</i> .....	101
6.6.2	<i>De instellingen voor residentiële behandeling van jongeren met gedragsstoornissen</i> .....	104
6.7	Farmacologische interventies .....	111
6.8	Referenties .....	112
<b>7.</b>	<b>HET JURIDISCH KADER</b> .....	<b>116</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b> .....	<b>116</b>
8.1	Preventie .....	116
8.1.1	<i>Universele/Algemene preventie</i> .....	116
8.1.2	<i>Selectieve preventie</i> .....	120
8.2	Psychologische en sociale interventies .....	120
8.2.1	<i>Ambulant</i> .....	120
8.2.2	<i>Residentiële aanpak</i> .....	122
8.3	Transsectorialiteit .....	123
8.4	Onderzoek en beleidsevaluatie .....	123
<b>9.</b>	<b>SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP</b> .....	<b>124</b>

## AFKORTINGEN EN SYMBOLEN

ADHD: *Attention deficit and hyperactivity disorder* (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit)  
AMO: *Actions en Milieu Ouvert*  
CLB: Centrum voor LeerlingenBegeleiding  
CFTMEA: Franse classificatie van de geestesstoornissen bij kind en puber  
DSM-IV-TR: *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* – versie IV – TR  
H2M: *Hard-t(w)o-Manage Children*  
HPA: *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis* (Hypothalamo-hypofysaire-adrenerge as)  
IPPJ : *Institution Publique de Protection de la Jeunesse*  
MTFC: *Multidimensional Treatment Foster Care*  
MPI: Medisch-Pedagogische instelling  
ONE : *Office de la Naissance et de l'Enfance*  
OCMW: Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn  
OOG: Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis  
PATHS: *Promoting Alternative Thinking Strategies*  
PMS : *Psycho-médico-social*  
SRJ : *Service Résidentiel pour Jeunes*

## 1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Elk individu is uniek. Zijn wijze van zijn is een complex samenspel van elementen eigen aan zijn persoonlijkheid, zijn levensgeschiedenis en de context waarin hij op een bepaald moment in zijn leven verkeert. Elk kind als een in essentie sociaal wezen zoekt zijn plaats binnen de sociale netwerken waarin het terecht komt. Idealiter groeit elk kind veilig gehecht, gelukkig en harmonieus op binnen het gezin waarin het geboren wordt en de steeds ruimer wordende context waarvan hij deel gaat uitmaken. Jammer genoeg gebeurt dit opgroeien niet altijd vanzelf. Elementen die eigen zijn aan de jongeren, het gezin of de ruimere context kunnen kortsluitingen veroorzaken en de ontwikkeling van het kind bedreigen. Een dergelijke kortsluiting beïnvloedt op ingrijpende wijze de gevoelens van het kind, de wijze waarop het de wereld beleeft en ervaart, de manier waarop het zich gedraagt en zijn relaties met anderen. Het veranderd gedrag van het kind springt het meest in het oog en men spreekt van een gedragsstoornis. Deze gedragsstoornissen zijn de externe zichtbare tekenen van een veel minder zichtbaar onderliggend psychologisch en sociaal lijden.

Een toenemend aantal ouders wordt geconfronteerd met problemen in de opvoeding van hun kinderen. Vele ouders zijn vragende partij voor advies en hulp bij de opvoeding van hun kinderen en wanneer deze gedragsstoornissen zich voordoen, voelen andere ouders zich zo machteloos dat ze geneigd zijn hun taak als ouders op te geven.

Een maatschappij die zorgzaam omspringt met haar leden kan het zich niet veroorloven het bestaan van deze gedragsstoornissen en het lijden dat aan de basis ervan ligt te negeren. Zij heeft als taak de problemen te voorzien en te onderkennen. Zij moet ernaar streven deze ontwikkelingen te begrijpen en alles in het werk te stellen om ze te voorkomen of om gepaste hulp te bieden.

Onderkenning van de gedragsstoornis vraagt een duidelijke beschrijving van de manifestaties die wijzen op de ontwikkeling van een probleem. Hiervoor maken we in de wetenschappelijke literatuur gebruik van beschrijvende systemen<sup>1</sup> die toelaten verschillende types gedragsstoornissen te onderkennen en de ernst van het probleem/ de problemen in te schatten. Om het beschreven probleem te begrijpen, hebben we kwalitatief goede, wetenschappelijk onderbouwde psychologische en sociale theorieën nodig. Die geven aan welke elementen van het individu, de omgeving en de interactie tussen beide aan de basis liggen van de ontwikkeling van het gedragsprobleem. Dit begrijpen ligt aan de basis van mogelijkheden tot het voorzien en proberen voorkomen van een dergelijke problematische evolutie en aan de ontwikkeling van interventies gericht op het verhelpen ervan.

Op eigen initiatief heeft de afdeling "Geestelijke gezondheid en psychosociale pathologieën" van de Hoge Gezondheidsraad een aantal vragen omtrent de problematiek van gedragsstoornissen bij jongeren behandeld. Hiervoor is ad hoc een werkgroep gevormd waarin deskundigen, zowel vanuit de wetenschap als vanuit het veld van de jeugdzorg, vertegenwoordigd waren (kinder- en jeugdpsychiater, psycholoog, socioloog, ...). De standpunten en de werkwijzen van belangrijke actoren in het domein zoals "Kind & Gezin" en het Kinderrechtencommissariaat werden gehoord. Het verslag is gebaseerd op een overzicht van beschikbare wetenschappelijk literatuur en kritische analyse en discussie van deskundigen.

Het verslag bevat een omschrijving van de gehanteerde concepten en internationale classificaties. Vervolgens wordt ingegaan op de risico- en beschermingsfactoren die een rol

---

<sup>1</sup> In dit rapport zullen we verder gebruik maken van het descriptieve systeem van de DSM-IV. Meer uitleg hierover volgt in punt 2 van hoofdstuk 2.

spelen in de ontwikkeling van gedragsstoornissen. Hier komen zowel factoren van het kind als van de omgeving en de interactie tussen beide aan bod.

De combinatie van gedragsstoornissen met andere problemen, zoals gebruik van alcohol en drugs, stemmingsstoornissen, angst en risicogedrag worden in een volgend hoofdstuk besproken. Ruime aandacht gaat naar de impact van de preciaire sociale situaties van bepaalde groepen jongeren, de invloed van schoolachterstand en de betekenis van maatschappelijke ontwikkelingen zoals straatcultuur en jeugdbendes. Interventies gericht op het voorkomen van de ontwikkeling van gedragsstoornissen en op de aanpak ervan komen hierna aan bod. Deze preventieve en curatieve interventies richten zich in de eerste plaats op de context waarin het kind opgroeit, zoals zijn familie, zijn vrienden, zijn school, zijn wijkleven, zijn omgeving en zijn vrije tijd. Ook interventies gericht op de jongere zelf worden besproken.

Het rapport wordt afgesloten met een reeks aanbevelingen, niet als eindpunt, maar als elementen voor reflectie, die via de federale minister voor Volksgezondheid en Sociale Zaken bevoegd voor de betrokken sectoren aan de verschillende overheidsinstanties verstrekt worden.

Voorafgaande opmerking: diverse professionelen met zeer gevarieerde ervaringen en oriëntaties hebben aan dit rapport meegewerkt. Dit heeft ertoe geleid dat een veelheid aan visies in dit rapport aan bod zijn kunnen komen, wat zeker bijdraagt tot de rijkdom ervan. Dit verklaart echter ook waarom bepaalde onderwerpen meerdere malen aan bod komen en waarom er soms overlappingsen zijn. We hopen dat de lezer dit als positief zal zien in een publicatie die het accent wil leggen op nuances en diverse visies.

## **2. DEFINITIES**

### **2.1 Inleiding**

In dit rapport gebruiken we de term "gedragsstoornis" zoals die wordt gedefinieerd in de beschrijvende classificatie van de DSM-IV. Binnen dit descriptief systeem wordt een hoofdstuk gewijd aan gedragsstoornissen. Een beschrijvende classificatie die op eenduidige concrete manier aangeeft welke manifestaties aanwezig moeten zijn om van een stoornis te spreken, vergemakkelijkt de communicatie over het probleem en vormt de basis voor wetenschappelijk onderzoek.

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan het gebruik van een dergelijk systeem. De beschrijving van een stoornis aan de hand van een aantal observeerbare manifestaties is niet gekoppeld aan een onderliggende theorie die toelaat de ontwikkeling van de stoornis te begrijpen. Het accent leggen op de observeerbare manifestaties kan de aandacht afleiden van de onderliggende processen. Het benadrukken van de criteria die aanwezig moeten zijn, wil men van een bepaalde stoornis kunnen spreken, kan de gedeelde aspecten zodanig op de voorgrond plaatsen dat de unieke persoonlijke belevingswereld van het individu dat de stoornis vertoont, ten onrechte uit het oog wordt verloren. De complexiteit van de persoonlijke situatie van een kind of een jongere kan door de schijnbare eenvoud van de beschrijvende aanpak worden gemaskeerd.

In het rapport gebruiken we de DSM-IV voor de begripsomschrijving om vervolgens dieper in te gaan op de wetenschappelijk onderbouwde psychologische en sociale theorieën omtrent de belangrijke individu- en omgevingsvariabelen die aan de basis liggen van de problematiek.



## 2.2 Internationale definities

Gedragsstoornissen zijn per definitie een sociaal fenomeen, aangezien ze worden gedefinieerd tegen de achtergrond van wat van een individu van een bepaalde leeftijd in een bepaalde maatschappelijk culturele context kan verwacht worden. In de definitie wordt zowel verwezen naar de verwachtingen van de maatschappij aangaande het gedrag van kinderen en jongeren als naar aspecten van het functioneren van het kind of de jongere zelf. Aangezien de mens een sociaal wezen is, bestaat een belangrijk deel van de opvoeding uit socialisatie. Socialisatie houdt in dat het kind gaandeweg de omgangsregels tegenover leeftijdgenoten en volwassenen leert en deze respecteert en dat hij hierbij respect ontwikkelt voor de rechten van anderen. Wanneer het kind, op de leeftijd dat dit ontwikkelingspsychologisch mag verwacht worden, gedrag vertoont dat ingaat tegen deze regels en wanneer hij hierdoor schade berokkent, omschrijven we dit als gedragsstoornis. Het spreekt vanzelf dat de verklaringen voor dit gedrag zeer divers kunnen zijn en dat hierin een veelheid aan factoren een rol speelt. Na de begripsafbakening en omschrijving van het concept gaan we in hoofdstuk 3 in op het biopsychosociaal verklaringsmodel.

In de DSM-IV is een hoofdstuk gewijd aan aandachtsstoornissen en storend gedrag. Dit hoofdstuk beschrijft de manifestaties van aandachtsstoornissen met of zonder hyperactiviteit. Deze stoornissen (ADHD en ODD) die vaak onder- of overschat worden, worden niet in dit rapport behandeld. Vervolgens wordt een onderscheid gemaakt tussen de gedragsstoornis en het oppositioneel opstandig gedrag.

We spreken van een **gedragsstoornis** als de volgende manifestaties aanwezig zijn:

### Tabel 1 : DSM-IV diagnostische criteria voor de gedragsstoornis

A. Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de fundamentele rechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd passende maatschappelijke normen of regels worden overtreden in de afgelopen 12 maanden, zoals blijkt uit de aanwezigheid van drie (of meer) van de volgende criteria en, waarvan ten minste één criterium aanwezig is in de afgelopen zes maanden:

#### *Agressie ten opzichte van mensen en dieren*

1. Pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
2. Geeft vaak de aanzet tot vechtpartijen
3. Heeft een wapen gebruikt dat ernstige lichamelijke schade kan veroorzaken aan anderen (bijvoorbeeld een knuppel, steen, gebroken fles, mes, pistool)
4. Heeft mensen fysiek mishandeld
5. Heeft dieren fysiek mishandeld
6. Heeft in direct contact met het slachtoffer gestolen (bijvoorbeeld overval, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
7. Heeft iemand gedwongen tot seksuele activiteit

#### *Vernietiging van eigendom*

8. Heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
9. Heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)

#### *Onbetrouwbaarheid of diefstal*

10. Heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto
11. Liegt vaak om goederen of gunsten te verkrijgen of om zich aan verplichtingen tegenover anderen te onttrekken (bijvoorbeeld « oplichting »)
12. Heeft zonder direct contact met het slachtoffer waardevolle voorwerpen gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal zonder inbraak, valsheid in geschrifte)

#### *Ernstige schendingen van de regels*

13. Blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, beginnend vóór de leeftijd van 13 jaar
14. Is ten minste tweemaal 's nachts van huis of andere gezinsvervangende woonvorm weggebleven (of eenmaal, maar bleef daarbij gedurende een langere periode weg)
15. Spijbelt vaak van school, beginnend vóór de leeftijd van 13 jaar

B. De verstoring in het gedrag veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, academische of beroepsmatig functioneren.

C. Als het individu 18 jaar of ouder is en er niet voldaan is aan de criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Er wordt een onderscheid gemaakt naargelang van het moment van optreden:

Aanvang in de kinderleeftijd: minstens één criterium is aanwezig vóór de leeftijd van 10 jaar  
Aanvang in de puberteit: afwezigheid van de symptomen vóór de leeftijd van 10 jaar

Er wordt ook een onderscheid gemaakt naargelang van de ernst van de problemen

Mild: weinig of geen problemen bovenop diegene die aanwezig moeten zijn om de diagnose te kunnen stellen, en het gedrag is slechts in geringe mate schadelijk voor anderen

Matig: aantal gedragsproblemen en het effect op anderen ligt tussen "mild" en "ernstig"

Ernstig: veel gedragsproblemen naast diegenen die nodig zijn om de diagnose te kunnen stellen of het gedrag veroorzaakt aanzienlijke schade aan anderen

In de **Fransse classificatie van de geestesstoornissen bij kind en puber (CFTMEA)** tracht men het procesmatige karakter van de stoornis in de definitie te integreren. De in 2002 herziene en gepubliceerde versie maakt bij de gedragsstoornissen een onderscheid tussen pyromanie, kleptomanie, vluchtgedrag, geweld tegen personen, risicogedrag, omzwervingen en andere door bepaalde gedragingen (blijvend en herhaald onaangepast gedrag dat geen neveneffect is van een bewezen psychiatrisch syndroom) gekenmerkte stoornissen.

Men vindt er eveneens een hoofdstuk over gedragsstoornissen die gekoppeld zijn aan de borderlinepersoonlijkheidsstoornissen.

De **Zero to three**- classificatie heeft betrekking op kinderen van 0 tot 3 jaar en heeft als doel het stellen van klinische diagnoses in de eerste kinderjaren te vergemakkelijken. Deze classificatie bevat 5 krachtlijnen:

- Krachtlijn I: primaire diagnose
- Krachtlijn II: classificatie van de relationele stoornis
- Krachtlijn III: medische aandoeningen en ontwikkelingsstoornis
- Krachtlijn IV: psychosociale stressfactoren
- Krachtlijn V: functioneel niveau van de emotionele ontwikkeling

De diagnostische criteria voor de **aandachtstekortstoornis met/zonder hyperactiviteit (ADHD)** zijn de volgende:

#### Tabel 2: DSM-IV diagnostische criteria voor aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit

A. Ofwel (1), ofwel (2):

(1) zes (of meer) van de volgende symptomen van **aandachtstekort** zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

##### *Aandachtstekort*

- (a) slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
- (b) heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
- (c) lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt
- (d) volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk of karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)
- (e) heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
- (f) vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals school- of huiswerk)
- (g) raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)
- (h) wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
- (i) is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden

(2) zes (of meer) van de volgende symptomen van **hyperactiviteit-impulsiviteit** zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

*Hyperactiviteit*

- (a) beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel
- (b) staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
- (c) rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)
- (d) kan moeilijk rustig spelen of zich bezig houden met ontspannende activiteiten
- (e) is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door'
- (f) praat vaak aan een stuk door

*Impulsiviteit*

- (g) gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
- (h) heeft vaak moeite zijn/haar beurt af te wachten
- (i) verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)

B. Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken, waren vóór de leeftijd van zeven jaar aanwezig.

C. Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school [of werk] en thuis).

D. Er moeten duidelijke aanwijzingen zijn van significante beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatige functioneren.

E. De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).

We spreken van **oppositieel opstandig gedrag** als de volgende manifestaties aanwezig zijn:

Tabel 3. DSM-IV diagnostische criteria voor de Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (OOG)

- A. Een patroon van negatief, vijandelijk en uitdagend gedrag gedurende ten minste 6 maanden gedurende dewelke minstens vier (of meer) van de volgende gedragingen voorkomen:
  - 1. is vaak driftig
  - 2. maakt vaak ruzie met volwassenen
  - 3. is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar de vragen of regels van volwassenen
  - 4. ergert vaak met opzet anderen
  - 5. geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
  - 6. is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
  - 7. is vaak boos en haatdragend
  - 8. is vaak afgunstig en wraakzuchtig
- B. De verstoring in het gedrag veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, academische of beroepsmatig functioneren.
- C. De gedragingen komen niet enkel voor in de loop van een psychotische of stemmingsstoornis.
- D. Aan de criteria voor een gedragsstoornis is niet voldaan en, als het individu 18 jaar of ouder is, wordt er niet voldaan aan de criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

## **2.3 Verschil volgens de aanvangsleeftijd van de stoornissen**

In de internationale classificaties is men het erover eens dat het belangrijk is om de vroegtijdige vormen (begin van de kindertijd) te onderscheiden van vormen die later in de ontwikkeling (tijdens de pubertijd) ontstaan. In de DSM-IV-TR wordt er een onderscheid gemaakt tussen de vroegtijdige gedragsstoornissen (die beginnen vóór het kind de leeftijd van 10 jaar bereikt) en de laatijdige gedragsstoornissen (die pas na de leeftijd van 10 jaar optreden).

Wanneer de gedragsstoornis optreedt vóór de leeftijd van 10 jaar is er vaak meer sprake van fysieke agressie en verstoorde relaties met leeftijdsgenoten (INSERM, 2005). Deze vorm komt meer voor bij jongens dan bij meisjes en er is een sterkere samenhang met een aandachtsstoornis met hyperactiviteit. Vroeg optredende gedragsstoornissen zouden ook geassocieerd zijn met een lager IQ, een meer verstoorde familieomgeving en met een groter risico om te evolueren naar een asociale persoonlijkheid. Het risico op voortbestaan van de stoornis en een progressieve evolutie is groter. De mate van fysieke agressie op de leeftijd van 4-5 jaar voorspelt bij een aantal kinderen de mate van agressie in de schoolgaande leeftijd. De agressiviteit en de ermee geassocieerde en gecumuleerde gevolgen kunnen de evolutie van verschillende persoonlijkheidsstoornissen op volwassen leeftijd in de hand werken.

Als de gedragsstoornis een latere start kent, bv. in de puberteit dan zijn er een aantal belangrijke verschillen. De verhouding tussen jongens en meisjes is meer in evenwicht, de manifestaties zijn minder agressief, de relaties met leeftijdsgenoten zijn doorgaans beter en de prognostiek wat betreft het risico op de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen is gunstiger (INSERM, 2005). Problematisch gedrag beperkt zich tot een of twee contexten (ze zorgen bijvoorbeeld voor problemen in openbare plaatsen, maar gedragen zich onberispelijk thuis of op school). Verder komt het gedrag voor op onregelmatige tijdstippen en duurt het slechts bij uitzondering langer dan de puberteit. Sommigen volwassenen met een gedragsstoornis vertonen echter ook verschillende vormen van asociaal gedrag door moeilijkheden ontstaan tijdens de puberteit: moeilijkheden op school leiden tot problemen inzake professionele integratie. De sociale en materiële steun van de familie vermindert, waardoor er een affectief isolement t.o.v. familieleden ontstaat. De jongere zoekt contact met anderen die gelijkaardige moeilijkheden hebben wat hun antisociale cognities en gedrag nog kan versterken (Moffit et al., 2002).

## **2.4 Onderscheid volgens het geslacht**

Gedragsstoornissen komen gemiddeld meer voor bij jongens dan bij meisjes (+/- een twee-op-één-verhouding), hoewel deze laatste er ook vatbaar voor zijn. Momenteel gaat de aandacht uit naar vrouwelijke delinquentie door het verschijnen van bendes. Uit verschillende studies blijkt dat de prognose van de gedragsstoornis bij meisjes dezelfde is ongeacht de beginleeftijd. De belangrijkste symptomen zijn gestoord seksueel gedrag met als uitingsvormen prostitutie, kiezen van antisociale partners en vroegtijdige zwangerschappen. Meisjes vertonen ook eerder manipulatief gedrag. Gedurende de puberteit vertonen meisjes een ander soort agressie dan jongens. De fysieke agressie van de kindertijd wordt in de loop van de puberteit omgevormd tot relationele agressiviteit. Voorbeelden van relationele agressiviteit zijn het verspreiden van valse geruchten of het misbruiken van goedgelovige personen om een derde te schaden. Deze relationele agressiviteit wordt duidelijk minder vermeld dan lichamelijke agressiviteit, aangezien die niet onder de diagnosecriteria van de gedragsstoornis valt (Dumas, 2007; Zoccolillo, 1993).

## **2.5 Gesocialiseerde en slecht gesocialiseerde types**

Gedragsstoornissen kunnen ook ingedeeld worden in functie van de mate van aanpassing aan de heersende gedragsregels van de maatschappij waarin de jongere leeft. Men spreekt dan van gesocialiseerde en slecht gesocialiseerde types.

Bij een gedragsstoornis van het **gesocialiseerde** type wordt het antisociaal gedrag uitsluitend in groep vertoond. Agressiviteit en geweld zijn sporadisch en manifesteren zich over het algemeen maar zolang de pubertijd duurt en er zijn weinig comorbide stoornissen.

Kinderen en jongeren met een gedragsstoornis van het **slecht gesocialiseerde** type vertonen veel vroeger problemen van agressiviteit en geweld. Verder lijden ze vaak aan een of meer geassocieerde psychopathologische stoornissen. Ze handelen hierbij alleen of met enkele gelijkgestemden met wie ze een kortstondige verbintenis aangaan. De moeilijkheden die ze hebben om langdurige vriendschappelijke relaties aan te gaan en te onderhouden bemoeilijken het vormen van een oprechte en wederkerige band met anderen (Broidy et al., 2003).

Een diagnostisch etiket zegt enkel dat een aantal manifestaties van de gedragsstoornis aanwezig zijn. Het patroon kan echter heel verschillend zijn. Zo vertonen niet alle jongeren met gedragsstoornissen ook agressief gedrag. De risicofactoren die het ontwikkelingsverloop zullen beïnvloeden zijn momenteel ook nog onvoldoende gekend. Dat is ten dele te verklaren door het feit dat niet alle criteria even zorgvuldig onderzocht zijn. Manifestaties zoals het vernielen van eigendommen van anderen, stelen, liegen, bedrog en ernstige overtredingen van de regels vormen belangrijke criteria van de gedragsstoornis, maar zij zijn veel minder onderzocht in longitudinale studies dan bijvoorbeeld de fysieke agressie. Het ontwikkelingsverloop van deze uitingen blijft onduidelijk, ook al lijken ze gezamenlijk voor te komen met fysiek geweld en eenzelfde evolutie te kennen. Voor een aantal van deze manifestaties kennen we de risicofactoren onvoldoende (INSERM, 2005).

## 2.6 Besluit

De gedragsstoornis is een klinische entiteit die in de internationale classificaties beschreven wordt. De beschrijving van het probleem is een eerste stap naar verdere studie van de psychologische en sociale factoren van individu en omgeving die een dergelijke ontwikkeling in de hand werken. Naar welk lijden verwijzen de manifestaties? Wat zit er achter die zorgwekkende gedragingen waarmee ouders en medische, sociale, juridische en opvoedkundige professionelen geconfronteerd worden? Om op die vraag te kunnen antwoorden moeten we gebruik maken van verschillende biologische, psychologische en sociale kennisdomeinen.

De criteria die in de classificaties worden gehanteerd, maken een eenvormige beschrijvende classificatie mogelijk. Als men de criteria bekijkt, kan men zich echter wel vragen stellen bij het op gelijke wijze behandelen van de verschillende criteria die toch van zeer uiteenlopende aard en ernst zijn. Is het echt mogelijk om uitingen zoals “'s nachts buiten blijven tegen de wil van de ouders in”, “minstens tweemaal weglopen en de nacht doorbrengen buitenshuis terwijl het kind noch thuis of in een instelling woont” en “vaak spijbelen” dezelfde weging te geven als duidelijk delinquente of criminele activiteiten zoals “een wapen te hebben gebruikt dat een ander ernstige schade kan toebrengen”, “blijk hebben gegeven van wreedheid tegen dieren en mensen”, of “iemand gedwongen hebben tot seksuele handelingen”?

De term “gedragsstoornis” betreft een veelheid aan gedragingen waarvan een deel, met name als ze gezamenlijk voorkomen en gekoppeld zijn aan fysieke agressie, relatief stabiel zijn in de tijd en in een belangrijk deel van de gevallen de voorlopers zijn van diverse vormen van sociaal afwijkend gedrag en / of andere psychische stoornissen op volwassen leeftijd. Tegelijkertijd blijft het onduidelijk wat de limieten van deze uitingen zijn en wat de betekenis van het voorkomen ervan op een bepaalde leeftijd is in de ontwikkeling van latere pathologie.

Aanvullend onderzoek met inbegrip van psychopathologische aspecten is noodzakelijk om vooruitgang te boeken wat betreft de talrijke punten van discussie en controverse die momenteel bestaan.

## 2.7 Referenties

- Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol* 2003; 39(2):222-45.
- Campbell SB, Spieker S, Burchinal M, Poe MD. Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(8):791-800.
- Dodge KA, Coie JD, Lynam D. Aggression and antisocial behavior in youth In: W. Damon W, Lerner RM, Eisenberg N, editors. *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development*. 6th ed. New York 2006. p. 719-88.
- Dumas JE. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 3rd ed. Bruxelles De Boeck 2007. p. 305-75.
- Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durnd B, Garrabé J, et al. Nouvelle version de la classification française ds troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - CFTMEA 2000. *Ann Med Psychol* 2002; 160:242-6.
- Moffit TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. Males on the life-course-persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow up at age 26 years. *Development and Psychopathology* 2002; 14(179-207).
- NCIFF - National Center for Infants Toddlers and Families. *Zero to three - Classification diagnostique de 0 à 3 ans*. Médecine et Hygiène ed. Genève 1994.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. *Classification Internationale des Maladies, CIM 10*. Paris: Masson; 1994.
- Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder In: Quay H, Hogan A, editors. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York: Plenum Publishers; 1999.
- Zoccolillo M. Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology* 1993:65-78.

### 3. EEN BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

#### 3.1 Inleiding

Het wetenschappelijk onderzoek in het domein van de gedragsstoornissen is gericht op het opsporen van alle biologische, psychologische en sociale factoren die een rol spelen in het ontstaan en de ontwikkeling van gedragsstoornissen. Het functioneren van een kind of jongere is het resultaat van een complexe interactie tussen deze elementen. Bovendien evolueert het beeld in de loop van de ontwikkeling van het kind en de jongere.

#### 3.2 Biologische factoren

In het wetenschappelijk onderzoek naar verklaringen voor menselijk gedrag heeft zich over de voorbije tientallen jaren een duidelijke paradigmashift voorgedaan, waarbij men is weggeëvolueerd van zuiver sociale leermodellen naar een meer evenwichtig perspectief, waarbij zowel genetische als omgevingsfactoren belangrijk geacht worden en waar bij de omgevingsfactoren zowel biofysische als socioculturele fenomenen een rol spelen (Baker et al., 2006). Het onderzoek naar gedragsstoornissen vormt hierop geen uitzondering.

Biologische factoren kunnen op verschillende niveaus bestudeerd worden. Er zijn studies die genetische, neuroanatomische, neurofysiologische, hormonale en neuropsychologische variabelen bestuderen die een rol kunnen spelen bij gedragsstoornissen.

##### 3.2.1 Genetische factoren

In gedragsgenetische studies (tweelingonderzoek, adoptieonderzoek) onderzoekt men de invloed van erfelijke versus omgevingsfactoren in de ontwikkeling van een bepaalde stoornis. Door middel van moleculair genetisch onderzoek gaat men vervolgens op zoek naar specifieke genen en genetische mechanismes die de genetische invloed kunnen verklaren.

##### Gedragsgenetische studies

Gedragsgenetische studies hebben duidelijk aangetoond dat erfelijkheid een rol speelt in de etiologie van gedragsstoornissen en aanverwante concepten als agressie, antisociaal gedrag en antisociale persoonlijkheidsstoornis, delinquentie enz. (Baker et al., 2006). Ook individuele kenmerken die geassocieerd worden met gedragsstoornissen, zoals impulsiviteit, sensatiezucht, risicogedrag en *callous-unemotional traits*<sup>2</sup> blijken partieel genetisch bepaald (Baker et al., 2006).

Een meta-analyse van 51 studies van antisociaal gedrag (Rhee & Waldman, 2002) toonde een globale erfelijkheidscoëfficiënt van 40% (31% additief en 9% niet-additief<sup>3</sup>) en een omgevingsbepaaldheid van 60% (18% gedeelde en 42% niet-gedeelde omgeving<sup>4</sup>). Dit betekent dat *grosso modo* 40% van de variatie tussen individu's in het voorkomen van antisociaal gedrag kan toegeschreven worden aan genetische factoren en 60% van die variatie verklaard wordt door verschillen in hun omgeving. 42% van die omgevingsfactoren is

---

<sup>2</sup> *Callous-Unemotional traits* (afgekort CU-kenmerken) is een Angelsaksisch begrip dat vooralsnog geen duidelijke Nederlandse vertaling kent en dat een onderdeel vormt van het begrip psychopathie. Dit laatste begrip omhelst een combinatie van antisociaal gedrag met specifiek affectieve en interpersoonlijke kenmerken die samengevat worden als *callous-unemotional*: onoprechte vriendelijkheid, oppervlakkig affect, egocentriciteit, gebrek aan schuldgevoel en empathie, het buiten zichzelf leggen van schuld, geringe angst en grote stressbestendigheid.

<sup>3</sup> Additieve genetische effecten zijn de resultante van de eenvoudige optelsom van effecten van verschillende genen op verschillende loci, terwijl bij niet-additieve effecten het totale effect van verschillende genen geen eenvoudige optelsom is, maar de resultante van fenomenen als dominantie (interactie van verschillende genvormen op dezelfde locus) en epistasie (interactie van verschillende genen op verschillende loci).

<sup>4</sup> Gedeelde omgevingseffecten zijn diegene die gemeenschappelijk zijn voor alle gezinsleden; niet-gedeelde omgevingseffecten zijn unieke individuele ervaringen.

te zoeken in de context die gedeeld wordt door alle gezinsleden, terwijl 18% te maken heeft met individuele ervaringen. De respectievelijke wegingen variëren uiteraard van studie tot studie (o.a. ook naargelang van de aard van het concept dat gemeten werd, de leeftijd van de onderzoeksgroep en de bron van informatie), maar de globale patronen waren gelijkaardig (Baker et al., 2006). Er blijkt geen verschil gevonden te worden tussen jongens en meisjes. Op kinderleeftijd blijken de gedeelde omgevingseffecten groter (mogelijks omdat ouders dan de voornaamste informatiebron zijn) dan bij oudere onderzoeksgroepen en de genetische factor is het hoogst bij de *life-course-persistent* overtreeders. Antisociaal gedrag is meer genetisch bepaald bij kinderen als het samengaat met CU-kenmerken (Viding et al., 2008). In een studie naar de erfelijke bepaaldheid van "delinquentie" bij kinderen blijken genetische factoren hierin een veel minder grote rol te spelen dat bij regelovertrekend gedrag in het algemeen en in vergelijking met delinquentie bij volwassenen (Baker et al., 2006).

Bovendien wordt ook een groot deel van de comorbiditeit tussen gedragsstoornissen bij kinderen en andere syndromen als ADHD en middelenmisbruik verklaard door overlap in de genetische factoren (Button et al., 2006; Tuvblad et al., 2008)

### Moleculair genetisch onderzoek

Verscheidende genpolymorfismen (variante vormen), die de neurotransmitteractiviteit ter hoogte van de hersenen regelen, werden reeds in verband gebracht met de ontwikkeling van gedragsstoornissen. Zo werden meerdere polymorfismen van serotonine (5-HT) genen geassocieerd met agressief en gewelddadig gedrag, alsook van dopaminegenen en van het gen dat codeert voor monoamine oxidase-A (Baker et al., 2006). In combinatie met de vaststelling dat lage hoeveelheden van serotonine leiden tot impulsiviteit en tot inhibitie van adequaat gedrag en dat dopamineactiviteit omgekeerd gecorreleerd is met agressief gedrag, zijn al deze associaties kandidaat om een partiële vertaling te zijn van de erfelijke bepaaldheid van agressie en gedragsproblemen.

### Gen-omgevingsinteracties

Genetische invloeden zijn gewoonlijk complex en bestaan veelal uit additief en non-additief samenspel van meerdere genen en bovendien uit interacties tussen genen en omgevingsfactoren. Een review van 39 empirische studies illustreert een brede waaier van mogelijke gen-omgevingsinteracties (Raine, 2002). Meestal zal de genetische predispositie voor antisociaal gedrag het grootste risico betekenen in de aanwezigheid van een risicovolle omgeving. Zo tonen adoptiestudies aan dat adoptiekinderen wiens ouders delinquent gedrag vertoonden vooral risico op agressieontwikkeling tonen indien ook het adoptiemilieu inadequaat is. Typisch voor een interactie-effect is dat het risico in de aanwezigheid van beide fenomenen (genetische predispositie en omgevingsfactor) groter is dan de som van de afzonderlijke risico's. Ook werden reeds interactie-effecten aangetoond voor genetische predispositie, gezinsdisfunctioneren en kindermishandeling, maar ook protectieve effecten van het leven in een plattelandsomgeving (Button et al., 2005; Kim-Cohen et al., 2006; Legrand et al., 2008).

**M.a.w. als een bepaald genetisch risico aanwezig is, kan dit beïnvloed worden door specifieke omgevingsfactoren. Die omgevingsfactoren kunnen zowel psychosociaal als biologisch zijn.**

Adoptiestudies tonen bovendien ook een associatie tussen antisociaal gedrag bij de biologische ouders en een negatieve opvoedingsstijl bij de adoptieouders (Ge et al., 1996), wat een rechtstreeks bewijs is voor het bestaan van evocatieve gen-omgevingscorrelaties (i.e. de genetisch bepaalde agressie bij het kind lokt aversieve reacties uit bij de opvoeders).

### **3.2.2 Biofysische omgevingsfactoren**



Complicaties bij de geboorte vormen een typevoorbeeld van een biofysische risicofactor voor de ontwikkeling van geweldplegingen in de adolescentie. Meestal is er sprake van een interactie (i.e. meer dan een eenvoudig additief effect) van deze factor met psychosociale risicofactoren (bv. ernstige gezinsproblemen of maternele verwerping) (Raine, 2005). Gelijkaardige interactie-effecten werden aangetoond voor roken tijdens de zwangerschap en éénouderschap, tienerzwangerschap en ongewenste zwangerschap (Raine, 2002). Ook ondervoeding tijdens de zwangerschap is een gekende risicofactor. Kinderen die geboren worden met mineure fysieke afwijkingen vertonen eveneens een verhoogd risico op delinquent gedrag, vooral wanneer ze opgroeien in een onstabiele of negativistische gezinssituatie.

### **3.2.3 Van risicofactoren naar disfuncties of afwijkingen**

In het biopsychosociaal model worden niet enkel de etiologische of risicofactoren en hun interacties in kaart gebracht, maar wordt ook gezocht naar de biologische mechanismen die een rol spelen in het tot stand komen van de gedragsproblemen. Welke systemen of functies zijn verstoord als oorzaak (of gevolg) van de gedragsstoornis? De verstoring van deze biosystemen kan op haar beurt teruggevoerd worden naar de hoger genoemde genetische of biofysische risicofactoren, maar evenzeer naar psychosociale oorzaken. Bepaalde parameters kunnen dus ofwel anatomisch (qua ontwikkeling, vorm, kwantiteit) of in hun functioneren “anders” zijn. Volgende biologische parameters werden in onderzoek geassocieerd met gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren:

#### Structurele deficieten

Een recente studie toont aan dat kinderen met gedragsstoornissen, net als volwassenen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, **frontolimbische neurostructurele**<sup>5</sup> afwijkingen vertonen (Vloet et al., 2008; Raine et al., 2000). Ook andere hersenregio's worden verder onderzocht. Voorlopig is het structureel onderzoek echter beperkt en is het niet duidelijk of de resultaten specifiek zijn voor kinderen met gedragsstoornissen, omdat de meesten ook ADHD vertonen.

#### Functionele parameters

Functionele afwijkingen illustreren “anders” verlopende fysiologische processen bij kinderen met gedragsstoornissen. Ze wekken intuïtief het vermoeden van een onderliggende biologische oorzaak, maar kunnen eventueel ook het “gevolg” zijn van een chronisch of acuut verkeerd gebruik van een functie op basis van psychosociale risicofactoren. In die zin vertegenwoordigen zij duidelijk biologische “markers” van de gedragsstoornis, maar niet noodzakelijk een biologische oorzaak. Echter, opmerkelijk is dat de associatie van fysiologische factoren met antisociaal gedrag juist groter is in die subgroepen die minder psychosociale risico's vertonen.

#### Functionele beeldvorming van de hersenen

Ook functionele beeldvorming blijft voorlopig beperkt tot slechts enkele studies bij kinderen en adolescenten, waarvan de resultaten niet altijd consistent zijn. Deze tonen onderactivatie van de frontale hersendelen en een verminderde of toegenomen respons van de “emotionele” hersendelen: de amygdala (Vloet et al., 2008).

---

<sup>5</sup> De frontale hersenkwab staat o.a. in voor de sturingsfuncties (executieve functies) en dus ook voor inhibitie van impulsief gedrag, voor anticipatie van beloning en straf en voor sociale cognitie in het algemeen. De frontolimbische verbindingen zijn van belang voor affectregulatie. Het limbisch systeem (amygdala en hippocampus) is cruciaal voor de verwerking van emotionele informatie en conditionering van angst.

### Neurotransmitterafwijkingen

Woede-uitbarstingen kunnen worden gepotentieerd door activatie van de 5-HT<sub>2</sub>-receptoren en kunnen worden geïnhibeerd door activatie van de 5-HT<sub>1</sub>-receptoren (Siegel et al., 2007). Vooral serotonine wordt dus aangewend in de behandeling, maar ook dopaminerge en GABA-erge medicatie. Afwijkingen in serotonine werden geassocieerd met allerlei vormen van risicogedrag, waaronder antisociaal gedrag (Moore et al., 2002). Dopamine-activiteit lijkt eerder omgekeerd gecorreleerd met agressief gedrag (Baker et al., 2006).

### Neuropsychologische functieafwijkingen

Gedragsstoornissen worden gevormd door kenmerken van verminderde doelgerichtheid van gedrag, verminderde energie en initiatief, soms desintegratie van complex gedrag in elementaire gedragsvormen, verminderd vermogen tot reflectie op eigen gedrag en het optreden van perseveraties (stereotiepe gedachten en/of handelingen) (Pennington, 2002; Rutter, 1982). Vaak gaan deze samen met aandachtsstoornissen (met name falende verdeelde aandacht en verhoogde interferentiegevoeligheid), ongeordende gedragsvormen en verhoogde impulsiviteit, soms nog begeleid door motorische onrust/hyperactiviteit, slaapstoornissen, emotionele labiliteit, specifieke functiestoornissen (bv. geheugenstoornissen) en leerstoornissen (Swanson et al., 2000). Ook voorkomend zijn plotse affectieve uitbarstingen of acute stemmingsstoornissen (bv. plots optredende paniekaanvallen met autonome-vegetatieve reacties zonder duidelijke situationele aanleiding) (Ansink & Aldenkamp, 1993; Fletcher & Taylor, 1984; Rapin, 1982; Rutter, 1982). Diagnostiek op dit niveau is vooral moeilijk omdat sommige stoornissen, zoals affectieve reacties of de stemmingsveranderingen, moeilijk geïsoleerd kunnen worden van bijkomende persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek vergt, naast testdiagnostisch onderzoek, vaak ook langdurige en systematische observatie, bij voorkeur met videomonitoring, om achteraf het gedrag te kunnen analyseren onafhankelijk van de initiële reacties op het gedrag. Vervolgens dient men zich te richten op eventuele covariërende sociale factoren en in het bijzonder op de persoonlijkheid die de expressie van de stoornis niet alleen aanzienlijk kan beïnvloeden, maar ook een organische etiologie kan overdekken, zoals uitval in de reeds eerder vermelde frontolimbische structuren (Vloet et al., 2008; Raine et al., 2000) en fronto-striatale systemen (Miller & Cummings, 2007). Hierbij richt men zich tot de analyse van de mate waarin de gedrags- en stemmingsstoornissen omgevingsonafhankelijk optreden en waarbij men op zoek gaat naar een specifiek cognitief fenotype.

In het begrijpen van deze gedragsmanifestaties is het belangrijk om verschillende componenten in de gedragscontrolesystemen te onderscheiden (Demeter et al., 2008). We onderscheiden de executieve cognitieve functies, de gedragsemotionele zelfregulatiefuncties, motivatieregulatie, en metacognitieve processen.

- **De executieve cognitieve functies** (laterale prefrontale cortex) zijn betrokken in het controleren en sturen (zoals plannen, managen, flexibel kunnen veranderen, inhiberen) van meerdere automatische functies (Stuss, 2007). Hiervoor wordt veelal gebruik gemaakt van de *Wisconsin Card Sorting Test* (Stuss et al., 2000), *Trail Making Test Part B* (Stuss et al., 2001) en Verbale Woordvloetheids- of *Verbal Fluency*-taken (Stuss et al., 1998; Troyer et al., 1998). Aangezien executieve processen ook een aandeel hebben in het encoderen en oproepen van informatie uit het geheugen, gebruikt men ook vaak Verbale Geheugentesten bestaande uit de reproductie van woordlijsten en taken die beroep doen op het werkgeheugen (het tijdelijk bijhouden van informatie in een bufferruimte ter mentale manipulatie) (Baddeley, 1986). Op vlak van de aandachtsfuncties gebruikt men als executieve maat veelal volgehouden aandachtstaken (*Continuous Performance Tasks*), interferentietaken (Stroop Kleur-Woord Interferentie) en diverse reactietijdparadigma's (Stuss, 2007). In tegenstelling tot deze "laboratorium" pen-en-

papiertaken worden executieve functies het best gemeten in meer gecontroleerde dagdagelijkse functionele situaties (*naturalistic tasks*). De *Multi-Level Action Test* (MLAT) vormt hiertoe een goed initiatief (Schwartz et al., 1998).

- **De gedragsemotionele zelfregulatieve functies** (ventrale prefrontale cortex) zijn betrokken in de emotionele verwerking van informatie uit de omgeving met inbegrip van stimulusbeloningsassociaties. Zelfregulatief gedrag is een vaardigheid die de executieve functies overstijgt en toelaat om de meest adaptieve gedragsresponsen in een gegeven situatie te bepalen.
- **Motivationale regulatieve functies** (mediale prefrontale cortex) hebben een belangrijk aandeel in het bepalen van de motivatie, energie en *drive* van ons gedrag. Stoornissen hierin leiden tot apathisch en ongeïnteresseerd, initiatiefloos gedrag. Diagnostiek van de gedragsemotionele en motivationale zelfregulatieve functies vergt, in tegenstelling tot testdiagnostisch onderzoek, vaak langdurige en systematische observatie, het liefst met videomonitoring, om achteraf het gedrag te kunnen analyseren.
- **De metacognitieve processen** zorgen voor de allerhoogste integratie van informatie waardoor ze een belangrijk aandeel hebben in het tot stand brengen van zelfbewustzijn, sociale cognitie en persoonlijkheid.

Neuropsychologisch onderzoek bij kinderen en jongeren met gedragsstoornissen heeft zich tot nu toe voornamelijk gericht op de executieve stoornissen van cognitieve taken die een mate van vigilantie en volgehouden aandacht, gecontroleerde zoekprocessen, en motorische en cognitieve inhibitie vragen (Aouizerate et al., 2004). Ook stelt men problemen vast op vlak van het werkgeheugen, woordvloeiendheid en taalfunctioneren wat kan leiden tot minder goede schoolprestaties (Spreeen et al., 1995). Deze beperkingen hebben gevolgen voor het gedragsfunctioneren en blijken zowel uit cognitieve fouten als cognitieve tekorten. Zo is aangetoond dat bijvoorbeeld agressieve kinderen minder informatie gebruiken uit hun omgeving om hun gedrag te mediëren. Bovendien letten agressieve kinderen meer op agressieve signalen in hun omgeving dan niet-agressieve. Ook zien ze sneller vijandige bedoelingen in het gedrag van anderen en herinneren zij zich meer agressieve signalen. Agressieve kinderen onderschatten ook hun eigen agressie en hun bijdrage aan een conflict. Bij het oplossen van moeilijke (provocerende) situaties komen ze veel minder gemakkelijk met niet-agressieve oplossingen. Ze hebben de neiging om in de meeste situaties te kiezen voor snelle en actiegerichte oplossingen (Prins, 1997). Algemeen kan men stellen dat de groep van kinderen en jongeren met gedragsstoornissen zich onderscheidt van andere psychopathologiegroepen. Er is dus m.a.w. een zekere sensitiviteit van de neuropsychologische testen, hoewel het profiel van afwijkingen duidelijk nog geen specifiek (dus lage specificiteit) profiel kan aantonen waarbij gedragsstoornissen zich differentiaaldiagnostisch onderscheiden van andere psychopathologiegroepen (Geurts et al., 2005; Kalff et al., 2002; Oosterlaan et al., 2005; Sergeant et al., 2002).

De redenen voor deze beperkte specificiteit van een neuropsychologisch of gedragsneurologisch profiel kunnen van zowel inhoudelijke als methodologische aard zijn. Executieve functiestoornissen resulteren veelal in een toegenomen intrasubjectvariabiliteit op niveau van de prestaties (Stuss et al., 1989; Stuss et al., 1994). In die zin is één meting op één gegeven tijdstip geen betrouwbare maat om executieve stoornissen te meten. Verder moeten ze het best gemeten worden in gecontroleerde, meer dagdagelijkse, functionele situaties (*naturalistic tasks*) en niet via "laboratorium" pen-en-papiertaken (Stuss, 2007). De meest gebruikte neuropsychologische metingen in het neuropsychologisch onderzoek bij kinderen en jongeren met gedragsstoornissen zijn veelal metingen van de executieve stoornissen bij cognitieve taken zoals aandachtfuncties, executieve functies, werkgeheugen en geheugen (Oliver et al., 2000). Deze functies zijn allen sensitief voor verschillende vormen van hersen- en zelfs voor psychosociaal dysfunctioneren, waardoor de specificiteit van deze klinische metingen op zich beperkt is (Pennington, 2002; Stuss et al., 2001). De gedragsemotionele motivationale zelfregulatieve functies en meta- en sociaal-cognitieve

processen daarentegen worden veelal zelden of nog niet betrokken in het neuropsychologisch onderzoek. Op methodologisch vlak zien we dat veel studies er niet in slagen om belangrijke variabelen te controleren zoals het vergelijken van klinisch homogene groepen, leeftijd, geslacht, intellectueel functioneren in vergelijking met de chronologische en mentale leeftijd, comorbiditeit met andere stoornissen (Swanson et al., 2000), waardoor er vaak inconsistenties optreden in de onderzoeksbevindingen (Pennington, 2002). In de klinische praktijk zien we vaak interpretatieproblemen. Uitingen zoals "gebruik een neuropsychologische test" of "patiënt valt buiten deze neuropsychologische testen dus heeft hij of zij een neuropsychologische stoornis" komen frequent voor in de psychodiagnostische praktijk. Veelal wordt dan over het hoofd gezien dat het beschouwen van een reeks uitvallen op een aantal metingen (observaties, vragenlijsten, gedragstaken en cognitieve tests) als zijnde "neuropsychologische uitvallen" al een interpretatie is en dus reeds het resultaat is van een onderzoek waarbij is aangetoond dat de impact van andere (o.a. psychosociale) condities minder verklarend is dan de organische condities (Lafosse, 2008). Verder onderzoek naar de relaties tussen gedragsstoornissen en specifieke cerebrale gedragscontrolesystemen is bijgevolg dringend nodig om een beter inzicht te krijgen in de onderliggende neuropsychologische verklaringskaders die aan de grondslag liggen van gedragsstoornissen.

### Trager hartritme

De meest consistente biologische bevinding bij kinderen en adolescenten met antisociaal gedrag is een lage hartslag bij rust (Ortiz & Raine, 2004; Raine, 2002). Allerlei potentiële modererende factoren als verklaring hiervoor werden uitgesloten en de relatie blijkt erg specifiek. Laag hartritme is erfelijk bepaald en kan dus één van de genetische mechanismen zijn in de transgenerationale overdracht van antisociaal gedrag. Dit vertraagd hartritme kan een gevolg zijn van een verminderde tonus van het autonoom zenuwstelsel (die op zijn beurt het gevolg kan zijn van een verminderde noradrenerge hersenfunctie). Het feit dat het hartritme laag blijft, zou kunnen leiden tot een verminderd angstgevoel in stresssituaties en een relatieve ongevoeligheid voor negatieve consequenties van gedrag. Volgens deze hypothese hebben kinderen ten gevolge van hun lage hartritme minder schrik om "uitdagingen" aan te gaan en zijn ze minder bang voor de eventuele consequenties van hun gedrag (*fearlessness* theorie).

Een tweede hypothese vertrekt van de veronderstelling dat dit lage hartritme een onaangename fysiologische status vertegenwoordigt, die ertoe leidt dat het individu op zoek gaat naar uitdagingen (*stimulation seeking theorie*). Een laag hartritme karakteriseert vooral die subgroep van kinderen en jongeren bij wie de criminaliteit persisteert tot op volwassen leeftijd (*life-course-persistent*). Vooral in combinatie met psychosociale risicofactoren (ouder-kind relatieproblemen, tienerzwangerschap, lage socio-economische status, verlies of scheiding van een ouder op kinderleeftijd) is het risico groter op gewelddadige overtredingen op volwassen leeftijd. Ook andere maten voor autonoom zenuwstelsel activiteit werden ondermaats bevonden bij gedragsgestoorde kinderen, maar niet altijd even consistent.

### Stressreactiesysteem

Naast een verminderde tonus van het autonoom zenuwstelsel wordt ook een verminderde stressreactiviteit (hypothalamo-hypofysaire-adrenerge as - HPA) gevonden bij kinderen met gedragsstoornissen. Zo produceren ze minder stresshormoon (cortisol) bij stress (Popma et al., 2006; Snoek et al., 2004). Een laag basaal cortisolgehalte is weliswaar ook gerelateerd aan de ernst van gedragsstoornissen, maar het is vooral de verlaagde productie van cortisol bij stress, die bv. een verminderd effect van een psychotherapeutische behandeling voorspelt (Van de Wiel et al., 2004). Ook de snelle stressrespons in de vorm van vrijzetting van adrenaline blijkt verlaagd bij adolescenten met gedragsproblemen (McBurnett et al., 2005).

## Testosteron

Bij volwassenen wordt een associatie gevonden tussen hogere testosterongehaltes en agressie, doch bij kinderen lijkt deze relatie afwezig of zelfs omgekeerd. Mogelijks is dit omwille van de opstapeling van faalervaringen van kinderen met gedragsstoornissen, waarvan geweten is dat die het testosterongehalte verminderen.

## Combinaties van risicofactoren

Een veelheid aan combinaties van biosociale risicofactoren werd inmiddels onderzocht en allerlei multiplicatieve effecten werden aangetoond.

## Mogelijke storende factoren in het onderzoek

Voor de aanwezigheid van ADHD bij een grote groep van kinderen met gedragsstoornissen kan voor vertekening zorgen in de besproken onderzoeken. Sommige van de beschreven associaties zijn ook kenmerkend voor kinderen met ADHD en in heel wat studies werd deze comorbide factor niet gecontroleerd. De afwijkingen in de HPA-as (gl) activiteiten bleken wel degelijk onafhankelijk van een associatie met ADHD.

## Implicaties

Biologische parameters hebben een zekere predicatieve waarde om de ernst en persistentie van gedragsstoornissen te voorspellen. Meerdere potentiële neurofysiologische systemen kunnen deze erfelijkheid representeren. Biologische parameters spelen tevens een modererende rol bij het effect van de behandeling. Daarnaast kunnen ze een rechtstreeks aangrijpingspunt vormen voor behandeling. Onderzoek naar oorzaken van antisociaal gedrag moet in elk geval rekening houden met biologische, psychosociale risicofactoren en de vele interacties tussen beide. En met betrekking tot de juridische implicaties van de gedeeltelijke biologische ondergrond voor gedragsstoornissen, dient gezegd dat een verklaring voor iemands gedrag (ook al zou die zuiver biologisch zijn) de verantwoordelijkheid ervoor niet wegneemt.

## **3.3 Psychologische factoren en ontwikkelingstrajecten**

### **3.3.1 Psychologische factoren**

Biologisch-genetische en biologisch verworven factoren liggen, in interactie met variabelen van de gezins-, school-, sociale en maatschappelijke omgeving, aan de basis van de ontwikkeling van een persoon. Genetische factoren bepalen het temperament van een individu, met name het psychofysiologisch *arousal* niveau, de mate van gedragsinhibitie en de gedragsactivatie. Dit kan bepaalde trekken van zijn persoonlijkheid beïnvloeden, zoals de mate van emotionaliteit, extraversie, activiteit, openheid voor ervaringen en doorzettingsvermogen.

Naast de biologisch-genetische aspecten wordt het kind vóór de geboorte ook blootgesteld aan omstandigheden die zijn psychofysiologisch functioneren kunnen beïnvloeden. Ondervoeding, blootstelling aan toxische stoffen en het activiteitsniveau van de moeder beïnvloeden het ritme van de lichaamsprocessen van de baby en zijn psychofysiologisch functioneren. De omgevingsomstandigheden waaraan het kind op zeer jonge leeftijd blootgesteld wordt, kunnen ook het zich ontwikkelende zenuwstelsel beïnvloeden.

Dit alles speelt al een rol op het moment dat de belangrijkste interpersoonlijke relatie met een ouderfiguur moet opgebouwd worden. Reeds vóór de geboorte zet een proces van wederzijdse hechting tussen de baby en de ouderfiguur zich in gang. De complementariteit

van de aangeboren behoefte van de baby om nabijheid en behoeftebevrediging te zoeken en van de ouderlijke volwassene, meestal de moeder, om te zorgen, ligt aan de basis van een samenspel tussen beiden. De zorgende persoon erkent de behoeften van de baby en tracht hierop zo goed mogelijk in te spelen. De baby ervaart behoeftebevrediging en een eerste vorm van contingentie of samenvallen van interne en externe fenomenen. Een gevoel van controle en veiligheid installeert zich. De vroege hechtingsrelatie, die in ideale omstandigheden een veilige hechting is, vormt een model voor de manier waarop men later met anderen omgaat.

Biologisch-genetische en biologisch-verworven factoren oefenen via hun effect op neuro-anatomische structuren en diverse neuro- en psychofysiologische processen een belangrijke invloed uit op het psychologisch functioneren van het kind. Als het gaat om een kind dat in zijn ontwikkeling problemen ondervindt of stoornissen in het gedrag vertoont, zijn er verschillende van deze psychologische processen waarin het kind anders functioneert dan leeftijdsgenoten zonder deze stoornis.

Zo kunnen kinderen in belangrijke mate van elkaar verschillen wat betreft hun capaciteit om emoties te reguleren en frustraties te verdragen. Kinderen met een gedragsstoornis hebben het hier doorgaans moeilijker mee. Ook zijn ze vaak sterker ingesteld op het verwerven van onmiddellijke positieve bekrachtiging of belonende ervaringen.

Op sociaal-cognitief vlak is er in geval van een gedragsstoornis vaak sprake van een neiging tot het interpreteren van het gedrag van anderen als negatief en provocerend, met een negatieve reactie en een grotere kans op agressief gedrag als gevolg. Kinderen met deze stoornis zien sociale situaties sneller als conflictueus en zijn minder in staat verschillende interpretaties aan een sociale situatie te geven. Ze zien sneller een probleem en beschikken over minder diverse manieren om het probleem op te lossen.

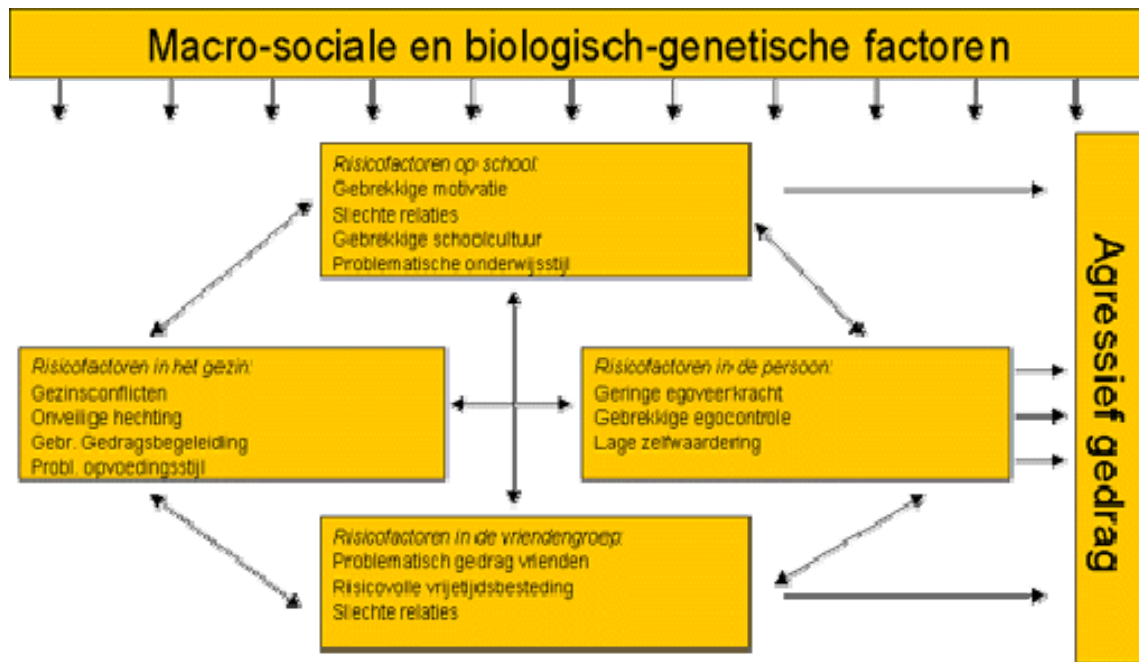
Kinderen verschillen van elkaar wat betreft hun capaciteit tot het zich vormen van een visie over de psychologische binnenwereld van anderen. Deze *theory of mind* die ook gekoppeld is aan de capaciteit tot het begrijpen van en rekening houden met de gevoelens, wensen en gedachten van anderen, is ook verwant met de capaciteit tot inleving en empathie. Een aantal kinderen met een gedragsstoornis geeft blijk van minder empathie.

Op basis van zijn ervaringen vormt een kind zich een beeld van zichzelf. Positieve ervaringen in een veilig gehechte relatie maken een positief en realistisch zelfbeeld en de opbouw van een stabiele identiteit binnen de sociale context waarschijnlijker.

Al deze belangrijke psychologische processen worden van vóór de geboorte beïnvloed door omgevingsvariabelen die verbonden zijn aan de figuur van de ouder, aan de andere gezinsleden, de ruimere familie waarin het gezin leeft, de buurt, de maatschappij.

Deze omgevingsvariabelen op diverse niveaus interageren met de biologische en psychologische processen en kunnen zowel een evenwichtige lichamelijke, psychologische en sociale ontwikkeling bevorderen als problemen in de hand werken. Gedragsstoornissen kunnen dan ook het resultaat zijn van diverse factoren van individuele en sociale aard, en bij elk kind is een individuele analyse nodig om gepast te kunnen helpen.

Schema 1 : Sociaal-ecologisch model van agressie (Scholte, 1991)



### 3.3.2 *Ontwikkelingstrajecten*

Een werkbare definitie van een stoornis en kennis van de ontwikkeling ervan zijn noodzakelijk om beschermende en risicofactoren op te sporen. Een aantal studies onderzochten het ontwikkelingstraject van de gedragsstoornis. Het merendeel van deze studies naar de ontwikkelingstrajecten van gedragsstoornissen bij jongeren gebeurden rond geëxternaliseerde gedragsstoornissen gekenmerkt door manifestaties van agitatie, agressiviteit, impulsiviteit, ongehoorzaamheid, opstandigheid en provocerend gedrag (Bongers et al., 2004; Kingston & Prior, 1995; Owens & Shaw, 2003; Shaw et al., 2005). Deze studies hebben tot meerdere belangrijke conclusies geleid:

1. De geëxternaliseerde gedragingen veranderen in frequentie en expressie door de tijd heen. Daarom is het nodig om het gedrag van kinderen in de loop van hun ontwikkeling te bestuderen.
2. De gedragsstoornis en de geëxternaliseerde symptomen die ermee geassocieerd zijn, moeten bestudeerd worden vanuit een longitudinaal perspectief. Dit maakt het mogelijk om na te gaan of het vroegtijdig optredend gedrag (al dan niet) blijft en om potentiële risico- en beschermingsfactoren op lange termijn te identificeren.
3. **De geëxternaliseerde gedragingen nemen gemiddeld van 2 tot 6, van 6 tot 10 en van 10 tot 18 jaar gradueel af.**
4. Het geëxternaliseerde gedrag bij kinderen op de kleuterschool is sterk predictief voor probleemgedrag één of twee jaar later, maar is maar gematigd en zelfs zwak predictief voor probleemgedrag over langere tijdsperioden. Dat de voorspellingen op lange termijn op basis van vroegtijdig gedrag maar gedeeltelijk geldig zijn, kan ook te wijten zijn aan de moeilijkheid van het definiëren van "normaal gedrag" bij kleuters. Wat is immers een normale agitatiegraad bij het jonge kind? Wat is een aanvaardbare frequentie voor agressief gedrag? Die definitie van "normaal gedrag" is vaak sterk verankerd in de culturele en individuele waarden (in het bijzonder die van de evaluator zelf en dat ongeacht of het om een ouder of beroepsbeoefenaar gaat) en in de historische context.

5. Wat de frequentie betreft, zou volgens de verschillende longitudinale studies **de helft van de kinderen met geëxternaliseerde gedragsstoornissen in de periode van de kleuterschool ook gedragsstoornissen op schoolgaande leeftijd blijven vertonen terwijl dit zich bij de andere helft normaliseert.** De manifestaties van gedragsstoornissen en van de aandachtsstoornis met hyperactiviteit verminderen gemiddeld bij deze kinderen naarmate ze groter worden. In beide gevallen behoudt een groep kinderen een hoog niveau van gedragsmoeilijkheden dat overeenstemt met 6,7% in het geval van gedragsstoornissen en met 20% in het geval van aandachtsstoornissen met hyperactiviteit (Shaw et al., 2005).
6. Een andere belangrijke conclusie van dit type onderzoek is dat de **meer ongunstige evolutie van sommige kinderen (ongeveer 50%) niet noodzakelijkerwijs in de richting ging van antisociaal of delinquent gedrag in de puberteit en op volwassen leeftijd.** Een aantal kinderen vertoont geen gedragsproblemen, maar wel meer leerproblemen op school, een laag zelfrespect of depressieve symptomen.

Onder de genoemde geëxternaliseerde stoornissen is de fysieke agressiviteit waarschijnlijk het gedrag dat het meest bestudeerd werd aangezien het betrekkelijk gemakkelijk geobserveerd kan worden. Dit is minder het geval voor bijvoorbeeld agressiviteit van het relationele type. Op basis van ontwikkelingscurves uit verschillende studies blijkt dat fysieke agressiviteit een frequent voorkomend en betrekkelijk normaal gedrag vormt bij kinderen tot ongeveer 4 jaar. Net zoals voor het geheel van de geëxternaliseerde stoornissen vermindert de frequentie van agressieve handelingen gradueel tot op volwassen leeftijd. Door middel van opvoeding gericht op socialisatie leren de kinderen geleidelijk aan meer sociaal aangepast gedrag te vertonen in diverse situaties. Sommige studies vermelden een stijging van de frequentie van agressieve handelingen op het ogenblik van de puberteit, maar dit neemt na het bereiken van de leeftijd van 15 jaar gemiddeld opnieuw af (Tremblay et al., 2005).

De ontwikkelingscurves worden opgemaakt op basis van representatieve steekproeven. Ze geven een gemiddeld verloop weer. Deze tendensen geven niet noodzakelijk de ontwikkeling weer van specifieke subgroepen van kinderen met een bijzonder of atypisch ontwikkelingstraject. Zo hebben Kingston en Prior (1995) aangetoond dat **kinderen in vier groepen opgesplitst kunnen worden: een groep met een in de tijd blijvende agressiviteit, een groep waar de agressiviteit van voorbijgaande aard is en waarvan de frequentie afneemt met de tijd, een groep waar de agressiviteit later optreedt (na de leeftijd van 5 jaar) en een groep die geen agressiviteit vertoont. Onder die groepen kon enkel de in de tijd stabiele agressiviteit voorspeld en verklaard worden met de in de studie ingevoerde familievariabelen.** Die resultaten sluiten eveneens aan bij die van Shaw et al. (2005): wanneer de gedragsstoornissen chronisch werden, kon de invloed van risicofactoren bij het kind en zijn familieomgeving aangetoond worden.

Wanneer jongeren met gedragsstoornissen volwassen worden en het probleem aanwezig blijft, dan lopen ze een verhoogd risico op aanpassingsproblemen in hun intieme, sociale of professionele relaties (Zocodillo et al., 1992). Mannen hebben een toegenomen risico om vóór hun 30ste jaar te overlijden (Kratzer & Hodgins, 1997), terwijl vrouwen een groter risico lopen op familiale en professionele moeilijkheden en lichamelijke of geestelijke gezondheidstoornissen (Pajer et al., 2006). Deze aanpassingsmoeilijkheden op volwassen leeftijd beïnvloeden hun eigen gezinsleven en bestendigen het antisociale gedrag van generatie op generatie (Clément & Bouchard, 2003 ; Farrington et al., 1998 ; Huesmann et al., 1984; Smith & Farrington, 2004). **Toch kunnen sommige volwassenen met een verhoogd risico een optimistischer traject doorlopen, met name als ze familiale en sociale steun krijgen voor aangepast gedrag en als ze erin slagen een stabiele job te vinden en te houden** (Pajer et al., 2006).



In deze longitudinale studies naar ontwikkelingstrajecten worden ook de factoren bestudeerd die deze trajecten beïnvloeden. Alle auteurs zijn het erover eens dat in het optreden en het blijven bestaan van geëxternaliseerde stoornissen altijd meerdere factoren een rol spelen. Die factoren zijn het resultaat van subtiele interacties tussen de eigenschappen van het kind zelf (cognitie, temperament, taalgebruik, enz.) en die van de omgeving waarin het zich ontwikkelt (opvoedingspraktijken van de ouders, broeder- en zusterschap, geestelijke gezondheid van de ouders, sociaal-economische en sociaal-culturele context enz.) (zie bijvoorbeeld Smeekens et al., 2007). Interacties tussen deze diverse factoren en cumulatieve effecten ervan spelen een rol in de verklaring van het ontstaan en het voortbestaan van gedragsstoornissen (Rubin et al., 2003). De voorspellende waarde van een factor kan versterkt of afgezwakt worden door de aanwezigheid van een of meerdere factoren (Muris & Ollendick, 2005; Smeekens et al., 2007). Zo kunnen kinderen met een belangrijke aanleg voor onaangepast gedrag, antisociaal gedrag gaan vertonen in een familiale omgeving die die aanleg versterkt. Omgekeerd kunnen diezelfde kinderen van de beschermende rol van de omgeving genieten met een betere socialisering als resultaat. Die interactieve en longitudinale fenomenen werden onlangs met de naam “**ontwikkelingscascaden**” beschreven (Masten et al., 2005). Hiermee bedoelt men **dat variabelen in een ontwikkelingsdomein later invloed kunnen uitoefenen op een ander ontwikkelingsgebied**. Masten heeft dergelijke cascaden aangetoond waarbij geëxternaliseerde stoornissen en schoolprestaties met elkaar worden verbonden (Masten et al., 2005). In het kader van het onderzoeksprogramma **H2M (Hard-t(w)o-Manage Children** - cfr. infra) in de Franstalige Gemeenschap van België werden dergelijke ontwikkelingscascaden bij kinderen van 3 tot 7 jaar aangetoond (Roskam et al., in press). Kinderen tussen 3 tot 5 jaar die qua persoonlijkheid en cognitieve functies een hoger risico op gedragsstoornissen vertoonden, bleken zes maand later deze geëxternaliseerde stoornissen te hebben ontwikkeld; deze stoornissen beïnvloedden na 12 maand op hun beurt op negatieve wijze de relaties met hun leeftijdsgenoten, met hun broertjes en zusjes en met hun ouders.

### **3.3.3 Longitudinale studies**

Algemeen kunnen we stellen dat er aan dit type onderzoek twee belangrijke beperkingen zijn. Het merendeel werd uitgevoerd bij kinderen op schoolgaande leeftijd, met name boven zes jaar. Voorts worden in elke studie meestal één bepaalde groep variabelen bestudeerd, naargelang van het theoretische uitgangspunt. Zo zijn er neuropsychologische studies, studies op het gebied van de opvoeding in de familie en studies over de affectieve en relationele factoren. Hierdoor kunnen mogelijke interacties tussen die verschillende verklarende factoren niet bekeken worden en kan het relatief belang ervan niet beoordeeld worden.

Ook wat de hulpverlening betreft die door de professionelen wordt aangeboden aan de kinderen en hun ouders zijn er twee belangrijke beperkingen. Er zijn weinig valide en betrouwbare beoordelingsinstrumenten om bij kleuters gedragsstoornissen vast te stellen. De interventies die aangeboden worden, zijn weinig specifiek aangepast aan de jonge leeftijd en weinig afwisselend.

De stand van de hedendaagse kennis zou de beroepsbeoefenaars die bij de problematiek van de gedragsstoornissen bij het jonge kind betrokken zijn, er nochtans moeten toe aanzetten hier specifieke aandacht aan te besteden.

Klinische beroepsbeoefenaars in samenwerking met een team wetenschappelijke onderzoekers hebben die beperkingen zowel op theoretisch vlak als op vlak van diagnose en interventie willen opvullen. Door het uitwerken van een ambitieus onderzoeksprogramma hebben ze therapeutische antwoorden trachten te geven die aangepast zijn aan de jonge kinderen en hun ouders.

Sedert 2004 werd er in de Franstalige Gemeenschap van België een onderzoeksprogramma "H2M Children" uitgewerkt (<http://www.uclouvain.be/h2m-children.html>).

Dit onderzoek richt zich **op twee belangrijke vragen:**

**1/ Is het mogelijk om de gedragsstoornissen bij het jonge kind vanaf drie jaar te beoordelen?**

**2/ Welke persoonlijke kenmerken van het kind en welke kenmerken van de omgeving waarin het zich ontwikkelt, beïnvloeden in interactie met elkaar het ontstaan en het voortduren van de gedragsstoornissen bij het jonge kind en dit vanuit een multidisciplinair perspectief?**

Het onderzoeksprogramma is gericht op een vroegtijdige diagnose van gedragsstoornissen zoals agitatie, gebrek aan gehoorzaamheid, woedeuitbarstingen, impulsiviteit en agressiviteit bij jonge kinderen. Via een multidisciplinaire aanpak die taalpsychologie, neuropsychologie, opvoedingspsychologie en de klinische psychologie verenigt, poogt men de verschillende etiologische en instandhoudende factoren in kaart te brengen. Hierbij aansluitend wordt nagedacht over methoden van vroegtijdige hulp aan kinderen, gezinnen en leerkrachten.

Dit onderzoek is voornamelijk klinisch van aard. Het sluit aan bij de problemen waarmee klinici geconfronteerd worden. Zeer veel ouders raadplegen immers een huisarts, kinderarts, klinisch psycholoog of kinderpsychiater omwille van het gedrag van hun kind. Ze worden geconfronteerd met geagiteerd gedrag, ongehoorzaamheid, opstandigheid, provocatie en agressiviteit bij een kind, vaak al vóór de leeftijd van zes jaar. De keuze van de ouders om een hulpverlener te raadplegen is vaak het eindpunt van een lange zoektocht naar een oplossing. Vaak aangemoedigd door de leerkrachten van het kind vragen de ouders aan de professionele hulpverleners om een diagnose te stellen en mee te zoeken naar oplossingen.

Vanaf 2005 werden in dit onderzoeksprogramma 130 kinderen van 3 en 4 jaar opgenomen, die aangemeld waren bij de arts met als hoofdklacht de aanwezigheid van gedragsstoornissen (agitatie, ongehoorzaamheid, opstandigheid, provocatie en agressiviteit). Deze kinderen werden gedurende drie jaar om de zes maanden door een multidisciplinair team geëvalueerd. Een controlegroep van kinderen werd gevormd door een samenwerking met verschillende kleuterscholen van de Franstalige Gemeenschap. Op basis van een controlegroep van 500 kinderen zonder gedragsmoeilijkheden werden er normen uitgewerkt voor de diverse meetinstrumenten. Hiervan werden er 250 kinderen eens per jaar, gedurende drie opeenvolgende jaren, volgens dezelfde gestandaardiseerde procedure als de groep kinderen met gedragsstoornissen, beoordeeld. De bedoeling is om beide groepen kinderen de komende jaren verder te volgen. Naast een vroege diagnose en een longitudinale opvolging zullen ook vroegtijdige interventies worden aangeboden en geëvalueerd.

De eerste evaluatie gebeurt bij kinderen van 2 jaar die geëxternaliseerde gedragsstoornissen vertonen (een gedragsstoornis, aandachtsstoornissen met hyperactiviteit (ADHD) of een oppositionele opstandige gedragsstoornis). Op een tweede en derde tijdstip, met name als deze kinderen 6 en 12 jaar zijn, worden ze opnieuw geëvalueerd. Dit laat toe verschillende aspecten te bestuderen zoals de prevalentie van de stoornis (op het eerste meetmoment), de prevalentie en de incidentie (op het tweede meetmoment) en het ontwikkelingstraject (T2-T1). Ook de evolutie van de verschillende symptomen (vormen van fysieke agressie, vernielen van goederen, ernstige inbreuken op de regels enz.) en van de geassocieerde stoornissen (ADHD, OOG, stemmingsstoornissen, angststoornissen, misbruik van stoffen, ...) met inbegrip van biopsychosociodemografische factoren (leeftijd, geslacht, familiale omgeving, persoonlijkheidstype, enz.) kan bestudeerd worden.

Dit onderzoeksproject loopt verder en heeft zich kunnen ontwikkelen dankzij diverse samenwerkingsverbanden tussen onderzoekers, klinici en studenten in België en in het buitenland.

### **3.3.4 Aanbevelingen voor onderzoek naar het ontstaan en de evolutie van gedragsstoornissen**

Op basis van het wetenschappelijk onderzoek naar uitlokkende en instandhoudende factoren van gedragsstoornissen bij kinderen kunnen een aantal aanbevelingen omtrent het vaststellen van de ontwikkeling van gedragsstoornissen geformuleerd worden.

Om meer te weten te komen over het ontstaan en de evolutie van een gedragsstoornis en de weerslag van de symptomen op de sociale aanpassing in het algemeen en de delinquentie in het bijzonder kunnen retrospectieve studies, uitgevoerd bij delinquente jongeren, nuttige informatie bieden. Deze studies zijn haalbaarder dan prospectieve studies. Het nadeel is dat ze vatbaar zijn voor diverse soorten vertekening. Door de wijze van steekproeftrekking (jongeren in de ambulante of residentiële hulpverlening) en het retrospectief karakter kan op basis van deze studies enkel informatie verkregen worden over kinderen en jongeren van wie het traject op antisociaal gedrag uitloopt. Ze leveren geen informatie over de kinderen en de jongeren bij wie er voldoende beschermende factoren en weerstand aanwezig was en bij wie het gedrag zich normaliseerde. Die retrospectieve studies kunnen dus tot eenzijdige en zelfs foutieve besluiten over de ontwikkelingstrajecten van gedragsstoornissen leiden.

Prospectieve studies zelf bevatten die bias niet. Dat is het geval voor de *H2M Children*-studie die voor het ogenblik loopt aan de faculteit psychologie van de Katholieke Universiteit Leuven in samenwerking met de universitaire ziekenhuizen Sint- Lucas te Brussel.

## **3.4 Omgevingsaspecten**

### **3.4.1 Het gezin**

Het gezin waarin het kind opgroeit, blijft de belangrijkste context van de lichamelijke, psychologische en sociale ontwikkeling van het kind. Goed functionerende gezinnen kunnen de ontwikkeling bevorderen en het kind weerbaar maken. Een aantal studies concentreerde zich op deze weerbaarheid en omschreef een aantal factoren die de weerbaarheid van een kind verhogen en de kans op de ontwikkeling van stoornissen verminderen.

Algemeen gezien wordt de eerste fase van de ontwikkeling van het kind gemarkeerd door de ontwikkeling van de hechting aan de volwassenen die voor hem zorgen. Verschillende factoren spelen een rol in de ontwikkeling van een veilige hechtingsrelatie. Belangrijk zijn de stabiliteit van de hechtingsrelatie in de tijd en de capaciteit van die volwassenen om te beantwoorden aan de behoeften van het kind. De volwassenen moeten in staat zijn om contact met het kind te leggen en te onderhouden, de signalen van het kind te begrijpen en er gepast op te reageren. Het is van belang dat de volwassenen voldoende aandacht hebben voor het kind, zijn behoeften onderkennen en er op een regelmatige en consistente manier op reageren. **Ook voorzien in de behoeften van het kind en speelt met het kind interageren door het gebruik van herhalingen en verrassingen bevordert de hechting** (Bowlby, 1969, 1979, 1983, 1988; Stern, 1985, 1995; Trevarthen, 1980, 1993).

De ontwikkeling van een veilige hechting heeft essentiële gevolgen voor de ontwikkeling van de baby, aangezien hij/zij hierdoor een aantal vaardigheden verwerft:

- de vaardigheid om de omgeving te exploreren;
- het actief zoeken naar interactie met de ander;
- de vaardigheid om zijn emoties te reguleren;

- de vaardigheid om een visuele interactie te onderhouden;
- de vermindering van agressief gedrag.

**Een veilige band met de hechtingsfiguur vormt de basis voor de socialisatie van het kind. Andere volwassenen, kinderen en jongeren worden benaderd vanuit een a-priori gevoel van vertrouwen in zichzelf en de anderen.** De hechtingsrelatie laat het kind toe een intern model van relaties op te bouwen dat de basis zal vormen voor zijn relaties in de verdere loop van zijn ontwikkeling (Bowker, 2004; Cozolino, 2006; Fonagy, 2002; Main, 1990, 1992; Sroufe, 1996; Schore, 2003).

Op basis van de ervaringen van de baby, zijn temperament of de familiale situatie kunnen er verschillende types gehechtheid ontstaan:

- **een veilige gehechtheid** zoals hoger beschreven;
- **een ambivalente, onveilige gehechtheid** waarbij het kind in zekere zin angstig blijft in zijn relatie met volwassenen. Het blijft de volwassene om een relatie vragen, maar blijkt tegelijkertijd onbekwaam om deze vraag duidelijk te stellen;
- **een vermijdende, onveilige gehechtheid:** het kind streeft naar autonomie, neemt afstand op een moment dat het nog niet oud genoeg is om zichzelf te behelpen. Het loopt ook het gevaar om zijn eigen ontwikkeling te schaden.

**Wanneer de vorming van een hechtingsrelatie ernstig bemoeilijkt wordt, kan er een chaotische gehechtheid ontstaan.** Dit betekent dat, in aanwezigheid van het voorwerp van zijn gehechtheid, het kind zijn reeds verworven vaardigheden verliest. Het raakt gedesorganiseerd en is niet in staat om zijn persoonlijke en sociale ontwikkeling voort te zetten.

**De vormen van onveilige en chaotische gehechtheid kunnen vroegtijdige ontwikkelingsmoeilijkheden verklaren ook al kan het kind in zijn levensloop ook andere hulpbronnen vinden dan zijn meest vroegtijdige voorwerpen van gehechtheid: de uitzonderlijk goed gedocumenteerde veerkracht van Cyrulnik (1999, 2001).**

Vroegtijdige hechtingsstoornissen kunnen op klinisch vlak het verschil maken tussen gedragsstoornissen als gevolg van slechte socialisatie en gedragsstoornissen bij goed gesocialiseerde kinderen (Barkley, 2003; Dumas, 2007).

In het geval van slechte socialisatie ziet men gedragsgestoorde jongeren die al vroeg hechtings- en socialiseringsstoornissen vertonen. De gedragsstoornis wordt hier geassocieerd met andere stoornissen zoals angst, stemmingsstoornissen, leerstoornissen, toxicomanie, hyperactiviteit, aandachtsstoornissen, enz. Bij deze risicogroep is het zeer belangrijk te proberen om op een vroeg moment preventief en curatief in te grijpen.

Bij andere kinderen lijkt de socialisatie normaal te verlopen. Het is pas als de hechtingsproblematiek geactiveerd wordt, bijvoorbeeld op het moment van de puberteit, dat de symptomen van de stoornis zich ontwikkelen. Dit bemoeilijkt preventief optreden.

### **3.4.1.1 Beschermingsfactoren**

Ouders<sup>6</sup> oefenen een krachtige invloed uit op de ontwikkeling van hun kind, ook wanneer het kind ouder wordt en zijn puberteit aanvat. **Uit de onderzoeksgegevens komen vijf componenten van de ouderlijke rol naar voren die een optimale ontwikkeling van prepuber en puber garanderen en die verschillen van jongere kinderen, vooral in de**

<sup>6</sup> de term "ouders" betekent alle personen met een ouderlijke rol : biologische, maar ook adoptieouders, onthaalouders, schoonouders, grootouders, ...

**manier waarop die rollen (Simpson & Rae, 2001) vervuld worden. Er dient op gewezen te worden dat net de combinatie van die vijf componenten werkzaam is en beter dan elk van die componenten afzonderlijk.**

- 1) **Liefde en een band schenken:** pubers hebben er net zoals kinderen behoefte aan om zich ondersteund, aangemoedigd en aanvaard te voelen in een hartelijke relatie met hun ouders. Het is voor de ouders een uitdaging om de relatie met een puber, die behoefte heeft om zich te bevestigen en zijn eigen persoonlijkheid en eigen ruimten te ontwikkelen, te onderhouden en opnieuw te onderhandelen.
- 2) **Superviseren en opvolgen:** vooral in de puberteit moeten de ouders aandachtig zijn en op de hoogte blijven van de verschillende activiteiten van hun kind (school, vrije tijd, vrienden, ...) in een proces dat steeds minder onmiddellijke controle en steeds meer observatie en communicatie met de andere volwassenen die in het leven van de jongere aanwezig zijn, impliceert.
- 3) **Leiding uitoefenen** die onderhandeling en het stellen van grenzen omvat: de ouders moeten duidelijke en evoluerende grenzen stellen die de familieregels en waarden in ere houden en tegelijkertijd de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden aanmoedigen.
- 4) **Als model en raadgever fungeren:** pubers hebben er nood aan dat hun ouders hun informatie, raadgevingen en ondersteuning verstrekken betreffende belangrijke beslissingen en vragen. Hierdoor wordt een beter begrip van de buitenwereld en een aangepaste integratie in deze buitenwereld mogelijk in een proces van dialoog waarin de ouders hun standpunten uiten en als model of als referentie dienen.
- 5) Door hun **kinderen in de levensgemeenschap te betrekken, en hen een extrafamiliale omgeving te bieden waarin ze hun vaardigheden kunnen ontwikkelen.**

#### **3.4.1.2 Risicofactoren**

De rol van de familie in de etiologie van de gedragsstoornissen is intensief onderzocht, maar de interpretatie van de gegevens is zelden eenvoudig aangezien tal van familiale risicofactoren gecorreleerd en dus zelden "zuiver" zijn. Agressieve kinderen met vroegtijdige moeilijkheden komen vaak uit families met veelvuldige moeilijkheden en dus situaties waarin oorzaken en effecten vaak moeilijk vastgesteld kunnen worden. Uit talrijke studies blijkt dat de gedragsstoornis met vroegtijdig begin eerst in het gezin tot uiting komt, en vaak progressief toeneemt over een periode van verschillende maanden of zelfs jaren (Dumas, 2007).

Een groot aantal klinische en ontwikkelingsstudies wijzen er bovendien op dat persisterende uitingen van verzet en agressiviteit gedurende de kindertijd zowel wijzen op een verstoorde relationele context als op individuele gedragsproblemen die zich in verschillende sociale situaties manifesteren (Dumas, 2007).

#### **Individuele factoren bij de ouders**

Uit een aantal studies komt de invloed van bepaalde ouderlijke factoren in het ontstaan van gedragsstoornissen naar voren (INSERM, 2005):

- 1) **Het bestaan van een antisociale persoonlijkheid bij één van de ouders.**
- 2) **Alcoholisme of een andere toxicologische verslaving.** De kinderen waarvan de vaders tegelijkertijd aan alcohol verslaafd waren en met een antisociale

persoonlijkheid behept waren, vertoonden een hoog risico op gedragsstoornissen en aandachtsstoornissen met hyperactiviteit (ADHD).

- 3) **De effecten van depressie van de moeder** op de ontwikkeling van het kind zijn goed aangetoond, maar de omvang van die effecten op de gedragsstoornis staat nog niet vast. Men kan echter verstaan dat de verstoring van de relaties tussen de gedeprimeerde moeder en haar baby op lange termijn negatieve gevolgen kan hebben voor het vermogen van het kind om zijn aandacht en emoties te reguleren. Kinderen van gedeprimeerde moeders in het postpartum zouden een specifieke risicogroep vormen.
- 4) Ook al gaat het niet om een stoornis op zich, **jongens van wie de moeders een zeer vroegtijdige zwangerschap hadden en met een laag opvoedingsniveau**, lopen een bijzonder hoog risico om een gedragsstoornis met agressieve uitingen te ontwikkelen.

### **Gezinsfactoren**

De verstoorde relationele context die het risico op de ontwikkeling van gedragsstoornissen verhoogt, vertoont een aantal specifieke kenmerken:

- 1) **Een onveilige hechting tussen het kind en zijn beide ouders** (INSERM, 2005) Wat de babyleeftijd betreft, spreken Dumas en LaFrenière (Dumas, 2007) in dit verband over relationele stress tussen moeder en kind die de families met kinderen met en zonder gedragsproblemen onderscheidt. De hechtingsrelatie blijft ook in de puberteit, een periode van invraagstelling en heronderhandelen van de familiebanden, van fundamenteel belang ((Simpson & Rae, 2001). De moeder-kindrelatie is de relatie die het meest werd bestudeerd, hoewel die zeker niet als enige een rol speelt bij het ontwikkelen van een gedragsstoornis. De functie van de vader is meer regulerend in vergelijking met de rol van de moeder die meer beschermend is. Hoewel er minder studies over het onderwerp bestaan, is de invloed van de vader een zeer belangrijke factor. Naast een directe invloed van de vader-kindrelatie is er ook sprake van een indirecte invloed. Een ouder met een gedragsstoornis of verslaving, beïnvloedt ook de relatie van de andere ouder met het kind.
- 2) **Een verstoorde communicatie wordt gekenmerkt door:**
  - wederzijdse uitwisselingen, niet alleen van dwingende en bestraffende aard, maar waarin de activiteiten en positieve en hartelijke uitlatingen weinig frequent zijn (Dumas, 2007);
  - agressieve gedragingen worden door kind of puber en zijn omgeving als bevoorrecht communicatiemiddel gebruikt en versterkt, wanneer ze maar weinig andere middelen hebben om met elkaar in contact te treden (Dumas, 2007);
  - een patroon van echtelijke interacties met wederzijdse vijandigheid waar beide echtelieden permanent een hoge graad van woede en vijandigheid ten toon spreiden (Dumas, 2007).
- 3) **Bestraffende en onsamenhangende ouderlijke discipline.** De opvoedingspraktijken van de ouders zijn vaak eerder een uiting van de stemming van de ouder dan een bewuste handeling gericht op het verbeteren van het gedrag van het kind. Ook is er vaak onvoldoende aandacht voor de activiteiten en contacten van het kind buiten het gezin en onvoldoende toezicht hierop (INSERM, 2005; Dumas, 2007). Deze komen het meest voor in kansarme gezinnen, bij kinderen met een moeilijk en/of hyperactief temperament en wanneer de moeder gedeprimeerd is (Dumas, 2007).

- 4) **Verwaarlozing of mishandeling:** de beschikbare gegevens tonen aan dat kinderen die het onderwerp zijn van lichamelijke en andere mishandelingen een hogere waarschijnlijkheid vertonen om gedragsstoornissen te ontwikkelen dan controlekinderen en dat die band door geen andere variabelen kan worden verklaard (Dumas, 2007). Bij een aantal kinderen is de chaotische gehechtheid in de eerste kinderjaren het gevolg van fysiek en seksueel misbruik (INSERM, 2005).
- 5) **Een gebrek aan kansen en aanmoediging** nodig voor het ontwikkelen van een geheel van sociale, affectieve en instrumentele vaardigheden (Dumas, 2007).
- 6) **Een context van sociaal isolement en instabiliteit:** studies tonen aan dat de kwaliteit van de opvoedingsvaardigheden van moeders van agressieve kinderen in verband staat tot de kwaliteit van de extrafamiliale sociale ondersteuning die de moeders krijgen (Dumas, 2007). Dit gebrek aan ondersteuning is vooral een risico in kansarme gezinnen. (Dumas, 2007). Dat verklaart het feit dat er proportioneel een groter aantal eenoudergezinnen risicohoudend zijn. Kansarmoede leidt er bovendien toe dat gezinnen verplicht zijn te leven in een omgeving die het risico verhoogt, bijvoorbeeld in een buurt met andere risicojongeren en een verhoogde graad van gedragsproblemen.
- 7) **De aanwezigheid van een broer of zus (vooral als die ouder is) met een gedragsstoornis**, vooral in een achtergesteld milieu (INSERM, 2005).

#### ***Bijkomende opmerkingen***

1) Een eerste opmerking betreft het feit dat een aantal auteurs de relatie benadrukt tussen wijzigingen in de gezinsstructuur zoals in geval van echtscheiding en de ontwikkeling van agressief gedrag, gedragsstoornissen en delinquentie. **Longitudinale studies tonen echter aan dat dit risico op gedragsstoornissen reeds vóór de effectieve scheiding van de ouders opgemerkt kan worden en meer in verband lijkt te staan met conflicten tussen de ouders dan met de echtscheiding.** Zo zou de invloed op lange termijn van de echtscheiding op de stoornissen meer te maken hebben met de echtelijke onenigheid dan met de scheiding zelf. De conflicten tussen de ouders verstoren bij het kind de vaardigheden om de emoties te reguleren en verhinderen bijgevolg het aanleren van controle van agressief gedrag. In aanwezigheid van stoornissen van de asociale persoonlijkheid, toxicomanie bij een ouder of geweld tussen de echtelieden, kan de echtscheiding van de ouders het kind soms ook beschermen (INSERM, 2005) en de kans op gedragsstoornissen juist verkleinen.

2) Een tweede opmerking betreft het feit dat die risicofactoren samengaan en elkaar onderling beïnvloeden. Een voorbeeld: leven met een vader met een antisociale persoonlijkheid en een alcoholprobleem kan effect hebben op de familiale stress en een depressieve toestand bij de moeder verhogen en kan het kind moeilijker opvoedbaar maken, vooral als het al een moeilijk temperament vertoont. Het kan ook een onsamenhangende discipline versterken, het conflictniveau in de familie verhogen, de hechting tussen kind en ouders verslechteren en het alcoholisme van de vader versterken...

In dit transactionele perspectief zijn **“agressieve kinderen en hun familie tegelijkertijd slachtoffers van en actoren in een dwingende en verstoorde omgeving”** (Dumas, 2007).

3) Een derde opmerking slaat op het feit dat de beschermingsfactoren zelf ook samengaan en elkaar wederzijds beïnvloeden om de invloed van de risicofactoren te verminderen. Men dient er dus voor te zorgen dat die beschermingsfactoren versterkt worden en zich dus niet uitsluitend op de risicofactoren focussen.

4) Ten slotte kan men vaststellen dat, zoals hoger reeds meermaals werd vermeld, de aanwezigheid van risico- en beschermingsfactoren in een familieomgeving gepaard gaat met de sociaal-economische omstandigheden waarin de familie zich bevindt (Felner et al., 1995).

### **3.4.2 Economische omgeving**

Zowel in het dagelijks leven als in de klinische praktijk kan men vaststellen dat sociaal-economische factoren de ontwikkeling van gedragsstoornissen, hyperactiviteit en een reeks symptomen van psychopathologie bij het kind in de hand kunnen werken.

Hoewel men interessante correlaties heeft kunnen vaststellen tussen sociaal-economische variabelen en de ontwikkeling van de pathologie, kan men er geen sluitende uitspraken over doen.

Dit soort onderzoeken zijn bijzonder moeilijk uit te voeren, omdat de variabelen waarmee men rekening moet houden enerzijds voorkomen uit de sociale en economische omgeving en anderzijds uit de persoonlijke ervaringen van de subjecten.

Bovendien heeft men vaak de neiging om een lineaire verklaring te zoeken voor de vastgestelde gedragsstoornissen. We zijn geneigd de oorsprong van de problemen te zoeken in het verleden van het kind, in zijn kindertijd, zijn opvoeding, zijn biologische oorsprong, zijn genen, enz. Hierdoor verwaarlozen we vaak de factoren die in het heden een rol spelen, zoals huidige conflicten en de ecologische omgeving. Niettegenstaande alle hulpverleners het erover eens zijn dat de gedragsstoornissen van een kind een biopsychosociale oorsprong hebben, wordt er toch aan de sociale dimensies meestal nog weinig aandacht besteed. Dit is een rechtstreeks gevolg van het feit dat dit onderzoeksdomein uiterst complex is en dat men op dit moment nog niet over afdoende onderzoeksinstrumenten beschikt om deze factoren op een correcte manier vast te stellen. Om rekening te kunnen houden met de actuele factoren uit de leefomgeving van het kind moet er een aangepaste methodologie gebruikt worden. Er moeten ook interventie-instrumenten voorzien worden die geen specifieke individuele werkinstrumenten zijn, maar die ook de leefomgeving betreffen. De operationalisatie van de sociale dimensie van het biopsychosociaal model vormt een grote uitdaging. **Deze operationalisatie zou kunnen leiden tot het verleggen van het accent van een individueel opsporings- en interventiebeleid naar een bredere maatschappelijke aanpak van gedragsproblemen bij kinderen en jongeren.**

### **3.4.3 Sociale en stedelijke omgeving**

Uit sociologisch onderzoek blijkt dat een jongere niet als gewelddadig kan bestempeld worden zonder de sociale context waarin hij leeft in rekening te brengen. Het is te simplistisch om gewelddadig gedrag van jongeren enkel te bekijken in een individueel normatief kader zonder visie op de maatschappelijke factoren die dit gedrag in de hand werken.

In de sociologische studie van het afwijkend gedrag verzet Mucchielli (2001) zich tegen een reductionistische visie die een psychopathologisch portret schetst van de jongeren in de stedelijke buitenwijken. Ook Kinsey (1994) toonde aan dat jongeren die op straat rondhangen niet noodzakelijkerwijs predelinquent zijn. Zecca bekritiseert de Angelsaksische en Franse literatuur die deze gedragingen als gedragsstoornissen bestempelt (Zecca, 2001).

Sinds de jaren 20 is er ook in de Verenigde Staten een wetenschappelijke benadering van sociologen, antropologen en criminologen die het gedrag van jongeren bestuderen in de maatschappelijke context. Vooral de school van Chicago is hiervoor bekend.

In Frankrijk is er de studie van Monod (1960) die op het terrein jeugdbendes ging bestuderen. Zijn benadering was voornamelijk observerend en inlevend zonder het



uitspreken van een moreel oordeel en zonder het gebruik van diagnostische etiketten. Ook Chamboredon (1971) wijst het gebruik van pathologiserende etiketten in het domein jeugd-delinquentie resoluut af. In de Verenigde Staten vindt men dezelfde bezorgdheid omtrent normatieve etikettering bij auteurs zoals Becker (1985).

Mauger startte in de jaren 70 met de sociologische studies van de straatjeugd. Dit etiket kan enerzijds gezien worden als een negatieve aanduiding van jongeren die bendes vormen. Anderzijds vormen diezelfde jongeren dit negatief imago om tot een element van identiteit en een bron van prestige. Voor de jongeren verwijst dit etiket naar hun afwijzing van de dominante sociale codes (Mauger 1975; Mauger & Fossé-Poliak, 1983). Ook andere negatieve benamingen worden door de jongeren beleefd als een bron van prestige en als een aanduiding van het onderscheid tussen hen en de rest van de maatschappij. Mauger zette zijn werk rond jongerencultuur verder in de jaren 80 en 90. Hij besteedde veel aandacht aan de cruciale vraag van de manifestatie van mannelijkheid die bij straatjongeren een grote rol speelt (Mauger 1996).

Momenteel zijn er verschillende goede studies die afwijkend gedrag van jongeren bekijken in de verschillende leefcontexten, in het bijzonder de schoolcontext, het gezin en de jongerengemeenschap.

De straatcultuur (*street culture*) vormt een centraal begrip in sociale wetenschappen en de criminologie. Een pionier in dit domein is de Amerikaanse antropoloog Bourgois met zijn werk over de cultuur van de *crack* in Harlem, New York (Bourgois, 1989; Bourgois, 2001). De straatcultuur wordt gedefinieerd als een contracultuur gekenmerkt door weerstand tegen de gedragscodes van de dominante cultuur. De jongeren hanteren andere gedragscodes die door de dominante cultuur als deviant of zelfs delinquent worden beschouwd. De Franse antropoloog Lepoutre (1997) maakte een overzicht van de gedragscodes die hij kon observeren binnen een groep jongeren uit de Franse voorsteden. Typisch waren onder meer verbale discussies gekenmerkt door het gebruik van schuttingtaal en scheldwoorden, gespeelde gevechten onder jongeren, ophemelen van mannelijkheid en eer, zich engageren in sportieve en andere lichamelijke activiteiten zoals *breakdance*. In zijn beschrijving van het culturele leven in een Franse voorstad zet deze auteur zich af tegen vroegere benaderingen waarin het gedrag van de jongeren als afwijkend en crimineel werd omschreven.

In dezelfde lijn en beïnvloed door de interactionistische traditie van Chicago maakte Payet (1995) een etnografie van een aantal scholen in de voorsteden van Lyon. Hij bestudeerde voornamelijk de conflicten tussen de jongeren en het schoolpersoneel. In de onderwijssociologie was zijn werk vernieuwend door zijn concrete kennis van de dagelijkse gang van zaken in scholen waar leerlingen terechtkomen die uit andere instellingen weggestuurd zijn. Voor Payet was het duidelijk dat in de samenstelling van deze schoolpopulaties het etnische aspect bepalend is. In het Nederlands noemt men deze scholen ook wel concentratiescholen. De pedagoog Devine (1996) bestudeerde eveneens deze "cultuur van het geweld" in New York. De leerlingen van deze scholen behoren tot een etnisch en sociaal zeer verschillende groep bestaande uit Afro-Amerikanen en andere minderheden. Volgens Bourgois speelt de straatcultuur een centrale rol in het sociaal leven van deze jongeren binnen en buiten de school. Reputatie en eer vormen de basis van de interacties en de regels worden met geweld en soms met wapens opgelegd, wat soms resulteert in ereverwondingen. Devine stelde de vraag wat de houding van het schoolpersoneel kan zijn tegenover deze "cultuur van het geweld". Hij constateerde dat **het schoolpersoneel in de VS zich poogt te concentreren op het onderwijs en zich minder of niet meer bezighoudt met de socialiserende taak van de school. Het uitvoeren van deze taak wordt als weinig belonend, nagenoeg onmogelijk tot zelfs gevaarlijk beschouwd.** De opvoeding- en socialisatietaken maar ook het disciplineren en straffen van leerlingen werd doorgeschoven naar een nieuwe personeelscategorie, namelijk opvoeders en toezichters.

Devine observeerde ook het invoeren van de eerste beveiligingsmaatregelen in de New Yorkse scholen en was eveneens getuige van het invoeren van de eerste veiligheidsbeleidsmaatregelen in de scholen van New York. Toezichtcamera's, maar ook

middelen ter opsporing van wapens (veiligheidsdeuren, X-stralenapparatuur) en beveiligingstechnologie deden hun massale (en zeer dure) intrede in de scholen. Er werd zelfs gespecialiseerd toezichtspersoneel aangeworven (schoolveiligheidsagenten) om de ingangen en de gangen te controleren. Devine heeft echter goed aangetoond dat die dure technologieën en het gespecialiseerd personeel, die de school het aanzien van een gevangenis geven, enkel maar bijdragen tot het versterken van de geweldcultuur, die de jongeren vanuit de straat meebrengen, in de school. De vaak laaggeschoolde veiligheidsagent, en afkomstig uit hetzelfde etnisch milieu als de leerlingen, werden door hen vaak niet gerespecteerd. Bovendien gebeurde het regelmatig dat deze veiligheidsagenten zich niet correct gedroegen en drugs verhandelden of seksuele betrekkingen aangingen met de leerlingen. Na de schietpartij op een school in Littleton werd Devine door president Clinton aan het hoofd gesteld van de *National Campaign against Youth Violence*. Devine waarschuwde het Amerikaanse publiek voor de gevaren van de wijde verspreiding van vuurwapens. De combinatie van de straatcultuur met de gemakkelijke toegang tot vuurwapens en paramilitaire toezichts- en controletechnologie verhogen het risico op escalatie van geweld (Devine 1996).

Het geweldprobleem is zowel voor het stedelijk beleid als binnen het wetenschappelijk onderzoek belangrijk geworden. Eind jaren 80 ontwikkelden Bourdieu en zijn medewerkers (1993) een interessante visie op de relatie tussen enerzijds de meest sociaal uitgestoten jongen en anderzijds de schoolinstellingen. Hoe slechter de schoolloopbaan verloopt (heroriëntering, mislukking op school, wegzending uit instellingen, enz.), hoe minder de jongere zijn aanwezigheid in de schoolinstelling nog zinvol vindt. Zijn identiteit wordt gekenmerkt door mislukking en wegsturing. Hij gaat op zoek naar een nieuwe identiteit. Hij kan opnieuw prestige verwerven in de groepen van andere jongeren die net als hij uitgestoten worden door de reguliere maatschappij en die zich hiertegen afzetten. Zijn identiteit, gestigmatiseerd door falen en verbanning, zal op zoek gaan naar een hervonden waardigheid of een opnieuw verworven prestige binnen de groep van zijn gelijken die hebben gebroken of in strijd leven met de regel van de school. Het afwijkend gedrag op school of in de maatschappij vindt zijn oorsprong in de fenomenen van wegsturing en uitsluiting van school.

Aansluitend bij de werken van Lepoutre (1999), het Amerikaanse interactionisme en de werken van Bourdieu (1993), werd ook in de Franstalige gemeenschap in België onderzoek uitgevoerd binnen concentratiescholen. In twee Brusselse probleemscholen voor beroepsonderwijs bestudeerde men hoe het jonge en beginnende onderwijzend en opvoedend personeel omging met het gedrag van de leerlingen. In deze scholen “van de laatste kans” construeerden zowel leerlingen als leerkrachten vrij snel een negatief beeld van elkaar. Leerlingen stigmatiseerden leerkrachten en omgekeerd. Leerlingen maakten indruk op het personeel door het benadrukken en het valoriseren van de gewoonten eigen aan banditisme. De reeds zeer viriele zelfs hyperviriele wereld van het beroepsonderwijs benadrukt het belang van fysieke kracht, hardheid en mannelijkheid die ook belangrijk zijn in de straatcultuur (Vienne, 2003; Vienne, 2008).

Dat belang van de viriliteit werd ook sterk benadrukt in de studies van de antropoloog Jamouille (2002), die gedurende een tiental jaren een etnografie opgesteld heeft van sociale woningcomplexen in Henegouwen. Jamouille heeft vooral aandacht besteed aan de intergenerationele relaties in het kader van een sociale werkelijkheid van onzekerheid, waar de economie gebaseerd is op de filosofie van het zich uit de slag trekken en op het gebruik van ondergrondse en onwettelijke praktijken. Zij observeerde ook een toenemende macht van jonge mannen in het woningcomplex, georganiseerd in benden, die zich steeds dominanter gaan opstellen ten opzichte van jonge vrouwen, ook seksueel. Jamouille beschreef hoe jongeren geïnitieerd worden in een jeugdbende en ingewijd worden in de straatcultuur en de ondergrondse economie. **De straatbende fungeert vanaf dan als een bron van identiteit en prestige en vervangt de school die hier normaliter verantwoordelijk voor is** (Jamouille, 2005). Het belang van de bende als plaats van sociale reorganisatie om zich te handhaven in een context van kansarmoede, voornamelijk door

drugshandel, is een constante in de studies van deze periode over jeugdbenden en toxicomanieën (Duprez & Kokoreff, 2000).

Naar aanleiding van een etnografische studie binnen drie delinquente jeugdbendes introduceerde de Franse socioloog Sauvadet (2006) het concept van "oorlogskapitaal". Binnen de straatbende worden jongeren ingedeeld naargelang dit oorlogskapitaal. De heethoofden beschikken over een groot oorlogskapitaal en verwerven aanzien door hun fysieke kracht en hardheid. Deze positie is gebaseerd op de capaciteit van een jongere om snel en vaardig oorlogszuchtige capaciteiten tentoon te spreiden. Dit prestige door kracht trekt dan ontevreden jongeren uit betere milieus aan. Dit zijn, in de typologie van Sauvadet, jongeren die het op schoolvlak beter doen, maar over een lager strijderskapitaal beschikken. Deze jongeren zijn onder de indruk van het machismo van de heethoofden en zijn bereid aan hen verschillende diensten te bewijzen. De heethoofden stigmatiseren op hun beurt de verslaafde, aangezien een te grote en te zichtbare toxicomanie een teken van zwakheid is. Het overdreven individualisme, de hardheid en de onafhankelijkheid van karakter die de heethoofden graag willen vertonen, zijn aldus onverenigbaar met de menselijke zwakheid van de toxicomaan. Dat is eveneens het geval op liefdesvlak waar die hardheid impliceert dat men geen uiterlijke (dus afhankelijke en zwakke) tekens van verliefdheid mag laten zien, een kenmerk waarop Lepoutre (1999) ook al gewezen had. Het nadenken over de overdreven viriliteit die anderen virilisme noemen (Welzer-Lang, 2002), is dus bij het nadenken over bendedrag uitzonderlijk belangrijk. In het Nederlands noemt dit machismo.

Op basis van deze studies over jeugdbendes, ondergrondse economie en afwijkend jeugdgedrag binnen de gezins- en schoolcontext waarin jongeren zich ontwikkelen, trekt Mauger (2005) een aantal conclusies. Hij constateerde grote veranderingen in de evolutie van straatjongeren van de jaren 70 en de evolutie van de huidige generatie straatjongeren.

.De viriliteit van de straatjongeren van de jaren 70 en hun afwijzing van de gedragsregels van de burgerij paste in een beroepskeuze als arbeider. De achteruitgang van de arbeiderswereld heeft die continuïteit verbroken en de straatjongeren van nu wijzen veeleer deze toekomst als arbeider af. Ze verlangen veeleer naar grotere materiële welstand en onderschrijven de waarden van het kapitalisme en dromen soms van een blitscarrière. In combinatie met de nog steeds belangrijke viriliteit leidt dit vaak tot de keuze voor activiteiten in de ondergrondse economie en voor delinquente wijzen van geld verdienen (de "business"). Zowel Lepoutre als Mauger vragen zich af of deze keuze voor een loopbaan in de delinquentie een overgangsfase is die later vervangen wordt door een reguliere job en een gezin dan wel een blijvende keuze vormt. **Als in de reguliere economie geen plaats is voor jongeren met een zeer zwakke scholing, blijft het risico dat deze jongeren zullen kiezen voor een delinquente loopbaan als alternatief voor de beroepsdiskwalificatie en de sociale onzekerheid.**

Earls en Carlson (Earls, 2000; Earls & Carlson, 2001) deden ook interessant onderzoek naar de impact van de sociale en met name de stedelijke omgeving op het gedrag van kinderen en jongeren.

Een in 1996 door Ensminger gepubliceerde studie toonde aan dat het wonen in welgesteldere wijken een onmiddellijk effect had op het risico van schoolverlating. We moeten hier wel voorzichtig blijven met de interpretatie want de wijze waarop deze omgeving invloed uitoefende, bleef onbekend. Door Ensminger (1992) werd verder ook een studie gepubliceerd die aantoonde dat wonen in een arme omgeving niet in belangrijke mate bijdroeg tot een risico van schoolverlating in vergelijking met de invloed van de familiale en individuele factoren. De meisjes leken op geen enkel niveau door de omgeving beïnvloed. Ook hier moet men met een ongecontroleerde factor rekening houden aangezien de term buurt niet gespecificeerd werd.

In een studie uitgevoerd in Chicago (Sampson et al., 1997) werd de stad opgesplitst in 343 buurten. Deze werden gedefinieerd op basis van een reeks theoretisch bepaalde en empirisch gecontroleerde kenmerken. Enkele sociaal-demografische factoren werden

gecombineerd met **een schaal van sociale cohesie waarbij werd gemeten in welke mate het voor volwassenen mogelijk was om tussen te komen ten aanzien van de kinderen van hun burens. In buurten waar dit mogelijk was en waar deze vorm van sociale cohesie groter was, bleek het gevaar voor geweld veel lager te liggen.**

Zo poogt men de verbanden te zien tussen een hele reeks factoren zoals het lichamelijke welzijn, het geboortegewicht, de aanwezigheid van een lichamelijke handicap, obesitas, het psychologisch welbevinden en de sociale cohesie. Het gaat hier om bijzonder stimulerende onderzoeken, waarmee men kan loskomen van een individuele kijk op het verleden en de voorgeschiedenis van de kinderen en hun familie door zich meer te richten op de invloeden van de groep waartoe het kind behoort. Deze invloeden zijn van sociale en culturele aard en spelen een rol in het actuele leven van een kind of jongeren. **Wat moet gebeuren in wijken die vatbaar zijn voor de ontwikkeling van geweld, is niet noodzakelijk een individueel werk of het opstellen van psychotherapeutische bemiddeling maar wel een op die wijken toegespitst werk van sociale en communautaire aard.**

### **3.4.4 Onderwijs**

#### **3.4.4.1 Twee voorafgaande vaststellingen**

In de Westerse wereld is er een toename van de meldingen van problemen in de schoolcontext waarmee de onderwijswereld minder goed raad weet, en waarin deze soms helemaal machteloos staat. Het is dan ook niet te verwonderen dat dit probleem zowel praktisch op de werkvloer, als wetenschappelijk en als beleidsmatig meer en meer aandacht krijgt. In 2000 werd er in opdracht van het Ministerie van Onderwijs van de Franstalige Gemeenschap een enquête uitgevoerd naar geweld op school bij een representatieve steekproef van leerlingen uit het ASO (Buidin et al., 2000). Een opvolgstudie bij dezelfde scholen werd uitgevoerd in 2003 (Lecocq et al., 2003; zie [www.psed.ucl.ac.be/violenceecolep1.htm](http://www.psed.ucl.ac.be/violenceecolep1.htm)). Walgrave levert in 2001 een rapport in bij de Vlaamse minister van Onderwijs met de titel "Geweld op school. Onveiligheid en onveiligheidsgevoelens". Van Wonderen en Klein (2004) vragen zich in opdracht van de Nederlandse regering in een onderzoek af: 'Is de school een veilige haven?'. Deze laatste vraag geldt niet alleen voor de leerlingen, maar ook voor de leerkrachten, en vanuit een andere invalshoek ook voor de ouders. Dit is de eerste vaststelling. Op basis van vermeende of reële indrukken, waarbij de media een belangrijke rol spelen in het tot stand komen ervan, worden uiteenlopende initiatieven genomen om aan de 'normoverschrijding' paal en perk te stellen, om gedrag van leerlingen onder controle te houden of onder controle te brengen. **Vooraf met betrekking tot het middelbaar onderwijs krijgt men regelmatig verhalen te horen van oncontroleerbare klassen, gewelddadige schoolomgevingen en onhoudbare situaties. Dit zou leiden tot frustraties en demotivering bij leerkrachten, niet in het minst bij de meest geëngageerden onder hen.** In België zouden 27.000 leraren zich hebben verzekerd tegen geweld op de school (jaarpremie €25; slechts 20 à 25 uitkeringen per jaar).

**Een tweede vaststelling is dat de scholen worden geconfronteerd met leerlingen die niet bereid zijn om een leefbare school-, of klasomgeving te respecteren, laat staan eraan bij te dragen.** De school, de leerkrachten, de directie, de medewerkers van het Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) krijgen er geen vat op, ondanks de uitnodiging tot gesprek, ondanks hernieuwde kansen, ondanks pogingen om de ouders in een oplossing te betrekken, ondanks inschakeling van politie en gerecht. Spectaculaire gebeurtenissen zoals het vermoorden van een medeleerling in de nabijheid van de school, het doden van onbekenden naar aanleiding van een wegzending uit de school of massaslachtingen binnen de school of universiteit lijken slechts het topje van de ijsberg, maar stellen de uitgangsvraag in een dramatisch licht (Debarbieux, 2006). **Wat is er aan de hand?**

### **3.4.4.2 Schoolcontext, ontwikkelingspsychologie en gedragsstoornissen**

De school is een gestructureerde omgeving, die tot doel heeft kinderen intellectueel, sociaal en emotioneel voor te bereiden op hun rol in de samenleving (Van Waterschoot et al., 2006). Het onderwijsjargon expliciteert de na te streven eindtermen doorgaans in competenties (kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes). Dit heeft alles te maken met de rol die de school moet spelen in het complexe proces van cultuuroverdracht. De spontane vorm van cultuuroverdracht wordt aangeduid met de term “enculturatie” en de doelgerichte overdracht noemt men “socialisering” (Berry et al., 2002). Verder maakt men een onderscheid tussen de verticale en de schuine cultuurtransmissie. Met verticale transmissie bedoelt men de overdracht binnen het gezin; de familie. Met schuine transmissie bedoelt men de overdracht door volwassenen buiten het primaire milieu. In onze samenleving neemt de culturele diversiteit toe. Het is dan ook zinvol dat genoemde auteurs een bijkomend onderscheid maken tussen de vormen van enculturatie en socialisering binnen de eigen cultuurgemeenschap en de processen die jongeren ondergaan door hun contact met volwassenen van de andere (dominante) cultuur. De school moet gesitueerd worden in deze schuine transmissie, zowel voor het doorgeven van cultuur aan de jongeren van de autochtone gemeenschap, als aan jongeren van allochtone afkomst.

Door deze algemene maatschappelijke opdracht, de groepsconstellatie en de sterk normatieve omgeving gericht op toetsbare doelstellingen, is het niet verwonderlijk dat op school beginnende gedragsstoornissen snel gedetecteerd worden. In ons land starten kinderen vrij vroeg met school: vanaf de leeftijd van zes jaar is er leerplicht (niet noodzakelijk schoolplicht). De problematiek van de gedragsstoornis ontwikkelt zich vaak erg vroeg (Peeters, 1995). Gedurende de schoolloopbaan kan men vaak de ontwikkelingspsychologische evolutie van gedragsstoornissen van uiteenlopende aard volgen. Dit wordt des te duidelijker naarmate het normerende en opleidende doel van het schoollopen meer op de voorgrond treedt. Zelfs als het thuismilieu faalt, streeft een school ernaar om een minimale normatieve structuur aan te houden, zo niet wordt het bereiken van de doelstelling zeer moeilijk tot zelfs onmogelijk. Dit leidt onvermijdelijk tot conflicten tussen de school en de jongeren met gedragsstoornissen. Op enkele zeldzame uitzonderingen na bestaat er in België immers geen longitudinale opvolging op grote schaal van leerlingen over verschillende schooljaren.

Walgrave (2001) deed in opdracht van de Vlaamse overheid een uitgebreid onderzoek naar het geweld, of breder gesteld, naar antisociaal gedrag in de schoolcontext. Het onderzoeksteam maakte daarbij een onderscheid tussen vier vormen van antisociaal gedrag.

**De eerste vorm van de gedragsstoornis heeft betrekking op het fysieke gedrag.** Het fysiek agressieve gedrag ontstaat tussen één en vier jaar (kleutertijd). De kleuterschool wordt hiermee geconfronteerd, maar aangezien de consequenties doorgaans binnen de perken blijven, wordt zelden alarm geslagen. Bovendien nemen kinderen van risicogroepen op gedragsstoornissen minder frequent deel aan het kleuteronderwijs. Daarna is er normaal een afname, die zich gemiddeld verder zet tussen elf en achttien jaar. Bij een minderheid van de kinderen en jongeren blijft dit fysiek agressieve gedragspatroon op een relatief hoog niveau en het neemt nog toe tijdens de adolescentie. De frequentie daalt wel tijdens de adolescentie, maar de gevolgen zijn ernstiger. Dit laatste is verklaarbaar door het feit dat adolescenten fysiek sterker zijn, over meer sociale en materiële connecties beschikken en in staat zijn tot planmatig denken. Wapens worden in bepaalde gevallen doelmatig gebruikt en stellen ook in de schoolcontext reële problemen. Een onderzoek in opdracht van de Nederlandse overheid vermeldt dat geweld met een wapen eerder zelden voorkomt, maar elf tot vijftien procent van de leerlingen zou tijdens het voorafgaande jaar getuige geweest zijn van agressie tussen leerlingen met een wapen (Van Wonderen & Klein, 2004). Walgrave (2001) rekent tot deze eerste groep, naast slagen en verwondingen, ook (poging tot) verkrachting, aanranding van de eerbaarheid. We mogen ons echter niet blind staren op de

manifest gewelddadige, fysieke vormen van geweld. **Deze nemen af met de leeftijd, maar al dan niet subtiele vormen van sociale agressie nemen toe** (Vitaro, et al., 2006; van Wonderen & Klein, 2004; Walgrave, 2001). Deze vormen van agressie heeft men lange tijd over het hoofd gezien terwijl ze vaak aanleiding geven tot minstens even ernstige gevolgen voor de betrokkenen (Jimerson & Furlong, 2006). Zeker in de schoolcontext beseft men meer en meer dat men meer genuanceerd moet denken over "geweld". Pesten, bedreigen, overlast bezorgen, regelrechte chantage of psychologische beschadiging nemen toe met de leeftijd en evolueren mee met de technologische ontwikkelingen (vb. intieme beelden of beschadigende boodschappen op het internet plaatsen, zowel met betrekking tot medeleerlingen als tot leerkrachten, belaging via mobiele telefoon enz.). De schade is vaak niet te overzien, is vaak niet gezien.

**De tweede vorm van antisociaal gedrag omvat andere types van delinquent gedrag, zoals het vernietigen van goederen, vandalisme, diefstal, aanranding zonder geweld, druggebruik en –verkoop, brandstichting** (Walgrave, 2001). Leugens en fraude zijn eveneens frequent voorkomende problemen op school. Diefstal doet zich reeds voor in de kleuterschool, opnieuw meer bij jongens dan bij meisjes. Tussen tien en zeventien is de toename vooral opvallend bij kansarmen. Liegen is breed verspreid. Twee derde van de kinderen liegt wel eens, maar bij 7% van de jongens en 4% van de meisjes gebeurt dit frequent. Het chronisch liegen is vaak geassocieerd met de eerste component, nl. gewelddadig gedrag. Fraude doet zich meer voor op latere leeftijd, omdat het planning vereist en een techniek. Internet is hier een nieuwe bron van inspiratie voor fraude: men maakt niet meer zelf zijn boekbespreking, maar haalt ze gewoon van het internet. Voor bepaalde vormen van de tweede groep treedt na 16 à 17 jaar een gemiddelde daling op, voor andere een stijging (bv. drugsmisbruik). Ook hier kan de ernst van de feiten toenemen (bv. in brand steken van auto's, brand stichten in de school).

**De derde vorm noemt Walgrave (2001) statusdelicten.** Hieronder valt het spijbelprobleem en het wegglopen (*fugue*). Aangezien beide vormen nauw samenhangen met ander normoverschrijdend en risicogedrag (bv. diefstal en druggebruik) en een rechtstreekse bedreiging vormen voor de schoolloopbaan, heeft de Vlaamse overheid de laatste jaren sterk gesensibiliseerd op dit gebied. In de Franstalige gemeenschap werd er ook een reeks maatregelen ingevoerd die zorgen voor een intensief preventie- en interventiebeleid omtrent schoolafwezigheid en schoolverlating (*Service d'Accrochage Scolaire; Dispositifs d'Accrochage Scolaire*).

Ten slotte komen we bij de **vierde vorm van antisociaal gedrag op school, met name het regelmatig overtreden van belangrijke omgangsregels**. In de schoolse context gaat het dan over het opzettelijk verstoren van de les, brutaal verbaal gedrag tegenover leerkrachten, het niet uitvoeren van schoolse taken, enz.

#### **3.4.4.3 Vaststelling van de omvang van de problematiek**

Met betrekking tot de bepaling van de omvang van de problemen stellen zich aanzienlijke problemen, die bovendien variëren naargelang van de concrete vormen. Vooreerst is het doorgaans niet exact af te lijnen wanneer we van een gedragsstoornis kunnen spreken. Er is praktisch altijd sprake van een continuüm, eerder dan van een kwalitatieve afgrenzing. Zo spijbelen vrij veel leerlingen af en toe, slechts een klein percentage is systematisch onwettig afwezig.

De omvang van de problematiek hangt ook af van het gehanteerde criterium. Zo vermeldt Elliot (1998) dat 25% van de grootstedelijke scholen in de VS metaaldetectoren heeft geïnstalleerd. Meerdere auteurs wijzen er echter op dat geen enkele onderzoeksmethode volledige bevrediging geeft (Kempes et al., 2005; Walgrave, 2001). Vragenlijsten geven verschillende resultaten naargelang van de bevroegde groep. Zeker bij ouders en bij de

jongeren zelf kan de sociale wenselijkheid leiden tot een significante onderschatting van de moeilijkheden. Leerkrachten en andere betrokkenen slagen er vaak niet in om een onderscheid te maken tussen objectieve feiten en subjectieve indrukken (Galand et al., 2004; Walgrave, 2001). Daardoor kan men een overschatting krijgen. Volgens Elliot (1998) is het onveiligheidsgevoel van de burgers en dus ook van de leerkrachten in de VS, zozeer toegenomen dat ze geweld als een groter maatschappelijk probleem beschouwen dan armoede of werkloosheid. Rechtstreekse observatie of registratie binnen de schoolse context is ook aan ernstige beperkingen onderworpen. De aanwezigheid van een observator of gewoon van een leerkracht of onderwijsondersteunend personeel perkt het stellen van normoverschrijdend gedrag sterk in. Slechts 13% van jongerengeweld zou binnen de schoolmuren gepleegd worden (Elliot, 1998) en daarvan dan nog slechts een fractie in het klaslokaal (Van Wonderen & Klein, 2004). Ten slotte wijzen de lage correlaties tussen verschillende metingen op een problematische betrouwbaarheid (Pellegrini & Bartini, 2000). Zo zijn de correlaties tussen het oordeel van leerkrachten en rechtstreekse observaties laag tot niet-significant (Kempes et al., 2005).

Enkele algemene vaststellingen komen in meerdere publicaties terug. In de schoolse context is de frequentie van normoverschrijdend gedrag hoger in het secundair onderwijs dan in het lager en hoger onderwijs, met een piek voor de leeftijd van 15 à 16 jaar. De meeste vormen worden frequenter gepleegd door jongens dan door meisjes. Vormen met fysieke agressie komen meer voor tussen leerlingen onderling dan tussen leerlingen en leerkrachten. Het overgrote deel van het ongepaste gedrag wordt gesteld buiten de schoolmuren. De frequentie van de meeste vormen van gedragsstoornissen varieert met het schooltype: men stelt een dalende graad van gedragsproblematiek vertrekkende van het deeltijds onderwijs, over het beroepsonderwijs, het technisch onderwijs tot het algemeen vormend onderwijs. In de Franstalige Gemeenschap zijn de geweldincidenten frequenter in scholen met meer leerlingen die het jaar overdoen, waar de samenhang tussen de opvoedkundige teams zwakker is en waar men vaker een beroep doet op pedagogische praktijken die de best presterende leerlingen begunstigen. Uit een internationale studie blijkt ook dat het niveau van geweld op school te maken heeft met de graad van ongelijkheid tussen de resultaten van de leerlingen, maar niet met het algemene criminaliteitsniveau van het land (Akiba et al., 2002). Deze volgorde gaat niet op voor alle vormen van gedragsstoornissen (er wordt bv. meer gepest in het ASO dan in het TSO – Walgrave, 2001). Afzonderlijke feiten worden met een lage frequentie vaak door grote aantallen leerlingen gepleegd (zwartrijden, vandalisme, kleine diefstallen, verstoring van de les...). Andere overschrijdingen worden regelmatig gepleegd door grotere aantallen (bv. druggebruik). **Walgrave (2001) komt tot de conclusie dat een beperkte groep van 10% meerdere feiten pleegt op regelmatige basis. Deze veelplegers hebben meer confrontaties met de politie.**

Op basis van de beschikbare studies is het niet mogelijk te besluiten dat er een toename van de gedragsproblemen op school was, aangezien er tussen 2000 en 2003 geen enkele betekenisvolle toename waargenomen werd (Galand et al., 2004). Wat de evolutie op lange termijn betreft, beschikken we in België niet over gegevens.

Ten slotte vermelden we nog dat maatschappelijke gevoeligheid of plaatselijke incidenten de gevoeligheid voor bepaalde vormen van normoverschrijdend gedrag kunnen verhogen. Een ernstig gewelddelict in de school heeft doorgaans tot gevolg dat er minder of geen enkele tolerantie is voor alle vormen van agressie. Bepaalde vormen kunnen op de politieke agenda worden geplaatst. Dit is in België de laatste jaren het geval met spijbelen. Men registreert, men wijst op de verantwoordelijkheden, men wil het probleem terugdringen. Zo stelde men tijdens het schooljaar 2006 – 2007 **in het Vlaamse secundair onderwijs 4142 gevallen vast van ernstig spijbelen (meerdere dagen per maand, per trimester). Dit komt neer op 1% van de schoolbevolking.** In het deeltijds onderwijs ligt dit percentage hoger, evenals in het beroepsonderwijs, met een piek in het derde jaar. In het lager onderwijs wordt eveneens gespijbeld, maar daar moet de oorzaak doorgaans gezocht worden bij bepaalde

gezinsfactoren (bv. zwakke gezinsstructuur of een gezin dat niet vertrouwd is met de schoolse realiteit) (Departement Onderwijs en Vorming, 2007). **Kansarmoede verhoogt deze percentages sterk: tot 25% op 11 jaar en tot 60% op 16 jaar (INSERM, 2005).**

#### **3.4.4.4 Contextuele factoren**

Algemeen wordt aangenomen dat de problematiek van de gedragsstoornissen op school niet verklaard kan worden door één oorzakelijke factor. Er is meestal sprake van een verstoord evenwicht tussen risicofactoren en compenserende beschermende factoren (Bruyninckx, 2003). **De meeste auteurs gaan ervan uit dat de school zelden of nooit de oorzaak is van de gedragsstoornissen. Het gezin van herkomst en de buurt spelen hier een meer belangrijke rol** (Elliot, 1998), maar er is wel een sterke samenhang tussen het voorkomen van gedragsstoornissen thuis en op school (Peeters, 1998). De school kan een belangrijke rol spelen als potentieel beschermende factor, maar kan evenwel (ongewild) ook een escalerende factor zijn. Een veel voorkomende eigenschap bij jongeren met gedragsstoornissen is dat ze houden van machtsstrijd en negatief, uitdagend reageren op gedragsregels en autoriteit (MACMH, 2007). Ze overschrijden de regels, weigeren opdrachten, gaan veelvuldig conflicten aan, plegen proactief of reactief geweld op medeleerlingen (Kempes et al., 2005; Vitaro et al., 2006). Wanneer de school haar verantwoordelijkheid opneemt, leidt dit gemakkelijk tot een escalatie, vooral wanneer het thuismilieu weinig gestructureerd is (Peeters, 1995). Het probleem wordt alleszins zichtbaar en leidt voor alle betrokkenen tot bepaalde, doorgaans negatieve consequenties. De diverse aspecten van de gedragsstoornissen kunnen bijzonder zichtbaar worden in een schoolse context, omdat daar de normen doorgaans geëxpliciteerd zijn: aanwezig zijn, op tijd komen, stil zijn in de les, enige vorm van beleefdheid tegenover wat nog van het gezag overblijft, taken tijdig en met voldoende kwaliteit inleveren, examens met de onvermijdelijke gevolgen voor de doorstroom in het curriculum, enz. Dit alles speelt zich af in een bredere sociale context dan het gezin. Niet vier of vijf mensen hebben ermee te maken maar 20, 100 of 1.000, heterogeen samengesteld qua afkomst en leeftijd, met een zekere hiërarchie.

Toch kan de school een belangrijke rol spelen, ten goede of ten kwade... In sommige scholen doen zich opvallend meer of minder problemen voor dan in andere scholen van hetzelfde type (Giller & Rutter, 1983; Dahl & Webster-Stratton, 1995). Dit heeft onder meer te maken met factoren als duidelijk gestelde regels die consequent bewaakt worden, schoolatmosfeer en interactie tussen leerkrachten en leerlingen. De graad van sociale uitsluiting, het systematisch doorverwijzen van moeilijke leerlingen naar een zwakkere studierichting, het pedagogische klimaat en de onderwijsmethodes zijn elementen die een invloed kunnen uitoefenen op de frequentie van gedragsproblemen in de scholen (Galand et al., 2004; Galand et al., 2006).

Bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen hebben misschien een negatief faciliterend effect op het geweld op school. Een opvallend fenomeen is natuurlijk dat het gezag in onze maatschappij niet meer vanzelfsprekend is, noch in vele gezinnen, noch daarbuiten. In vroegere perioden werd de school quasi automatisch gemandateerd om het ouderlijke gezag te vertegenwoordigen (Le Gall, 1972). Scholen beklagen zich erover dat dit nu veel minder het geval is. Soms wordt het gezag van de school openlijk in vraag gesteld door de ouders, al dan niet onder de vorm van juridische procedures. In België (en elders in West-Europa) wordt deze problematiek misschien ook geaccentueerd door de beslissing om scholen universeel gemengd te maken én door de vervrouwelijking van het beroep van leraar. Ten slotte wordt onderwijs bemoeilijkt door de toegenomen diversiteit van de leerlingenpopulatie. Niet de diversiteit op zich is daarbij doorslaggevend, maar wel het ontbreken van een adequate opvoedings- en onderwijscultuur in gezinnen met een bepaalde etnische, religieuze en/of problematische sociaal-economische achtergrond. De verticale cultuurtransmissie (Berry et al., 2002) sluit niet aan bij de schuine transmissie die de school nastreeft; soms staat ze er radicaal mee in contradictie. De noodzakelijke leerattitudes en



sociale vaardigheden worden onvoldoende opgebouwd, wat in de schoolcontext leidt tot complicaties die in wisselwerking met gedragsstoornissen ernstige gevolgen kunnen hebben.

#### **3.4.4.5 Gevolgen van gedragsstoornissen in de schoolse omgeving**

Aangezien de gedragsstoornissen zich in vele gevallen vroegtijdig manifesteren, duiken ook de gevolgen vaak vroeg op. Zowel in het lager als in het secundair onderwijs leiden vooral de agressieve gedragsstoornissen tot veelvuldige conflicten met de medeleerlingen, met de leerkrachten en met de directie. Vitaro et al. (2006) maken met betrekking tot de gevolgen een onderscheid tussen proactief en reactief agressief gedrag. Proactieve agressie is doelgericht en gecontroleerd en zou eerder leiden tot een zekere populariteit, vooral als het zich manifesteert in het sociale verkeer, maar minder als het gaat om fysieke vormen. Deze vorm zou ook geen negatief verband vertonen met het zelfbeeld en met de schoolse prestaties. Reactief agressief gedrag daarentegen wordt meer gesteld vanuit frustratie, is verdedigend van aard, wijst op een gebrek aan tolerantie en leidt tot sociale uitsluiting en schoolse problemen (Peeters, 1995; Peeters, 1998; Vitaro et al., 2006).

Algemeen gaat men ervan uit dat de meeste gedragsstoornissen in een tweerichtingsinteractie staan met het schoolse functioneren: systematische gedragsstoornissen leiden tot conflicten, tot meer negatieve en minder positieve aandacht, tot escalatie en tot verminderde prestaties en tot het vermijden of zelfs tot het totaal opgeven van de school (MACMH, 2007). Deze gevolgen werken doorgaans uitlokkend op de gedragsstoornissen. Dit heeft verregaande gevolgen voor de ontplooiing van de jongere. Door het isolement in de schoolse context zoeken ze aansluiting bij gelijkgezinde jongeren buiten de school. In deze sociale omgeving vindt men vaak een combinatie van diverse normoverschrijdingen die een ernstige bedreiging kunnen vormen voor de globale persoonlijke ontwikkeling (Routh & Daugherty, 1992). Naast de sociale isolatie heeft ook het falen op zich een ingrijpend negatief effect op de ontwikkeling van de problematiek als dusdanig (INSERM, 2005). Normoverschrijdend gedrag versluiert doorgaans een vertroebeld zelfbeeld, een laag zelfwaardegevoel (MACMH, 2007) en/of faalangst (Depreeuw, 2003). Fysiek of sociaal agressief gedrag leidt tot onveiligheidsbeleving van medeleerlingen en leerkrachten. De helft van de afwezigheden in Amerikaanse scholen zou te maken hebben met angst voor geweld (Elliot, 1998). Andere studies ondersteunen de hypothese dat er een band bestaat tussen het slachtoffer zijn van geweld en de afwezigheid op school (Galand et al., 2000). Een veilige schoolomgeving is essentieel om te leren (Jimerson et al., 2006). De schoolcultuur, de structuur, het klasklimaat en de inbreng van alle betrokkenen spelen daarin een belangrijke rol. Ook leerkrachten kunnen zich onveilig voelen, vooral na concrete ervaringen van geweld. De kans vergroot op demotivering, *burn-out* en zelfs op het opgeven van het lerarenberoep (Galand, et al. 2007; Klein & Van Wonderen, 2004; Walgrave, 2001).

**In extreme gevallen kan een minderheid het pedagogisch project ontwrichten, met ernstige gevolgen voor alle betrokkenen.** Een kleine kern gedraagt zich als onkwetsbaar in de school, straffen hebben vaak het effect van beloningen (ze kunnen een statusverhogend effect sorteren). Deze kleine kern voert een soort maffiabewind uit in de klas, soms met wapens, met handlangers, met afdreiging, met trafiek van goederen (vooral drugs, maar ook wapens of gestolen goederen). De school wordt geïnfiltreerd en het legitieme gezag wordt ondermijnd. Les geven wordt bijzaak, overleven van medeleerlingen en leerkrachten wordt hoofdzaak. Jongere leerkrachten geven het sneller op dan de oudere generatie die nog opgevoed is met strakke normen en waarden. Of juist omgekeerd? Sommigen wachten hun uitstap af, sommigen relativieren terecht of ten onrechte...

Naast de zojuist geschetste reeks van consequenties, zijn er vaak meer of minder ingrijpende gevolgen. Scholen zien zich door herhaalde normoverschrijdingen soms gedwongen uiteenlopende, soms ingrijpende en/of kostelijke maatregelen te nemen. In vele scholen gaat men bijvoorbeeld diefstal tegen door aparte kastjes met codes of sleutels te

plaatsen, spant men zich in om het liegen te detecteren en te beteugelen of tracht men fraude te ontmoedigen (vb. vervalsing van de handtekening van de ouders of van de rapporten, programma's om plagiaat te detecteren, enz.).

#### 3.4.4.6 *Mogelijke maatregelen*

Gezien de aanzienlijke gevolgen voor alle betrokkenen is het niet verwonderlijk dat uiteenlopende maatregelen worden genomen, ook in de schoolse context. Het zwaartepunt van de aandacht gaat naar het versterken van het gezinsfunctioneren (Bruyninckx, 2003; Patterson & Forgatch, 1987; Peeters, 1995, 1998). Meerdere auteurs benadrukken de noodzaak aan samenwerking en coördinatie tussen alle betrokkenen: de jongere, de ouders, de school, het centrum voor leerlingenbegeleiding, het welzijnswerk, de artsen, de politie, het gerecht, enz. Therapeutische tussenkomsten hebben doorgaans slechts een beperkt effect (Murphy & Wolkind, 1996). Specifiek met betrekking tot de school worden heel wat initiatieven genomen. Zonder volledigheid na te streven vermelden we er enkele.

Met betrekking tot de leerling met gedragsmoeilijkheden kan men een draaiboek volgen waarin een hiërarchie is aangebracht van maatregelen (Van Wonderen & Klein, 2004). **Men kan het curriculum meer toesnijden op de maat van de leerling; niet te gemakkelijk, niet te moeilijk. Succes is belangrijk, vermijden van opeenvolgende mislukkingen essentieel.** Men streeft naar een zo optimaal mogelijke ratio van leerling/leerkracht-verhouding. Velen benadrukken het ontwikkelen van een positieve attitude bij het lerarenkorps, waarbij men in de interactie confrontaties zoveel mogelijk vermijdt. Reglementen worden transparant gehanteerd en gemotiveerd en de leerlingen krijgen tot op zekere hoogte inspraak in de regelgeving (MACMH, 2007). **Voorals als een groot aantal leerlingen uit een kansarme omgeving komt, is het opnemen van training in sociale vaardigheden in het curriculum cruciaal (Gottfredson, 2001). Deze training situeert zich op het cognitieve niveau (probleemoplossend vermogen), op het emotionele niveau (aanvoelen en controleren van eigen emoties, vooral woede en frustratie) en op het gedragsmatige niveau (onderhandelen, zich tijdelijk verwijderen, geen wapens bezitten, hanteren van misbruik van middelen, enz.)** (Elliot, et al., 1998). Als reactie op herhaaldelijk normoverschrijdend gedrag speelt men kort op de bal; de jongere wordt consequent geconfronteerd met grenzen (zonder hierin te overdrijven). Dit kan leiden tot een gedragscontract dat nauwgezet wordt opgevolgd. Bij voortdurende schending kan worden besloten tot een tijdelijke verwijdering uit het schoolmilieu, de zogenaamde *time out-procedure*. Deze kan kortdurend (enkele dagen – Archie, 2007) tot langdurend (enkele maanden – Van Waterschoot et al., 2006; *Youth at risk*-actie van de Vlaamse overheid gaat tot elf maanden) zijn. De laatste jaren werkt men al dan niet in het kader van *time out* met *herstelgericht groepsoverleg of HERGO* (Bursens et al., 2004; Vettenburg et al., 2006). Belangrijk is dat men erin slaagt met de jongeren een positieve sociale connectie te realiseren waardoor de negatieve spiraal wordt omgebogen (Dahl & Webster-Stratton, 1995; Elliot et al., 1998). Het sociale competentiemodel (Slot & Spanjaard, 1996) dient vaak als referentiekader om dit doel te bereiken. Wegzending zou in de regel de laatste maatregel mogen zijn. Hoewel soms niet te vermijden, is eliminatie van een leerling uit de school dikwijls de finale mislukking (voor iedereen). De uitsluiting op school vormt een risicofactor voor latere stoornissen. Jongeren met gedragsstoornissen worden daardoor vaak geconcentreerd in "afvalscholen". Deze zijn een kweekmilieu voor delinquentie en leggen een hypotheek op de globale ontplooiing van de jongere en op zijn constructieve inschakeling in het maatschappelijke proces.

Heel wat preventieve acties werden de laatste jaren opgezet door de scholen zelf of op initiatief en met de steun van bepaalde verenigingen (bv. de Koning Boudewijnstichting). Ook het departement Onderwijs en het departement Welzijn en Gezin ontplooiën af en toe preventieve initiatieven. Men streeft naar een school zonder geweld (Van Waterschoot et al., 2006; Vanspringel, 2007), tracht pesten te voorkomen of in constructieve banen te leiden

(Olweus, 1993; Stevens & Van Oost, 1994), introduceert een beleid dat spijbelen drastisch ontmoedigt, enz. Bovendien ontbreken systematische evaluaties van de effecten van deze maatregelen. Het is dus erg moeilijk om te weten welke van deze maatregelen efficiënt zijn. Beschikbare evaluaties in andere landen stemmen tot voorzichtigheid en zetten aan tot ernstige reflectie in de keuze van de preventieve acties aangezien een groot aantal ervan weinig efficiënt tot zelfs nutteloos lijken te zijn (Gottfredson, 2001; Wilson & Lipsay, 2006).

Preventie krijgt de voorkeur, omdat de kosten verbonden aan curatie en/of repressie veel hoger liggen, en de blokkering er vaak door versterkt wordt. Bovenal opteert men voor preventie omdat de ontwikkelingskansen van de jongeren er een meer centrale plaats kunnen krijgen (Elliot et al., 1998).

Veel aandacht moet gaan naar het schoolbeleid. De omgevingsstructuur is een sterke preventieve factor. Ze moet veiligheid garanderen. In bepaalde gevallen kan het aangewezen zijn een scenario te ontwikkelen om geweld op te vangen en te neutraliseren (Kaplan & Sadock, 2007). Deze auteurs benadrukken eveneens de rol van inspraak en aangepaste opvoedkundige strategieën. Naast de training van probleemleerlingen **moet men ook inspanningen leveren om het lerarenkorps te ondersteunen, ook door middel van aangepaste opleidingen om constructief met probleemgedrag om te gaan. De school neemt steeds** meer de verantwoordelijkheid op om de wettelijke voorschriften ook binnen de schoolmuren te laten respecteren en bij overtreding politie en gerecht tijdig in te schakelen (onder meer met betrekking tot spijbelen en geweldpleging of diefstal).

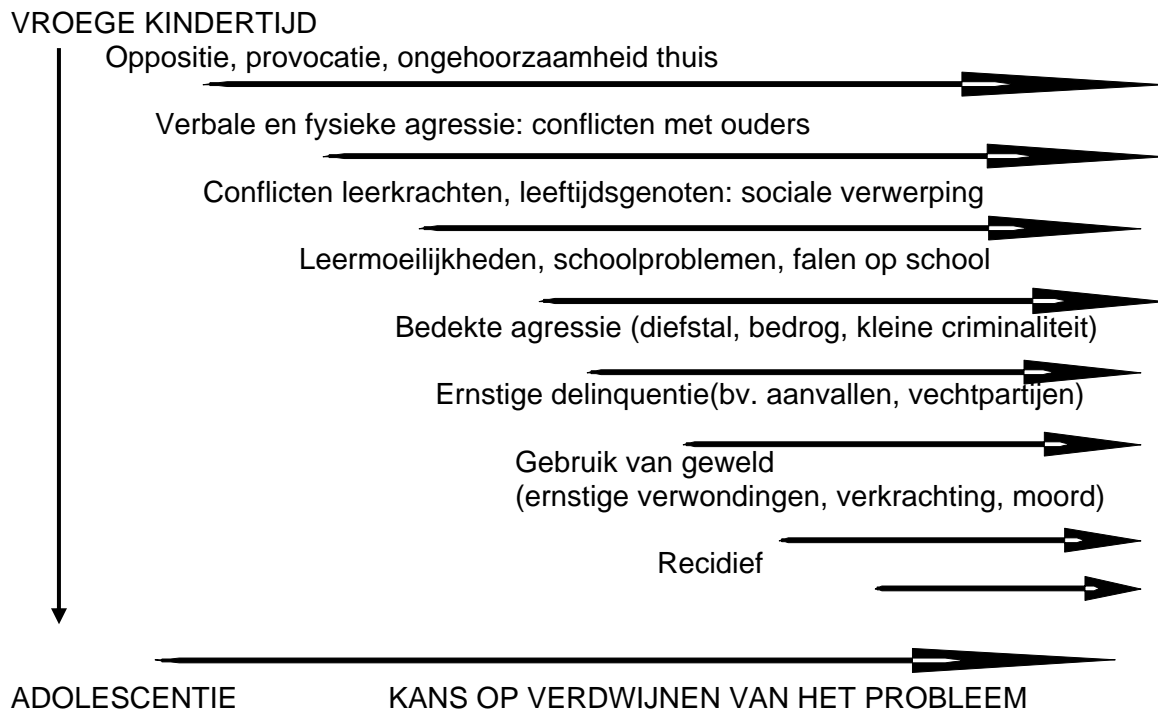
#### **3.4.4.7 Besluit**

Algemeen wordt aangenomen dat de school weinig of geen oorzakelijke rol speelt in het ontstaan van gedragsstoornissen. Ze is wel de omgeving waarin door een aantal specifieke kenmerken de gedragsstoornissen tot uiting komen en meer dan elders geregistreerd en/of gesanctioneerd worden. Op de onderzoeksvraag of de school een veilige haven is, antwoorden van Wonderen en Klein (2004) positief. De grote meerderheid van de leerkrachten heeft bovendien de indruk dat er de laatste vijf jaren geen of slechts een geringe verslechtering waar te nemen is. Walgrave (2001) komt ook tot weinig alarmerende besluiten. De meeste feiten worden weinig frequent gepleegd. Ook in dit onderzoek hebben slechts weinig leerkrachten angst om zelf slachtoffer te worden van antisociaal gedrag van leerlingen. Anderzijds wordt door ongeveer alle auteurs gewezen op het feit dat bepaalde normoverschrijdende gedragingen wel als problematisch beschouwd moeten worden, ofwel door de frequentie (druggebruik, spijbelen, pesten...), of door de ernst ervan, zelfs bij een laag voorkomende frequentie (bv. fysiek, psychisch of seksueel geweld), ofwel omdat ze bij veelplegers in combinatie met elkaar voorkomen. Maatregelen dringen zich in een aantal gevallen op omwille van de mogelijke nadelige gevolgen voor alle betrokkenen, daders, slachtoffers en personeel. Verder stellen de deskundigen dat in het schoolbeleid **preventie de voorkeur verdient boven repressie en dat zowel bij leerlingen als bij leerkrachten de ontwikkeling van degelijke sociale vaardigheden een centrale plaats dient te krijgen.**

### **3.5 Conclusies biopsychosociaal model**

In dit hoofdstuk werd een veelheid aan variabelen die een rol spelen in het ontstaan en het voortbestaan of verdwijnen van een gedragsstoornis, besproken. In schema 2 (geïnspireerd op Dumas, 2007) worden een aantal ervan schematisch weergegeven.

Schema 2: Schematische representatie van de ontwikkelingstrajecten van gedragsstoornissen die starten op jonge leeftijd.



Er zijn altijd contextuele factoren die dit traject kunnen beïnvloeden:

**Persoonsfactoren:** temperament, fysieke en seksuele rijping, comorbiditeit (met ADHD)

**Gezinsfactoren:** gedragsgestoorde modellen in het gezin, psychopathologie en/of middelenafhankelijkheid van de ouders, incoherente en/of afwezige en/of overdreven discipline, conflictueuze relaties in het gezin, gebrek aan veiligheid, affectie en aanmoediging, gebrekkige socialisatie en aanleren van sociale, affectieve en instrumentele vaardigheden, gebrek aan opvolging en aandacht, gebrek aan sociale steun

**Sociaal cultureel:** armoede, uitsluiting (op basis van ras, geloof of andere factoren), blootstelling aan directe, gemediatiseerde en beloond agressief en gewelddadig gedrag

Op basis van de omschrijving van het probleem en van het biopsychosociaal model van ontstaan en instandhouding gaan we in de volgende hoofdstukken verder in op de diagnostiek en de interventies.

### 3.6 Referenties

- Akiba M, LeTendre GK, Baker DP, Goesling B. Student victimization: national and school system effects on school violence in 37 nations. *Am Educ Res J* 2002; 39:829-53.
- Andreo C. *Déviante scolaire et contrôle social, une ethnographie des jeunes à l'école*. Villeneuve d'Ascq. Presses Universitaires du Septentrion 2005.
- Andreo C. Surveillance et contrôle des jeunes des quartiers populaires sur une plage marseillaise à la fin des années 1990. *Genèses* 2007; 67(2):89-108.
- Ansink BJJ, Aldenkamp AP. *Klinische neuropedagogiek*. Garant ed. Leuven, Apeldoorn;1993.

- Auouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol* 2004; 72(3):195-221.
- Archie J. Time-out. Op zoek naar een uitweg voor jongeren in een moeilijke schoolse situatie. Niet gepubliceerd verslag. Waregem: VCLB Weimeersen; 2007.
- Baddeley A. Working memory. ed. Oxford (UK) Clarendon Press; 1986.
- Baker LA, Bezdjian S, Raine A. Behavioral genetics: the science of antisocial behavior. *Law Contemp Probl* 2006; 69(1-2):7-46.
- Barkley RA. Child psychopathology. New York: Guilford; 2003.
- Becker HS. Outsiders, études de sociologie de la déviance. Paris: Métailié; 1985.
- Berry J, Poortinga Y, Segal M, Dasen P. Cross-cultural psychology. Research and applications. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- Bongers IL, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Dev* 2004; 75(5):1523-37.
- Bourdieu P. La misère du monde, Paris, coll. "Libre Examen" Paris: Seuil; 1993.
- Bourgois P. Crack in Spanish Harlem, culture and economy in the Inner City *Anthropol Today* 1989; 5(4).
- Bourgois P. En quête de respect, le crack à New York. Paris: Seuil; 2001.
- Bowker P. Predicting friendship stability during the early adolescence. *J early adolesc* 2004; p. 24.
- Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press; 1969.
- Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press; 1973.
- Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press; 1980.
- Bowlby J. A secure base. London: Routledge; 1988.
- Bruyninckx W. Oppositioneel opstandig en antisociaal gedrag bij pubers. Psychopraxis uitgave 2003.
- Buidin G, Petit S, Galand B, Philippot P, Born M. Violences à l'école: Enquête de victimisation dans l'enseignement secondaire de la Communauté française de Belgique. Etude interuniversitaire commanditée par le Ministère de la Communauté française de Belgique. Louvain-la-Neuve: Université Catholique de Louvain; 2000.
- Burssens D, Vettenburg N, Walgrave L. Hergo op school; Herstelgerichte antwoorden op tuchtproblemen in de school. Herstelgericht groepsoverleg als case-study. (OBPWO 01.01). Leuven: K.U.Leuven; 2004.

- Button TM, Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP, Stallings MC. The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence. *Drug Alcohol Depend* 2007; 87(1):46-53.
- Button TM, Scourfield J, Martin N, Purcell S, McGuffin P. Family dysfunction interacts with genes in the causation of antisocial symptoms. *Behav Genet* 2005; 35(2):115-20.
- Chamboredon C. La délinquance juvénile, essai de construction d'objet. *Rev fr sociol*, 1971; XII:335-77.
- Clément ME, Bouchard C. Liens intergénérationnels des conduites parentales à caractère violent: recension et résultats empiriques. *Rev de psychoéduc* 2003; 32:49-7.
- Cozolino L. *The neuroscience of human relationship*. New York 2006.
- Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Editions Odile Jacobs; 1999.
- Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. Editions Odile Jacobs; 2001.
- Demeter G, Csigo K, Harsanyi A, Nemeth A, Racsmay M. [Impaired executive functions in obsessive compulsive (OCD). Review]. *Psychiatr Hung* 2008; 23(2):85-93.
- Depreeuw E. *Groepstherapeutische behandeling van faalangst: leren falen*. Handboek Groepspsychotherapie, C3. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
- Devine J. Les détecteurs de métaux vont-ils remplacer le Panopticon ? La violence dans les écoles des quartiers défavorisés de New York. *Lien Social et Politiques - RIAC - Revue internationale d'action communautaire*. 1996; p. 167-84.
- Devine J. *Maximum security, the culture of violence in inner-city schools Chicago*: University of Chicago Press; 1996.
- Dubet F. *La galère, jeunes en survie*. Paris: Fayard; 1987.
- Dumas A. *Psychopathologie de l'enfant et l'adolescent*. De Boeck; 2007.
- Duprez D, Kokoreff M. Usages et trafics de drogues en milieux populaires. *Déviance et société*. 2000; p. 143-66.
- Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well-being. *Annu Rev Public Health* 2001; 22:143-66.
- Elliot D, Hamburg B, Williams K. *Violence in American schools. A new perspective* New York: Cambridge University Press.
- Erickson M, editor. *The biology of maternal-infant bonding, parental leave policies and the prevention of child abuse*. Communication. WPA Congress Firenze; 2009.
- Farrington DP, Lambert S, West DJ. Criminal careers of two generations of family members in the Cambridge study in delinquent development. *Studies on crime and crime prevention* 1998; p. 85-106.

- Felner RD, Brand S, DuBois DL, Adan AM, Mulhall PF, Evans EG. Socioeconomic disadvantage, proximal environmental experiences, and socioemotional and academic adjustment in early adolescence: investigation of a mediated effects model. *Child Dev* 1995; 66(3):774-92.
- Fletcher JM, Taylor HG. Neuropsychological approaches to children: towards a developmental neuropsychology. *J Clin Neuropsychol* 1984; 6(1):39-56.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of self. New York: Other Press; 2002.
- Foote Whyte W. Street corner society, la structure sociale d'un quartier italo-américain. Paris: La Découverte; 2002.
- Gaubert C, Badauds, manifestants, casseurs, formes de sociabilité, ethos de virilité et usages des manifestations. *Sociétés contemporaines* 1995; 21:103-18.
- Galand B, Lecocq C, Philippot P. School violence and teacher professional disengagement. *Br J Educ Psychol* 2007; 77(Pt 2):465-77.
- Galand B, Macquet D, Philippot P. Vision de l'école et facteurs liés à l'absentéisme dans une population d'élèves à risque de décrochage. *Bulletin de Psychologie Scolaire et d'Orientation*. 2000; 49, 27-45.
- Galand B, Philippot P, Frenay M. Structures de buts, relations enseignants-élèves et adaptation scolaire des élèves: Une analyse multiniveaux. *Rev fr pédagog* 2006; 155:57-72.
- Galand B, Philippot P, Buidin G, Lecocq C. Violences à l'école en Belgique francophone: différences entre établissements et évolution temporelle. *Rev fr pédagog* 2004; 149:83-96.
- Galand B, Philippot P, Petit S, Born M, Buidin G. Regards croisés sur les phénomènes de violence en milieu scolaire: élèves et équipes éducatives. *Rev sciences éducat* 2004; 30(465-86).
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ, Neiderhiser JM. The developmental interface between nature and nurture: a mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Dev Psychol* 1996; p. 574-89.
- Geurts HM, Verté S, Oosterlaan J, Roeyers H, Sergeant J. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(4):836-54.
- Geurts HM, Verte S, Oosterlaan J, Roeyers H, Sergeant JA. ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile? *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20(4):457-77.
- Gottfredson DC. *Schools and delinquency*. Cambridge: University Press; 2001.
- Guth S. Ordre et désordre dans les quartiers de rue. *Rev fr sociol* 1996; XXXVII:607-23.
- Jamouille P. *La débrouille des familles, récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque*. Oxalis, Bruxelles: De Boeck; 2002.

- Jamouille P. L'école de la rue. *La matière et l'esprit* 2005; 2:21-38.
- Jamouille P. .Des hommes sur le fil, la construction de l'identité masculine en milieux précaires. Paris: La Découverte; 2005.
- Jimerson S, Morrison G, Pletcher S, Furlong M. Youth engaged in antisocial and aggressive behaviour: who are they? *Handbook of school violence and school safety. From research to practice (3-20)*. Hillsdale NJ: Laurence Erlbaum: Jimerson & Furlong; 2006.
- Kalff A, Hendriksen J, Kroes M, et al. *J Abnormal Child Psychol* 2002; 30(6):589-98.
- Kaplan H, Hadock B. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences*. Clin Psychiatry Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Kempes M, Matthys W, de Vries H, van Engeland H. Reactive and proactive aggression in children--a review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14(1):11-9.
- Kinsey R. "Les plus belles années de votre vie?". *Déviance soc* 1994; 18(1):55-88.
- Huesmann LR, Eron LD, Lefkowitz MM, Walder LO. Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 1984; 20:1120-34.
- INSERM - Institut National de la Santé et de la recherche médicale. *Ordre et désordre dans les quartiers de rue*. *Rev fr sociol* 1996; XXXVII:607-23.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, Williams B, Newcombe R, Craig IW, et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006; 11(10):903-13.
- Kingston L, Prior M. The development of patterns of stable, transient, and school-age onset aggressive behavior in young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(3):348-58.
- Kratzer L, Hodgins S. Adult outcome of child conduct problems: A cohort study. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25:65-81.
- Lafosse C. Diagnostiek in de neuropsychologie: gewikt en gewogen. *Tijdschr Klin Psychol* 2008; 38(1):66-9.
- Lecocq C, Hermesse C, Galand B, Lembo B, Philippot P, Born M. Violence à l'école: enquête de victimation dans l'enseignement secondaire de la Communauté française de Belgique. Etude interuniversitaire commanditée par le Ministère de la Communauté française de Belgique. Louvain-la-Neuve: Université Catholique de Louvain; 2003.
- Le Gall L. *Le rôle du nouveau père* Paris. Europ Science Foundation; 1972.
- Lepoutre D. Action ou vérité. Notes ethnographiques sur la socialisation sexuelle des adolescents dans un collège de banlieue. *Ville-École-Intégration*; 1999 March.



- Lepoutre D. La photo volée. Les pièges de l'ethnographie en cité de banlieue. Ethnol fr 2000; p. 89-101.
- Lepoutre D. Cœur de banlieue, codes, rites et langages. Paris: Poches Odile Jacob; 2001.
- Legrand LN, Keyes M, McGue M, Iacono WG, Krueger RF. Rural environments reduce the genetic influence on adolescent substance use and rule-breaking behavior. Psychol Med 2008; 38(9):1341-50.
- MACMH - Minnesota Association for Children's Mental Health. 2007.
- Main M, Hesse E. Parent's unresolved traumatic experience In: in Greenberg MT.
- Main M, Hesse E. Disorganised /disoriented child in the strange situation. Attachment and psycho-analysis. Roma: Laterza; 1992.
- Mauger G. Les bandes de jeunes: "des blousons-noirs aux loubards", "Jeunesses en rupture: dupes ou prophètes". Autrement 1975; 1:37-43.
- Mauger G. "Les mondes des jeunes". Sociétés contemporaines 1996; 21:5-15.
- Mauger G. "Culture(s) de rue", Sociogénèse et transformations des carrières déviantes In: Callue E, Jurmand J-P, Vulbeau A, editors. La place des jeunes dans la cité, tome 2, Espaces de rue, espaces de paroles. Paris: Harmattan; 2005. p. 277-306.
- Mauger G, Fossé-Pollak C. "Les loubards". Actes rech sci soc 1983; 50:49-67.
- Masten AS, Roisman GI, Long JD, Burt KB, Obradovic J, Riley JR, et al. Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. Dev Psychol 2005; 41(5):733-46.
- McBurnett K, Raine A, Stouthamer-Loeber M, Loeber R, Kumar AM, Kumar M, et al. Mood and hormone responses to psychological challenge in adolescent males with conduct problems. Biol Psychiatry 2005; 57(10):1109-16.
- Miller B, Cummings J. The human frontal lobes. New York: The Guilford press; 2007.
- Monod J. Les barjots, essai d'ethnologie des bandes de jeunes. Paris: Hachette; 2006.
- Moore TM, Scarpa A, Raine A. A meta-analysis of serotonin metabolite 5-HIAA and antisocial behavior. Aggress behav 2002; 28(4):299-316.
- Mucchielli L. Quelques réflexions critiques sur la "psychopathologie des banlieues". VEI Enjeux 2001; 126:102-14.
- Muris P, Ollendick TH. The role of temperament in the etiology of child psychopathology Clin Child Fam Psychol Rev 2005; 8(4):271-89.
- Murphy M, Wolkind S. The role of the child and adolescent psychiatrist..Unwilling to school. In: Berg P, Nursen P, Kahn J, editors: RCPsych; 1996. p. 129-55.

- Oliver A, Johnson M, Karmiloff-Smith A, Pennington B. Deviations in the emergence of representations: a neuroconstructivist framework for analyzing developmental disorders. *Dev Sci* 2000; p. 1-40.
- Olweus D. *Bullying at school: what we know and what we can do*. Cambridge: Blackwell; 1993.
- Oosterlaan J, Scheres A, Sergeant J. Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid AD/HD+ODD/CD. *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33(1):69-85.
- Ortiz J, Raine A. Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: a meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(2):154-62.
- Owens EB, Shaw DS. Predicting growth curves of externalizing behavior across the preschool years. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31(6):575-90.
- Pajer K, Stouthamer-Loeber M, Gardner W, Loeber R. Women with antisocial behaviour: long-term health disability and xxxx.
- Patterson G, Forgatch M. *Parents and adolescents living together*. Eugene: Castalia; 1987.
- Payet J-P. *Collèges de banlieue, ethnographie d'un monde scolaire*. Paris: Méridiens Klincksieck; 1995.
- Peeters J. *Moeilijke adolescenten*. Leuven: Garant; 1995.
- Peeters J. *Gedraag je of ... . Antisociaal gedrag: een overzicht en enkele voorstellen*. Caleidoscoop 1998.
- Pennington B. *The development of psychopathology*. New York: The Guilford Press; 2002.
- Popma A, Jansen LM, Vermeiren R, Steiner H, Raine A, Van Goozen SH, et al. Hypothalamus pituitary adrenal axis and autonomic activity during stress in delinquent male adolescents and controls. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31(8):948-57.
- Prins P. *Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een niet-aangeboren hersenletsel*. Handboek posttraumatische stoornissen bij kinderen met een niet-aangeboren hersenletsel. Vandermeulen, Ansink, Defares, ed. Utrecht: De Tijdstroom; 1997. p.249-55.
- Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30(4):311-26.
- Raine A. Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43(4):417-34.
- Raine A, Lencz T, Bihrlé S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(2):119-27; discussion 28-9.

- Rapin J. Children with brain dysfunction; neurology, cognition, language and behavior. New York: Raven Press ed.; 1982.
- Rhee SH, Waldman ID. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull* 2002; 128(3):490-529.
- Roskam I, Meunier J-C, Stievenart M, Van de Moortele G. Linking children's personal characteristics, externalizing behavior and relationships in family and social environments: some developmental cascades. In F. Columbus (Ed), *Psychology of relationships*. New York: Novascience edition; 2009.
- Rourke BP, Fuerst DR. Psychosocial dimensions of learning disability subtypes: neuropsychological studies in the Windsor Laboratory School. *Psychol Rev* 1992; 21:360-73.
- Routh D, Daugherty R. Conduct disorder. In: S. Hooper, G. Hynd, R. Mattison, editors. *Child psychopathology Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1992. p. 107-36.
- Rubin KH, Burgess KB, Dwyer KM, Hastings PD. Predicting preschoolers' externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. *Dev Psychol* 2003; 39(1):164-76.
- Rutter M. Syndromes attributed to "minimal brain dysfunction" in childhood. *Am J Psychiatry* 1982; 139(1):21-33.
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277(5328):918-24.
- Sauvadet T. *Le capital guerrier, concurrence et solidarité entre jeunes de cité*. Paris: Armand Colin; 2006.
- Scholte, EM. Psychosociale achtergronden van agressie bij jeugdigen. In: P.B. Defares en J.D. van der Ploeg (red.): *Agressie; determinanten, signalering en interventie*. Assen-Maastricht: Van Gorcum; 1991.
- Schore A. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton; 2003.
- Schwartz MF, Montgomery MW, Buxbaum LJ, Lee SS, Carew TG, Coslett HB, et al. Naturalistic action impairment in closed head injury. *Neuropsychology* 1998; 12(1):13-28.
- Seergant J, Geurts HM, Oosterlaan J. How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Brain Res* 2002; 130:3-28.
- Shaw DS, Lacourse E, Nagin DS. Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(9):931-42.
- Siegel A, Bhatt S, Bhatt R, Zalcman SS. The neurobiological bases for development of pharmacological treatments of aggressive disorders. *Curr Neuropharmacol* 2007; 5(2):135-47.

- Simpson AR. Raising Teens: a synthesis of research and a foundation for action. Boston: 2001.
- Slot N, Spanjaard H. Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgerichte hulpverlening. *Jeugd en samenleving* 1996; 1:3-19.
- Smeekens S, Riksen-Walraven JM, van Bakel HJ. Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: a longitudinal model. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(3):347-61.
- Smith CA, Farrington DP. Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(2):230-47.
- Snoek H, Van Goozen SH, Matthys W, Buitelaar JK, van Engeland H. Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. *Dev Psychopathol* 2004; 16(2):389-406.
- Spreen O, Risser A, Edgell D. *Developmental neuropsychology*. New York: Oxford University Press; 1995.
- Sroufe L. *Emotional development*. Cambridge University press; 1996.
- Stern D. *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Book; 1985.
- Stern D. *The motherhood*. New York: Basic Book; 1995.
- Stevens V, Van Oost P. *Pesten op school. Een actieprogramma*. Antwerpen: Garant; 1994.
- Stuss D. New approaches to prefrontal lobe testing (Eds). *The human frontal lobes*. New York: The Guilford press. In: Miller B, Cummings J, editors. New York 2007; p. 292-305.
- Stuss D, Alexander M. The anatomical basis of affective behaviour, emotion and self-awareness: a specific role of the right frontal lobe In: Hatano G, Okada N, Tanabe N, editors. *The 13th Toyota Conferenc*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 13-25.
- Stuss DT, Alexander MP, Hamer L, Palumbo C, Dempster R, Binns M, et al. The effects of focal anterior and posterior brain lesions on verbal fluency. *J Int Neuropsychol Soc* 1998; 4(3):265-78.
- Stuss DT, Bisschop SM, Alexander MP, Levine B, Katz D, Izukawa D. The Trail Making Test: a study in focal lesion patients. *Psychol Assess* 2001; 13(2):230-9.
- Stuss DT, Stethem LL, Hugenholtz H, Picton T, Pivik J, Richard MT. Reaction time after head injury: fatigue, divided and focused attention, and consistency of performance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989; 52(6):742-8.
- Stuss T, Pogue J, Buckle L, Bondar J. Characterization of stability of performance in patients with traumatic brain injury: variability and consistency on reaction time tests. *Neuropsychology* 1994; 8:316-24.

- Swanson J, Oosterlaan J, Murias M, Schuck S, Flodman P, Spence MA, et al. Attention deficit/hyperactivity disorder children with a 7-repeat allele of the dopamine receptor D4 gene have extreme behavior but normal performance on critical neuropsychological tests of attention. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2000; 97(9):4754-9.
- Tafferant N. "Les vertus du bizness", n°32, janvier-mars 2006, p. 12-15. *Nouveaux regards* 2006; (32):12-5.
- Tijdschrift Klinische Psychologie 2006; 36:221-8.
- Tremblay RE, Hartup WW, Archer J. *The developmental origins of aggression*. New York: Guilford Press; 2005.
- Trevarthen C. *The development of the intersubjectivity*, in Olson, D.R., Norton, New York. *The social foundation of the language and thought*, 1980.
- Trevarthen C. *The self born in the intersubjectivity*. New York: Cambridge university press; 1993.
- Troyer AK, Moscovitch M, Winocur G, Alexander MP, Stuss D. Clustering and switching on verbal fluency: the effects of focal frontal- and temporal-lobe lesions. *Neuropsychologia* 1998; 36(6):499-504.
- Tuvblad C, Zheng M, Raine A, Baker LA. A common genetic factor explains the covariation among ADHD ODD and CD symptoms in 9-10 year old boys and girls. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37(2):153-67.
- Vaissière C. « Les sociabilités adolescentes dans les quartiers difficiles ». *VEI Enjeux* 2002; 128:33-45.
- Van de Wiel NM, van Goozen SH, Matthys W, Snoek H, van Engeland H. Cortisol and treatment effect in children with disruptive behavior disorders: a preliminary study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(8):1011-8.
- Vanspringel K. Naar een geweldarme school. Een innoverend project. *Psychologos* 2007; p. 22-43.
- Van Waterschoot T, Noorduyn C, Swinnen H, Van Asch E. *Het ProS-project: een alternatief ambulante hulpverleningsmodel voor probleemgedrag op school*, 2006.
- Van Wonderen R, Klein T. *Agressie en geweld in het onderwijs. Is de school een veilige haven?* Leiden: Research voor Beleid in opdracht van het Ministerie van OCW; 2004.
- Vettenburg N, Elchardus, M. & Walgraven, L. *Jongeren van nu en straks. Overzicht en synthese van recent jeugdonderzoek in Vlaanderen*. Tiel: Lannoo; 2006.
- Viding E, Jones AP, Frick PJ, Moffitt TE, Plomin R. Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter? *Dev Sci* 2008; 11(1):17-22.
- Vienne P. "Violences à l'école. Neuf approches qualitatives". *Matière esprit* 2005; p. 2-3.

- Vienne P. "École et violences: du bricolage local aux tentations sécuritaires". *Diversité (anc VEI Enjeux)* 2006; (147):89-95.
- Vienne P. Comprendre les violences à l'école, coll. "Pratiques pédagogiques", deuxième édition revue et actualisée. Bruxelles: de Boeck; 2008.
- Vienne P. Au bonheur des experts, une analyse critique des réseaux d'experts de la violence scolaire. Paris: Syllepse; 2009.
- Vitaro F, Brendgen M, Barker E. Subtypes of aggressive behaviors: a developmental perspective. *Int J of Behav Dev* 2006; 30:12-9.
- Vloet TD, Konrad K, Huebner T, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B. Structural and functional MRI-findings in children and adolescents with antisocial behavior. *Behav Sci Law* 2008; 26(1):99-111.
- Wacquant L. Le gang comme prédateur collectif. *Actes rech sci soc* 1994; 101/102:88-100.
- Wacquant L. *Parias urbains, ghetto, banlieues, état*. Paris: La Découverte; 2005.
- Walgrave L. *Geweld op school. Onveiligheid en onveiligheidsgevoelens*. Brussel, Dep. Onderwijs, OBPWO 98.04 2001.
- Webster-Stratton C, Dahl R. Conduct disorder. *Advanced abnormal child psychology*. In M. Hersen & R. Ammerman ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1995.
- Welzer-Lang D. Virilité et virilisme dans les quartiers populaires en France. *VEI Enjeux* 2002; 128:10-31.
- Wilson SJ, Lipsey MW. The effectiveness of school-based violence prevention programs for reducing disruptive and aggressive behavior: a meta-analysis. *Intern J on violence and schools* 2006; 1:38-50.
- Winter J-P. Tentative de "viologie". De la violence II. Séminaire de Françoise Héritier. In: Jacob O, editor. Paris; 1999. p. 269-88.
- Zecca M. Instituts de rééducation et "troubles du comportement" comme symptômes du vacillement des repères anthropologiques et politiques. *VEI Enjeux* 2001; 126:115-30.
- Zoccolillo M, Pickles A, Quinton D, Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychol Med* 1992; 22(4):971-86.

## 4. DIAGNOSTIEK

### 4.1 Inleiding

Een handelingsgerichte diagnostiek streeft in de regel meerdere doelen na. Ze vindt namelijk plaats om deskundige oordelen te vormen over (Celestin-Westreich & Celestin, in press):

- a) de aan- of afwezigheid van de problemen bij het kind;
- b) de intensiteit en de aard van deze problemen, evenals over eventuele aanleidingen, oorzakelijke, instandhoudende of beschermende factoren, onder meer in de gezins- en bredere context;
- c) uitgaande van a en b, over de aard en de vorm van interventie of begeleiding die wenselijk is om de jongere en de omgeving te helpen bij het oplossen van of omgaan met de vastgestelde moeilijkheden.

In essentie houdt dit in dat de diagnostiek van de gedragsstoornis bij het kind zowel een beschrijvend als een verklarend luik omvat en bovendien uitmondt in relevante aanknopingspunten voor begeleiding.

### 4.2 Beschrijvende diagnose

#### 4.2.1 Richtlijnen (goede praktijken)

De beschrijvende diagnostiek omvat in de eerste plaats een *categorische classificatie* van de waarneembare gedragssignalen van het kind om deze te organiseren in het samenhangende geheel van kenmerken geïdentificeerd als gedragsstoornis. De categorische beschrijving is bij voorkeur gebaseerd op de criteria van *internationale classificatiesystemen* zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* of de *International Classification of Diseases (ICD)* om de continuïteit van de communicatie tussen hulpverleners te verzekeren (APA, 1994, 2000; WHO, 2005, 2007) (zie criteria hierboven). Op zich beperkt deze classificatie zich echter tot een aan- of afwezigheidsprincipe van symptomen. Ze dient daarom aangevuld te worden met een dimensionele beschrijving die ruimte laat voor de schatting van de intensiteit van de gedragsmanifestaties, die op een directe manier relevant is voor de klinische praktijk en het plannen van interventies.

#### 4.2.2 Methode

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van de classificerende diagnose te garanderen, wordt bij voorkeur een beroep gedaan op daartoe ontworpen (semi-)gestructureerde klinische interviews, zoals onder meer het *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)* en *Structured Interview for Diagnostic Assessment of Children (SIDAC)*, een aanpassing van de *Kiddie-SADS* voor DSM-IV (Orvaschel & Puig-Antich, 1994; Puig-Antich & Chambers, 1978; Shaffer et al., 2000). Voor verschillende van deze interviews zijn Nederlands-, en soms Franstalige aanpassingen beschikbaar (bv. Breton et al., 1995; Kasius, 1993). Zo'n werkwijze biedt het voordeel om de zuiver categorische diagnose aan te vullen met dimensionele en ontwikkelingsgebonden informatie en om daarenboven mogelijke verschillen aan het licht te brengen afhankelijk van de geïnterviewde persoon (ouder of kind) (zie ook 4.3.1).

#### 4.2.3 Beperkingen

Een zuiver classificerende diagnostiek van de gedragsstoornis bij jongeren volgens de DSM-IV of ICD is echter ontoereikend. Zelfs op beschrijvend vlak kent ze beperkingen inherent aan de huidige opbouw van deze classificaties (hoewel vermeld dient te worden dat de DSM V- revisie hier aanpassingen in voorziet). Zo weerspiegelen deze onvoldoende de (vroege) ontwikkelingsvariabiliteit en krijgen alle symptomen hetzelfde gewicht toegekend, terwijl de

verschillende gedragingen in de (klinische) praktijk niet dezelfde impact en implicaties hebben voor het kind en de omgeving. Zij blijft bovenal beschrijvend. **Om te begrijpen wat er aan de hand is en hoe het kind en meestal het gezin, geholpen kunnen worden, dient de diagnostiek rekenschap te geven van de biopsychosociale realiteit van de gedragsstoornis** (Achenbach & Rescorla, 2007; Castellanos, 2008; Celestin-Westreich & Celestin, in press; Cummings, Davies & Campbell, 2002; Zero to Three, 2005).

### 4.3 Evaluatie volgens het biopsychosociale model

#### 4.3.1 Richtlijnen (goede praktijken)

De handelingsrichtlijnen (“goede praktijken”) voor de diagnostische evaluatie van gedragsstoornissen bij jongeren bevelen daarom een *multi-agent-, multi-method-* benadering aan. Hoewel deze niet specifiek is voor de gedragsstoornissen alleen, kent ze bijzondere relevantie gezien de inherent multifactoriële aard van deze problematiek (cf. inleiding en vervolg van dit rapport). Hierna vatten we de inhoudelijke en methodologische argumenten en implicaties ervan samen.

In de eerste plaats zijn deze richtlijnen ingegeven door de vaststelling dat het ontstaan, de ontwikkeling en het instandhouden van gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten van *multidimensionele* aard is (Barkley, 2006; Hendren, 1999; INSERM, 2005). Hieruit vloeit logisch voort dat een degelijke schatting van de problematiek ook een systematische evaluatie vergt van de diverse mogelijke invloedsfactoren die ermee gepaard gaan. Meer precies is voor het ontstaan van een gedragsstoornis zelden een eenduidige oorzaak aan te wijzen. Het samenspel van persoonlijke, familiale en bredere omgevingskenmerken in het beloop van de gedragsstoornis bij een individuele jongere dient dan ook terdege gewogen. Bovendien geldt een belangrijke mate van *comorbiditeit*. Deze betreft in hoofdzaak middelenmisbruik (verslaving) en ADHD, maar ook bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis en depressie. Verder dient differentiaal diagnostisch onderscheid gemaakt te worden, bijvoorbeeld met een oppositionele stoornis, het ontstaan van een (vroegtijdige) bipolaire stoornis of een ongeïdentificeerde depressie (Barkley, 2006; INSERM, 2005; Steiner & Remsing, 2007).

Daarnaast dient ook de *maatschappelijke* dimensie van het begrip gedragsstoornis in rekening gebracht te worden. Een gedragsstoornis definieert zich meer specifiek in relatie tot een welbepaald maatschappelijk kader van regels, waarden en normen. Een bevattelijke diagnostische evaluatie van de gedragsstoornis zal dan ook aandacht schenken aan het mogelijke spanningsveld tussen de individuele ontplooiingsmogelijkheden en –beperkingen van de jongere (met inbegrip van de eigen socioculturele context) in verhouding tot zijn/haar maatschappelijke inbedding (dit vooral in de puberteit en adolescentieperiode) (CCNE, 2007; Kirmayer, 2005; TDMHDD, 2007; Vercaigne et al., 2001).

Tot slot onderschrijft het actuele kennisbestand de noodzaak om in de indicatiestelling, naast risicofactoren, ook *bronnen van veerkracht* te identificeren. In het bijzonder wijzen multimodale ontwikkelingsmodellen op de noodzaak inzicht te verwerven in de *belevingsdynamiek* van de jongere en zijn omgeving. De diagnostische evaluatie van processen zoals *coping* en de onderlinge afstemming tussen cognitieve controle en emotionele regulatie, draagt fundamentele inzichten bij voor de interventie- en preventieplanning (Barkley, 2006; Celestin & Celestin-Westreich, 2008; Cummings et al., 2002; Edwards et al., 2007; Mumford & Serra-Rolden, 2007; TDMHDD, 2007; WHO, 2005). We kunnen opmerken dat deze werkwijze meteen ook recht doet aan de plasticiteit van het ontwikkelingsproces. Anders gesteld, beoogt een dergelijke diagnostische aanpak determinisme te vermijden en mogelijkheden tot “verandering” te versterken.



### **4.3.2 Methodologie**

De specificiteit van het diagnostische proces bij jongeren doet zich zodoende sterk gelden in de gedragsstoornissen. Deze kan worden samengevat in de volgende triptiek (Celestin-Westreich & Celestin, in press):

- De jongere bevindt zich in een afhankelijkheidspositie tegenover ouders (lees bevoegde volwassenen).
- Er bestaat meestal een discrepantie tussen enerzijds de klachten en de hulpvraag van de aanmelder(s) (cf. de bevoegde volwassenen) en anderzijds deze van de jongere zelf.
- De jongere kent beperkingen qua expressieve en metacognitieve vaardigheden, inherent aan de ontwikkelingsfase.

Deze complexiteit *impliceert* dat voor de evaluatie van een gedragsstoornis systematisch informatie dient te worden ingewonnen:

- van meerdere informanten: de jongere zelf, de ouders en eventueel belangrijke derden (bv. school);
- via diverse verantwoorde methoden (aangepast aan de aard en leeftijd van de informant);
- in meerdere contexten (bv. thuis, school, sociaal netwerk).

### **4.3.3 Actuele stand van zaken (diagnostiek in de praktijk)**

Hoewel er *nood* is aan meer *grootschalige onderzoeken naar de diagnostische behoeften* in België, leiden praktijkervaringen en enkele systematische recensies tot een aantal vaststellingen (Germeijs et al., 2003; ITC, 2000; Vlaams Forum Diagnostiek, 2007).

In de praktijk is het vaak moeilijk om de “goede praktijken” ideaal te realiseren. Tijds- en andere concrete belemmeringen leggen veelal een rem op het uitvoeren van een omvattend diagnostisch onderzoek. Ook maatschappelijke evoluties neigen naar een diagnostische aanpak die moet beantwoorden aan *economische imperatieven* (namelijk qua snelheid en efficiëntie).

In de realiteit blijkt dat de formele diagnostiek van gedragsstoornissen bij jongeren zich nog al te vaak beperkt tot een minimum. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er tussen instellingen/centra *grote discrepanties* bestaan qua werkwijze. Deze zijn niet alleen afhankelijk van de filosofie en doelstellingen van de centra, maar ook in sterke mate van de beschikbare middelen in materiële en personeelstermen. Diagnostiek neemt tijd, vergt vorming en personeel; testmateriaal is duur.

Zo gebruiken universitaire centra veelal een uitgebreid diagnostisch proces en pakket. Toch geven pleeggezinnendiensten bijvoorbeeld aan niet over de mogelijkheden te beschikken om systematisch een expliciete diagnostiek door te voeren, ondanks de belangrijke plaats die gedragsstoornissen bij jongeren innemen in deze context. In een recensie in 2001 bij CLB (Centrum voor leerlingenbegeleiding)- medewerkers beslaat systematische gedragsevaluatie slechts 12% van de formele diagnostiek, terwijl 25% van de respondenten de *behoefte* vermeldt aan het gebruik van instrumenten op dit vlak (Germeijs et al., 2003).

Kortom, ondanks alle aanbevelingen en wetenschappelijke vorderingen is het ontbreken van formele diagnostiek van gedragsmatig functioneren nog een frequent, zij het vaak ongewild, praktijkgegeven. Een recent werkdocument met voorstel tot actieplan van het *Vlaams Forum voor Diagnostiek* om diagnostiek op de beleidskaart te krijgen, vat in dit verband de belangrijkste knelpunten samen. Deze omvatten onder andere een gebrek aan *intersectorale afstemming* qua diagnostische processen en producten evenals weinig *ondersteuning* aan wetenschappers om te werken aan testontwikkeling (Vlaams Forum Diagnostiek, 2007).

#### 4.3.4 Aanbevelingen

Het verzoenen van de “goede praktijken” met de reële praktijk blijft ongetwijfeld een uitdaging. Toch kan de wetenschappelijk onderbouwde benadering vertaald worden naar een aantal aanbevelingen, waarbij het toepassen van een boom- of skipstructuur kan bijdragen tot pragmatische vereisten in de diagnostiek van de gedragsstoornis. Zo vloeien uit onze bespreking de volgende richtlijnen voort op vlak van een diagnostisch proces, methode en/of instrumenten met oog voor alle ontwikkelingsdomeinen betrokken in de gedragsstoornis.

In de eerste plaats zal **het bestaan en de ernst van de gedragsstoornis bij de jongere vastgesteld moeten worden**. De aanvankelijke diagnostische fase is daarom bij voorkeur van *beschrijvende* aard om überhaupt na te gaan in welke mate aan de voorwaarden van de criteria voor een gedragsstoornis is voldaan. Naast de voornoemde toepassing van *internationaal gevalideerde classificatiesystemen* (zoals de DSM), zijn *brede band vragenlijsten* (zoals het ASEBA-systeem) nuttig in deze fase van screening en omschrijving (Achenbach & Rescorla, 2007; Barkley, 2006).

Aansluitend dienen de **ontwikkelings- en procesmatige aspecten verder geëvalueerd te worden** om inzicht te verwerven in zowel de oorzakelijke als instandhoudende factoren van de gedragsstoornis en dient men ook *handelingsgerichte aanknopingspunten* te vinden. Hoewel het multiaxiale principe van de DSM de multidimensionele aard van de gedragsstoornis suggereert, zijn de modaliteiten voor een grondige evaluatie hiervan immers niet uitgewerkt in het classificatiesysteem. Er dient dan ook met behulp van *andere methoden* dieper ingegaan te worden op de dynamische aspecten zoals persoonlijke attributies, cognitieve controle, emotionele regulatie, coping repertoire en veerkrachtbeleving van de jongere, de betrokken volwassenen (cf. de ouders) en eventuele omringenden (bv. *siblings*, leerkrachten, significante derden). Dit kan als volgt gerealiseerd worden (Barkley, 2006; Celestin-Westreich & Celestin, 2008 & in press; Esmeijer et al., 1999; Hendren, 1999; ITC, 2000; INSERM, 2005; Kirmayer, 2005; Steiner & Remsing, 2007).

##### a) Persoonlijke dimensie:

Omdat persoonlijkheidskenmerken een vroegtijdige risico-indicator blijken voor de ontwikkeling van een gedragsstoornis, zal **individuele diagnostiek** per definitie deel uitmaken van het proces.

De **kindontwikkeling** (van pre- en perinataal tot adolescentie) **dient op alle vlakken in kaart te worden gebracht** (via ouders, eventueel jongeren en heteroanamnese), met inbegrip van somatische of neurologische aspecten die risico- of ontstaansfactoren kunnen vormen. Een gestructureerde ontwikkelingsanamnese, eventueel onder de vorm van een zelf in te vullen vragenlijst, maakt zo standaard deel uit van het diagnostische onderzoek.

De jongere zelf wordt voor een gedragsstoornis meestal als een *minder* betrouwbare informant aanzien dan de ouders of andere volwassenen (dit in tegenstelling tot bv. angst of depressie). Hierbij dienen echter een aantal kanttekeningen geplaatst te worden:

- **Schatting van het intellectueel niveau** van functioneren is fundamenteel om de mogelijkheden en beperkingen van het kind adequaat te kunnen plaatsen.
- **Inzicht in de belevingswijze**, coping en cognitief-emotionele regulatie van de jongere is essentieel om het wordingsproces (lees: de *risk-resiliency* dynamiek) van de gedragsstoornis te begrijpen en van daaruit in te grijpen.
- Omdat gedragsstoornissen ook een **substantiële comorbiditeit** vertonen **met (posttraumatische) stress en internaliseringsproblemen**, hoewel nog vaak miskend in dit verband, verdienen deze systematisch geëvalueerd te worden via de jongere zelf die hiervoor *wel* een bevoorrechte informant is.

Evaluatie van de individuele of persoonlijke dimensie vereist zodoende ook een *risicotaxatie, en dit vanaf de aanvangsfase van de diagnostiek*. Vooral vanaf de puberteit is het evident dat deze taxatie bij de gedragsstoornis het risico tot *acting out (passage à l'acte)* naar anderen toe betreft. Om hoger genoemde redenen, dient ze echter ook de systematische en onmiddellijke screening voor risico ten opzichte van zelfbehoud (zelfmoordneiging) (*suicidalité*) te omvatten.

Naast (semi)gestructureerd interview, observatie en geijkte intelligentietoetsing, zijn tegenwoordig verschillende gestandaardiseerde instrumenten voorhanden om de meer dynamische aspecten van het kindfunctioneren systematisch na te gaan, zelfs op jonge leeftijd (bv. zelfbeoordelingsvragenlijsten rond *coping*, zelfwaarde en competentiebeleving, stressbeleving, zelfexpressie m.b.t. zelf- en gezinsbeleving). Deze instrumenten zijn veelal Engelstalig van oorsprong, soms Nederlandstalig. Gepubliceerde bewerkingen voor de Nederlandstalige Belgische populatie (Vlaamse normeringen) komen pas zeer recent op gang. In het Franstalige gebied zijn deze bewerkingen in nog mindere mate beschikbaar. Het promoveren van de ontwikkeling van gestandaardiseerde instrumenten die valide, betrouwbaar en genormeerd zijn voor de Belgische context strekt daarom tot aanbeveling.

#### *b) Familiale dimensie*

**Het belang van het gezin en de bredere familiale context in het ontstaan en/of instandhouden van gedragsstoornissen is vandaag de dag uitvoerig aangetoond. De belangrijkste invloedsfactoren die systematische evaluatie verdienen en relevante methoden hiervoor zijn:**

- **familiale beladenheid als risicofactor.** Dit gebeurt bij voorkeur door middel van (semi)gestructureerde interviews en heteroanamnese waarin de gezinshistoriek kan worden geëvalueerd;
- **rolpatronen, gezinsgrenzen, coalities/loyauteit problematieken:** hier wordt bv. veelal gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews en observatie;
- aspecten zoals **gezinsfunctioneren**, opvoedingspatronen, ouderlijke opvoedingsstress. Gestandaardiseerde en genormeerde (Nederlandstalige) vragenlijsten laten hier toe om probleemgebieden te identificeren die bijdragen tot de gedragsstoornis. Hoe jonger het kind, hoe groter de impact van het gezin. De rol die aan de ouders is toebedeeld om te kunnen ingrijpen is dan ook des te belangrijker en vereist een adequate evaluatie van de mogelijkheden en beperkingen in hun opvoedingsrol.

#### *c) Omgeving, context en cultuur*

**Stressvolle levensgebeurtenissen** (mogelijk ook ondergebracht bij a en b) **vormen risicofactoren voor gedragsstoornissen.** Het strekt tot aanbeveling deze systematisch na te vragen (bv. via interview). Ook gestandaardiseerde instrumenten nemen deze in toenemende mate op (vooral in Nederlandstalig gebied; bv. posttraumatische stressvragenlijsten voor kind en ouders, vragenlijsten over opvoedingsstress voor de ouders). Zulke gebeurtenissen kunnen het ontwikkelingstraject en de uitingen van de gedragsstoornis zowel direct als indirect beïnvloeden (bv. via respectievelijk kindbeleving en verstoring van de gezinsstructuur en –weerbaarheid).

**Aanpassingsmoeilijkheden en discrepanties tussen het persoonlijke identificatieproces van de jongere met dat van het gezin en de bredere socioculturele context** vormen eveneens te bevragen risicofactoren. Gestandaardiseerde instrumenten in dit domein komen vooral voort uit het Engelstalige gebied en werden tot nog toe in hoofdzaak voor onderzoeksdoeleinden toegepast. Bewerkingen en aanpassingen aan de Belgische maatschappelijke context zijn wenselijk in het licht van de socioculturele diversiteit die nu ook onze gebieden kenmerkt.

Verder vormen **socio-economische moeilijkheden** (bv. geldelijke of huisvestingsproblemen e.d.) substantiële risicofactoren die in rekening dienen te worden gebracht. Veelal gebeurt dit via interview en/of heteroanamnese, op multidisciplinair niveau.

#### d) *Ethisch – maatschappelijke dimensie*

Gezien meerdere van de symptomen of beschrijvende criteria van de gedragsstoornis verwijzen naar illegaal gedrag, dient een verantwoorde formulering van deze diagnose ook voldoende (kritisch) ter discussie gesteld te worden m.b.t. de finaliteit van het onderzoek door de diagnosticus.

Zo ook dient de reden of het doel van het onderzoek, evenals eventuele beperkingen wat betreft betrouwbaarheid van de ingewonnen informatie, vooraf duidelijk gesteld te worden aan alle betrokkenen.

### **4.3.5 Tot besluit**

De aangekaarte handelingsgerichte diagnostiek van de gedragsstoornissen streeft ernaar, eens de categorische diagnose geïdentificeerd is, ook *risicofactoren, individuele en contextuele processen en bronnen van veerkracht* aan het licht te brengen met het oog op een inzichtelijke indicatiestelling, interventie- en preventieplanning.

Inherent aan deze werkwijze is de aanpassing van de diagnostische methoden aan de leeftijd van het kind. Hoe jonger, hoe meer een beroep gedaan wordt op de informatie van de ouders. Met de leeftijd komt de actieve rol van de jongere als “deelnemende” partij (actor) in het diagnostische en interventieproces in toenemende mate centraal te staan. Verder verdient gebruik van geijkte instrumenten (zoals semigestructureerde klinische interviews, gestandaardiseerde vragenlijsten en belevingsproeven) aanbeveling om ongemerkte vermenging met persoonlijke waarden en normen van de clinicus in de diagnostiek van de gedragsstoornis te beperken.

De evaluatie van het geheel aan voornoemde factoren wordt dan ook bij voorkeur benaderd vanuit *een ontwikkelingspsychopathologisch “risk & resiliency” procesmodel*. Dit laat toe om diagnostisch rekenschap te geven van de wisselwerking tussen persoonlijke kwetsbaarheden van het kind en ouderlijke, opvoedings, gezins- en omgevingsinvloeden. Meer precies draagt aandacht voor onderstaande effecten bij tot het verwerven van inzicht in de dynamiek van de gedragsstoornis en tot het vinden van aanknopingspunten voor begeleiding:

- dosis-responseeffecten ter verklaring van de cumulatieve impact van risicofactoren;
- (afwezigheid van een) *goodness-of-fit* (bv. tussen het vroege kindtemperament en de ouderlijke opvoedingsvaardigheden);
- potentiële bronnen van veerkracht (bij het kind, het gezin of in de omgeving) die aanknopingspunten vormen voor de interventie- en preventieplanning.

*Grafische modelvoorstelling* van deze elementen vormt in dit opzicht een efficiënte manier om de probleemsamenhang, risico- en veerkrachtgebieden overzichtelijk en synthetisch in kaart te brengen.

## **4.4 Referenties**

- Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: implications for mental health assessment. New York: Guilford Press; 2007.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.

- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2000.
- Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford; 2006.
- Boutin G., Bessette L., & Montoya Y. (Réd.) La prévention de l'échec scolaire: une notion à redéfinir. Rev Rech Enseignement Educ Form Espaces Fr 2008; 7:83-97.
- Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, St-Georges M. Version française du Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25). Montréal: Hôpital Rivière-des-Prairies; 1998.
- Castellanos FX. Report of the DSM-V ADHD and Disruptive Behavior Disorders work group. (Section on DSM V work group reports), 2008. Available from: URL:<<http://www.psych.org/MainMenu/Research>>
- CCNE - Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Problèmes éthiques posés par des démarches de prévention fondés sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant. [on line] 2007. Avis n° 095. Available from: URL: <<http://www.ccne-ethique.fr/francais/pdf/avis095.pdf>>
- Celestin LP, Celestin-Westreich S. Faciliter les Ajustements Cognitifs et Émotionnels (FACE©) pour mieux prévenir l'échec scolaire. In: Martinez JP., Boutin.
- Celestin-Westreich S, Celestin LP. Observeren en rapporteren. Amsterdam: Education P; 2008.
- Celestin-Westreich S, Celestin LP. Kind, jeugd en gezinsdiagnostiek in FACE©-perspectief. Leuven: Acco; 2009.
- Cummings ME, Davies PT, Campbell SB. Developmental psychopathology and family process: theory, research, and clinical implications. New York: Press G; 2002.
- Edwards OW, Mumford VE, Serra-Roldan R. A positive youth development model for students considered at-risk. J Sch psychol 2007; 28(1):29-45.
- Esmeijer FJ, Veerman JW, H.M.P. vL. Structured interviews for dsm-classification of mental disorders in children and adolescents: a review. Dutch J of Psychiatry 1999; 41(4):209-18.
- Germeijs V, Verschueren K, Van der Vliet L. Een rondvraag naar de diagnostische middelen en de behoeftes in de CLB's Caleidoscoop 2003; 15(2):22.
- Hendren RL. Disruptive Behavior Disorders in Children en Adolescents. Rev Psychiatry 1999; 8(2).
- INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Inserm (ed); Coll. Expertises Collectives. Paris; 2005.
- ITC - International Test Commission. Internationale richtlijnen voor het gebruik van tests. ITC geautoriseerde Nederlandstalige bewerking door de Belgische Federatie

van Psychologen, Nederlands Instituut van Psychologen & Internationale Test Commissie(ITC) [on line].2000. Available from: URL: <<http://www.bfp-fbp.be/files/GuidsTestUseNL.pdf>>

- Kasius MC. Nederlandse vertaling van het Diagnostic Interview Schedule for Children disc 2.3 – Child Version & Parent Version. Rotterdam: Erasmus Universiteit & Academisch Ziekenhuis; 1993.
- Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005; 38(4):192-6.
- Orvaschel H, Puig-Antich J. The Kiddie-SADS-E, 5th revision. Ft. Lauderdale (FL): Nova Southwestern University; 1994.
- Puig-Antich J, Chambers W. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children. Unpublished interview schedule. New York: State Psychiatric Institute; 1978.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(1):28-38.
- Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(1):126-41.
- TDMHDD - Tennessee Department of Mental Health and Developmental Disabilities DoCL. Best practice guidelines for children and adolescents. Behavioral health services for children and adolescents [on line] 2007 Jul. Available from: URL: <<http://www.tennessee.gov/mental/BestPractice/bpg.pdf>>
- Vercaigne C, Walgrave L, Mistiaen P, Kesteloot C. Verstedelijking, sociale uitsluiting van jongeren en straatcriminaliteit., Samenvattend rapport onderzoek SP0688, Brussel: SSCT; 2001.
- Vlaams Forum Diagnostiek. Actieplan voor een coherent beleid voor diagnostiek in de social-profit, onderwijs en tewerkstelling-werkdocument verspreid in de Vlaamse universitaire instellingen: 2007 Jun.
- WHO - World Health Organization. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans 2005.
- WHO - World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2<sup>nd</sup> ed. 2007.
- Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Revised (DC:0-3R); 2005.

## **5. GEASSOCIEERDE STOORNISSEN EN COMORBIDITEIT**

Bij kinderen met gedragsstoornissen is er vaak sprake van een hoge comorbiditeit. De verschillende comorbide stoornissen moeten gezien worden als elementen die elkaar onderling beïnvloeden en die de adaptieve capaciteiten van kinderen en jongeren verzwakken. Het gebeurt dat agressieve, impulsieve of andere risicogedragingen leiden tot tragische consequenties met ernstige gevolgen voor het latere leven van de jongere.

Jongens met een gedragsstoornis lopen drie- tot viermaal meer gevaar om vóór hun 30ste te sterven dan jongens die deze stoornis niet vertonen. Meisjes lopen een significant grotere kans op één of meer ongewenste zwangerschappen. Voor beide seksen geldt dat ze een verhoogd risico hebben op het oplopen van seksueel overdraagbare aandoeningen (Keenan et al., 1999; Kratzner & Hodgins, 1997).

### **5.1 Aandachtsstoornissen met/zonder hyperactiviteit (ADHD) en oppositioneel opstandige gedragsstoornis (OOG)**

Een aantal longitudinale studies over comorbiditeit tonen aan dat ADHD (eerder hyperactiviteit en impulsiviteit dan aandachtstekort- Dodge et al., 2006; Hinshaw et al., 1993) en OOG de ontwikkeling van een gedragsstoornis in de hand kunnen werken.

Bijvoorbeeld: gedragsstoornissen komen vaker voor wanneer gedurende de kindertijd zowel ADHD als OOG aanwezig is (Biederman et al., 1996). De manifestaties van ADHD en van een gedragsstoornis kunnen in verschillende fasen in de ontwikkeling het gevolg zijn van éénzelfde onderliggend subklinisch proces (Rutter, 1997).

Op basis van 6 andere longitudinale studies (Broidy et al., 2003) in 3 verschillende landen (Canada, Nieuw-Zeeland, Verenigde Staten) en op basis van recent onderzoek naar de evolutie van de symptomatologie van de verschillende stoornissen, wordt aangetoond dat de manifestaties van ADHD en van gedragsstoornissen op hetzelfde moment naar voor komen (rond de leeftijd van 2 jaar). Het zou dus eerder gaan om een concurrente comorbiditeit.

Het lijkt erop dat ADHD een essentieel element is in het vroegtijdig optreden van een gedragsstoornis (Loeber et al., 1995). Impulsiviteit kan het storend gedrag in de kleuterleeftijd versterken (vooral bij jongens) met een toename van de graad van agressiviteit tot gevolg (Dodge et al., 2006). Comorbiditeit tussen gedragsstoornissen en ADHD zou, tijdens de kindertijd en de adolescentie, geassocieerd zijn met een geringere kwaliteit van de interpersoonlijke relaties (afwijzing door leeftijdsgenoten, het ontbreken van hechte vriendschappen, disfunctionele interacties met de ouders), sociale problemen, schoolmoeilijkheden en delinquentie (Gresham et al., 1998; Satterfield & Schell, 1997). Deze moeilijkheden worden meer uitgesproken met de tijd (Gresham et al., 1998) en kinderen met een combinatie van ADHD en gedragsstoornissen vertonen tijdens de adolescentie meer antisociaal en illegaal gedrag en worden bijgevolg frequenter geplaatst (Lyam, 1996; Soderstrom et al., 2004). Comorbiditeit leidt tot ernstigere moeilijkheden dan een op zich staande gedragsstoornis (Greene et al., 2002; Hinshaw et al., 1993). De associatie tussen hyperactiviteit, impulsiviteit, aandachtsmoeilijkheden en de gedragsstoornis zouden aanzienlijke niveaus van agressie en crimineel geweld veroorzaken (Lynam, 1996). Concreet werd er in Canada tijdens de kindertijd een comorbiditeitspercentage van 56% bij meisjes en van 59% bij jongens waargenomen. Dat percentage vermindert geleidelijk met de jaren en bereikt in de puberteit resp. 37 en 30% (Szatmari et al., 1989). Kortom, de comorbiditeit van gedragsstoornissen met ADHD wordt over het algemeen geassocieerd met een verergering van de symptomatologie van elke stoornis, een toename van het lijden, sociale en schoolproblemen (isolement door sociale afwijzing - Walker et al., 1987) en dus een snelle toename van de gedragsmoeilijkheden.

In de internationale classificaties (ICD-10 en DSM-IV) worden de oppositioeneel opstandige gedragsstoornis (OOG) en de gedragsstoornis in één algemene categorie ondergebracht (aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen in de DSM-IV). Anderen pleiten voor het maken van een onderscheid tussen beide stoornissen aangezien alle kinderen met OOG niet noodzakelijk aan een gedragsstoornis lijden (Biederman et al., 1996; Greene et al., 2002). Biederman en Greene onderzochten bij 1600 kinderen van 10 jaar het verband tussen de OSP en de gedragsstoornis. Deze onderzoeken toonden aan dat slechts een kwart van de kinderen (27,7 %) met OOG ook een gedragsstoornis vertoonden. Jongeren die zowel een gedragsstoornis als OOG vertonen, blijken een subgroep te vormen bij wie de ontwikkeling op een specifieke manier verloopt. Een andere speciale vorm wordt zichtbaar in het verband tussen OOG en lichamelijke agressiviteit in de puberteit, dat zowel op klinisch als ontwikkelingsvlak naar voor komt. Dit bijzondere klinische profiel van de gedragsstoornis kan predisponerend zijn voor een antisociale persoonlijkheid bij volwassenen (Loeber, 1998 ;Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). OOG als voorloper op de gedragsstoornis zou eveneens als vroegtijdige marker van ontwikkelingsmechanisme herkend kunnen worden. Het treedt vanaf jonge leeftijd op en groeit langzaam in omvang om uiteindelijk over te vloeien in een pathologie.

Het INSERM-rapport (INSERM, 2005) beklemtoont nochtans de vaststelling dat lichamelijke agressie in de lagere school gewelddadig gedrag in de pubertijd beter kan voorspellen dan ADHD of OOG. We merken eveneens op dat deze drie stoornissen over het algemeen op hetzelfde moment in de loop van de eerste kinderjaren beginnen en dat ze elkaar vervolgens tot in de puberteit wederzijds beïnvloeden. Als een jongere een comorbide gedragsstoornis met OOG en ADHD ontwikkelt, begint die stoornis gemiddeld drie en een half jaar vroeger dan wanneer hij enkel OOG heeft (Loeber et al., 1995). De gevolgen voor de ontwikkeling van de jongere en zijn/haar toekomstperspectieven worden duidelijk minder positief. De mogelijkheid bestaat om later een antisociale persoonlijkheidsstoornis te verwerven die door het vroegtijdig ontstaan vaak zwaarder doorweegt (Farrington et al., 1998; Moffitt & Caspi, 2001).

## **5.2 Misbruik van tabak, alcohol en andere drugs**

Naast OOG en ADHD bestaat er een reeks andere factoren die met gedragsstoornissen geassocieerd wordt. Hieronder valt het misbruik van middelen zoals tabak, alcohol en verschillende drugs. Het hebben van een gedragsstoornis zou overigens de meest voorspellende factor zijn voor het misbruik van middelen (Disney et al., 1999).

Net zoals de gedragsstoornis komt het vroegtijdige en overdreven verbruik van middelen en de ontwikkeling van toxicomanie vaker voor bij jongens dan bij meisjes (Van Kammen et al., 1991). Het middelengebruik van meisjes neemt echter wel toe wanneer ze in de puberteit komen (Boyle et al., 1993; Zimmermann et al., 2005). Dit moet echter genuanceerd worden, aangezien meisjes vaker vroeger geïnitieerd worden in het gebruik van cannabis dan jongens.

Naast deze algemene overwegingen hebben sommige onderzoekers bevestigd dat de gedragsstoornis het misbruik van stoffen in de hand werkt (Boyle et al., 1993). Ze opperen echter ook dat de gedragsstoornis en het misbruik van stoffen elkaar wederkerig negatief beïnvloeden:

- Jonge druggebruikers vertonen aanzienlijke niveaus van agressiviteit, geweld, antisociaal gedrag en affectieve problemen (Myers et al., 1998).
- Als één van de twee problemen toeneemt, zal de andere ook sneller verschijnen.
- Die wederzijdse verslechtering kan niet uitsluitend verklaard worden door sociale of culturele factoren (organisatie van de familie, sociale, etnische groep waartoe ze behoren, enz.).



- In een toekomstperspectief zal de associatie tussen de gedragsstoornis en het drugverbruik de aanpassingsmoeilijkheden in dergelijke mate verergeren, dat het normale leven van de personen die aan deze stoornissen lijden vaak in gevaar komt (schoolverlating, handelen in verdovende middelen en/of wapens, vroegtijdige en/of ongewenste zwangerschappen, sneller verschijnen van een antisociale persoonlijkheid, voortduren van de delinquentie tijdens de volwassen leeftijd (Born 2002; Boyle et al., 1993).

### **5.3 Stemmings- en angststoornissen**

De stemmings- en angststoornissen en hun symptomen worden, ongeacht de leeftijd, met de gedragsstoornis geassocieerd (drie- tot viermaal frequenter bij kinderen met een gedragsstoornis - Zoccolillo, 1992) en meer in het bijzonder met agressiviteit (Quiggle et al., 1992).

#### **5.3.1 Stemmingsstoornissen en zelfmoordrisico**

De stemmings- en gedragsstoornissen zijn over het algemeen met elkaar verbonden. Een gevoel van onbehagen of een slecht humeur vergroten de agressiviteit en het geweld, terwijl gedragsproblemen kunnen leiden tot droefheid bij de persoon die aan de gedragsstoornis lijdt. Als stemmings- en gedragsstoornissen beiden tot uiting komen, worden ze vaak geassocieerd met het misbruik van verdovende middelen en met een hoog aantal van zelfmoordpogingen bij jongeren (Harrington et al., 1991; Miller-Johnson et al., 1998). In de CIM10 bestaat de categorie "gedragsstoornis met depressie" (stemt niet overeen met een DSM IV-diagnose) die een bijzonder ontwikkelingsparcours zou volgen, maar waarvan de wetenschappelijke kennis thans nog maar in de kinderschoenen staat.

#### **5.3.2 De angststoornissen**

Jonge kinderen, in het bijzonder jongens, met een gedragsstoornis gecombineerd met een angststoornis, lijken vaak beter aangepast (positievere vriendschapsbanden, minder gevaar voor mislukking op school, minder verbruik van psychoactieve stoffen) en minder agressief dan kinderen met enkel een gedragsstoornis (Walker et al., 1991). Op dezelfde wijze hebben jongens van vijf jaar, die impulsiviteit en een angststoornis vertonen, een gunstigere prognose wat betreft antisociaal gedrag dat tussen tien en dertien jaar verschijnt, en dit in tegenstelling tot hun leeftijdsgenoten die wel impulsief maar niet angstig zijn (Tremblay, 1994). De angst zou bijgevolg een beschermend effect op de gedragsstoornis kunnen uitoefenen, hoewel dit effect beperkt blijft tot de kindertijd. Kinderen die minder agressief zijn tijdens de kindertijd wegens het matigend effect van angst, vertonen meer agressiviteit vanaf het begin van de puberteit, terwijl jongeren die enkel de symptomatologie van de gedragsstoornis vertonen, een lichte afname hadden van hun agressief gedrag (Walker, 1991). Deze paradox kan verklaard worden door het heterogeen karakter van de angst: vrees en bijgevolg inhibitie die jongeren tegen de risicofactoren beschermen of sociale teruggetrokkenheid waardoor er isolement optreedt die het risico op agressiviteit vergroot.

De *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) lijkt de angststoornis te zijn die het vaakst met een gedragsstoornis gepaard gaat (Reebye et al., 2000). Verder is er bij deze stoornis het geslachtseffect: meisjes met een gedragsstoornis lopen meer gevaar om PTSD te vertonen dan jongens (Cauffman, 1998). Bovendien is de geassocieerde symptomatologie (anhedonie, slaap- en aandachtsstoornissen) eveneens sterker aanwezig bij meisjes (Cauffman et al., 1998). De verklaring voor dit geslachtsverschil kan gelegen zijn in de aard van het trauma; meisjes zijn veel vaker het slachtoffer van seksueel geweld, terwijl jongens meer het onderwerp zijn van lichamelijke agressie, ongevallen of getuige zijn van een overlijden (Reebye et al., 2000).

## 5.4 Sociale en schoolproblemen

### 5.4.1 Sociale afwijzing

Gelet op de symptomatologie van de gedragsstoornis, zowel wat betreft uitlokkende, oppositionele als agressieve handswijzen, is het vanzelfsprekend dat jongeren die deze symptomen vertonen moeilijkheden zullen hebben in de omgang met andere kinderen. Hun neiging om de anderen verantwoordelijk te stellen voor wat hen overkomt en hun selectieve aandacht voor negatieve elementen van verschillende sociale situaties, zetten hen ertoe aan om de gebeurtenissen op een vertekende wijze te interpreteren (Dodge et al., 1990). Op het moment dat een kind zijn bedoelingen op een ambigue wijze duidelijk maakt, zien jongeren met een agressief temperament daar vijandige, provocerende of agressieve bedoelingen in, terwijl jongeren zonder moeilijkheden die beoordeling niet maken. Deze vijandige interpretaties legitimeren dan ook agressief gedrag, wat op zijn beurt leidt tot sociale afwijzing door kinderen in de klas of elders (Kindelberger, 2004). Sociale afwijzing ten gevolge van de gedragsstoornis (vooral het slecht gesocialiseerde type) kan leiden tot een instandhouding of verergering van de symptomatologie. Deze kinderen ontwikkelen immers hun agressiviteit en in plaats van compromissen te sluiten, zoeken ze conflicten op. Van de jongeren tussen 7 en 8 jaar die al minimum twee jaar afgewezen zijn, vertoont 50 % gedragsstoornissen in de puberteit. Dat percentage daalt tot 9% indien de kinderen niet het voorwerp zijn geweest van sociale afwijzing (Coie & Lenox, 1994).

Nog meer onrustwekkend is het feit dat de sociale afwijzing bijdraagt tot het ontwikkelen van een band tussen kinderen (vooral jongens) met een gedragsstoornis. Deze band kan in bepaalde gevallen gaan lijken op een delinquente groep van jongeren. Hierdoor kan het chronische en intense karakter van hun stoornis versterkt worden (in het bijzonder agressieve handelingen en geweld - Keenan et al., 1995). **Het al dan niet behoren tot een gang kan het zelfbeeld beïnvloeden. De jongeren die tot een gang behoren, zullen trots zijn door de angst die ze veroorzaken en de vriendschap die ze krijgen van hun gedragsgestoorde gelijken, ook al worden ze door niet-gedragsgestoorde jongeren afgewezen.** Bijgevolg zal een gevoel van verbondenheid met een afwijkende sociale groep en een positief beeld van persoonlijke en sociale competentie ontstaan, wat op zijn beurt een hogere zelfwaardering zal veroorzaken, die zich spijtig genoeg tegen anderen zal keren. Een agressor ziet zichzelf over het algemeen als beter dan een slachtoffer. Omgekeerd vertonen gedragsgestoorde jongeren die afgewezen of geïsoleerd worden vaker een lagere zelfwaardering dan geïsoleerde jongeren die niet gedragsgestoord zijn (Graham et al., 2006).

### 5.4.2 Schoolmoeilijkheden

Kinderen met oppositioneel opstandig gedrag krijgen in de loop van hun schoolloopbaan meer en meer negatieve reacties van hun leerkrachten en worden vaak door hun leeftijdsgenoten afgewezen. Bij het begin van de puberteit worden ze gevoeliger voor de verkeerde invloeden van hun leeftijdsgenoten (Loeber et al., 1990). Op het moment dat ze in de pubertijd komen, lopen ze een hoog risico op het gebruik van middelen, het stellen van delinquente handelingen en het mislukken op school (Loeber, 1990; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Vroegtijdige preventieve interventies kunnen een invloed hebben op het agressieve gedrag van kinderen (gedrag dat normaliter steeds stabiel wordt) vooraleer de additionele risicofactoren zich opstapelen en ze in een patroon van antisociaal gedrag vervallen.

Bij een aantal kinderen leidt de gedragsstoornis in de lagere school tot een verwijzing naar het buitengewoon onderwijs of een plaatsing in een instelling. De kans op verstoring van de schoolloopbaan of zelfs vroegtijdig afhaken verhoogt hierdoor (Coslin, 2006). Uit een meta-analyse blijkt dat kinderen met een zwak schoolrendement tweemaal zoveel gevaar lopen

om zich agressief of delinquent te gedragen dan jongeren met een gemiddeld rendement. Het agressieve gedrag zal ook vroeger, chronischer en ernstiger tot uiting komen (Maguin & Loeber, 1996).

## **5.5 Risicogedrag**

Jongeren met een gedragsstoornis vertonen heel vaak risicogedrag zoals gevaarlijk autorijden, boulimie, pyromanie, onbeschermd seksuele contacten, zelfmoordpogingen of pogingen tot zelfverminking, misbruik van stoffen, extreme sporten,... Al deze gedragingen zijn aan elkaar gelinkt en beïnvloeden elkaar wederzijds. Deze samenhang kan verklaard worden door emotionele en gedragskenmerken zoals impulsiviteit of een lage frustratietolerantie. Verder kan de verklaring liggen in hun behoefte aan prikkeling, het zoeken naar sensatie en hun neiging tot het uittesten van de grenzen van het toelaatbare of het veilige, afwijkend gedrag t.o.v. de norm of van de zone van veiligheid. Dit gedrag kan ook rechtstreeks het gevolg zijn van hun cognitieve onvermogen om de negatieve gevolgen van hun handelingen in te schatten (Bulik et al., 1995; Jessor, 1984; Martin et al., 2004; Nagata et al., 2002; Schaffer et al., 1996).

## **5.6 Psychopathie**

### **5.6.1 Inleiding**

De psychopathische persoonlijkheidsstoornis (PPS) is een diagnostisch concept dat vooral in forensische psychologie en psychiatrie van toepassing is.

PPS is geen officiële DSM-IV-diagnose. De DSM-IV beschrijft binnen de cluster-B persoonlijkheidsstoornissen zowel de borderline (BPS), narcistische (NPS), theatrale (TPS) als antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS). De term psychopathie komt enkel voor als mogelijk synoniem voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis (naast sociopathie en dissociale persoonlijkheidsstoornis). Deze gelijkschakeling is te betreuren. Onderzoek (Hare, 1991, 2003) heeft aangetoond dat de relatie tussen de antisociale en psychopathische persoonlijkheidsstoornis asymmetrisch is: de meeste personen die als PPS worden gediagnosticeerd krijgen eveneens een diagnose APS, terwijl slechts een subset van deze met APS eveneens voldoen aan de criteria voor een diagnose PPS.

Er bestaat ten aanzien van de criteria voor PPS ruime klinische eensgezindheid (en historische stabiliteit). Deze kenmerken kunnen op zowel gedragsmatig, affectief, cognitief als interpersoonlijk gebied worden samengevat. Gedragsmatig vertoont een persoon met PPS impulsiviteit, sensatiezucht, frequente schending van sociale verwachtingen en normen (in het bijzonder criminaliteit en middelenmisbruik) en het niet vervullen van sociale verplichtingen en verantwoordelijkheden. Interpersoonlijk vallen de volgende kenmerken op: grandiositeit, egocentriciteit, manipulatie, instrumentele agressie, onvermogen om zich langdurig te hechten en gebrek aan empathie, berouw en schuldgevoel. Op cognitief vlak treffen we opnieuw en gebrekkige controle aan (wat vaak leidt tot mythomane fabels en een al dan niet (doorzichtige) leugenachtigheid), het onvermogen te plannen, een slechte aandachtsregulatie (met grote gevoeligheid voor verandering in momentane doelstellingen en verlangens), een habituele externe verantwoordelijkheidsattributie en vaak ook een vijandige attributiebias. Op het affectieve domein ten slotte, zijn er weinig diepgaande gevoelens, maar spreekt men van kortdurende emotie-uitingen i.f.v. situationele kenmerken, maar zonder persoonlijke investering, met een afwezigheid van angst en internaliserende problemen, een lage reageerbaarheid (tenzij t.a.v. de eigen lustbeleving), kilheid en afwezigheid van morele emoties. In het bijzonder worden deze affectieve kenmerken geacht te kunnen differentiëren tussen PPS en APS (en BPS).

Hare (1991, 2003) construeerde een beoordelingslijst, de *Psychopathy Checklist*, die ondertussen aan haar tweede editie toe is (de PCL-R). Dit instrument behaalt een bijzonder

indrukwekkend niveau van betrouwbaarheid en validiteit en wordt internationaal aanvaard als de enige wijze waarop een verantwoorde PPS-diagnose gesteld kan worden.

Schema 3 toont de 20 items van deze beoordelingslijst. Ze worden verdeeld over twee factoren, die elk twee facetten van PPS meten. De eerste factor verwijst naar een emotioneel kille, egocentrische en manipulerende omgang met andere personen. Het eerste facet groepeert items i.v.m. de typerende interpersoonlijke stijl; het tweede facet bevat items die het affectieve deficit beschrijven. De tweede factor bevat items die een impulsieve, sensatiezoekende en antisociale levensstijl typeren: één facet bevat de impulsiviteitsitems, een tweede de antisociale kenmerken.

De PCL-R wordt gescoord op basis van een uitgebreid dossieronderzoek (heteroanamnestische gegevens, verslagen over het functioneren op werk, school en in relaties, deskundigenonderzoeken, enz.) en, indien mogelijk, een semigestructureerd interview. Doelstelling is om het functioneren op alle belangrijke levensdomeinen doorheen de levensloop in kaart te brengen en dit a.h.v. zowel autoanamnese als heteroanamnese.

Precies omdat een uitgebreid dossier voorhanden moet zijn, vraagt het gebruik van de PCL-R nogal wat tijd en zullen er contexten zijn waar het gebruik van het instrument onmogelijk is (bv. in een ambulante behandelingscontext of wanneer de te onderzoeken persoon nog niet (vaak) in contact is gekomen met bv. psychiatrische of justitiële diensten). Om de PCL-R te scoren dient een intensieve training gevolgd te worden.

Goede kennis van de PCL-R is ook voor werken met jongeren enorm belangrijk. De PCL-R drukt immers de consensusdefinitie uit van PPS en fungeert daarom als maatstaf (zowel diagnostisch als prognostisch) voor onderzoek naar de vroegtijdige aanwezigheid en ontwikkeling van deze psychopathische kenmerken.

Schema 2: Factoren en Facetten van de *Psychopathy check list* (PCL-R-Hare, 2003)

**Factor 1: egocentrisch, kil, en gewetensloos misbruik van anderen**

**Facet 1: Interpersoonlijk**

Glad/oppervlakkig charmant  
Grandiositeit  
Pathologisch liegen  
Manipulerend gedrag

**Facet 2: affectief**

Gebrek aan berouw  
Ontbreken van emotionele diepgang  
Kil/gebrek aan empathie  
Geen verantwoordelijkheid

**Factor 2: chronisch instabiele en antisociale levensstijl**

**Facet 3: levensstijl**

Prikkelhongerig  
Parasitaire levensstijl  
Geen realistische doelen op lange termijn  
Impulsiviteit  
Onverantwoordelijkheid

**Facet 4: antisociaal**

Gebrekkige gedragscontrole  
Gedragsproblemen op jonge leeftijd  
Jeugdcriminaliteit  
Schending van opgelegde voorwaarden  
Veelsoortige criminaliteit

**Alleenstaande items:**

Promiscue seksueel gedrag  
Veel kortstondige partnerrelaties

### 5.6.2 De ontwikkeling tot een psychopathische persoonlijkheidsstoornis

PPS als diagnose kan in principe pas gesteld worden vanaf de meerderjarigheid. Toch is ook voor PPS gebleken dat er belangrijke voorlopers doorheen de ontwikkeling geïdentificeerd kunnen worden. Deze vaststelling lag mee aan de wieg van een momenteel erg actieve onderzoekstraditie waarin wordt nagegaan of, en zo ja, hoe ontwikkelingspsychologische voorlopers van deze stoornis gedetecteerd kunnen worden. In het bijzonder wordt gedacht dat een constellatie van kilheid en emotionele oppervlakkigheid, narcisme en impulsiviteit belangrijke risicofactoren zijn voor de latere ontwikkeling van PPS (Blair et al., 2005; Frick & Marsee, 2006).

Er is op dit moment heel wat onderzoek naar hoe detectie van deze kenmerken ertoe kan bijdragen een betere differentiatie te maken binnen de groep van antisociale jongeren. Een suggestie is bv. dat het door Moffitt (1993) gemaakte onderscheid tussen “vroege starters” (*life-course-persistent*) en adolescentiegebonden delinquentie (*adolescence-limited*), diagnostisch scherp gesteld kan worden door inclusie van deze psychopathische kenmerken — vroege starters zouden dan de jongeren zijn die hoog scoren op deze psychopathische kenmerken en op volwassen leeftijd een diagnose PPS zouden krijgen.

In termen van de bestaande DSM-IV- nomenclatuur stellen Frick en Hare (2001) vast dat **psychopathische kenmerken ook bij jongere groepen onder te brengen zijn in enerzijds een affectieve en interpersoonlijke en anderzijds een gedragsmatige cluster. De kenmerken uit deze laatste cluster (impulsiviteit, regelovertrekend gedrag) overlappen in grote mate met de diagnostische criteria van gedragsstoornissen. De affectieve en interpersoonlijke kenmerken daarentegen, zijn veel minder in die criteria vertegenwoordigd en bieden het potentieel tot subtypering binnen de groep van kinderen en jongeren met gedragsstoornissen.**

In een intussen indrukwekkende reeks studies (voor een recente review, zie Frick & White, 2008) werden verschillen vastgesteld tussen kinderen met gedragsstoornissen die ook het affectief/interpersoonlijk deficit vertonen en kinderen met gedragsstoornissen bij wie dat niet het geval is. Een aantal van die verschillen hebben te maken met de aard en ernst van de gedragsproblematiek. Cross-sectionele studies in diverse steekproeven (bevolkingsgroepen en klinische groepen, adolescenten en lagereschoolkinderen, jongens en meisjes) tonen aan dat de aanwezigheid van de affectieve en interpersoonlijke deficits geassocieerd is met een vroegere aanvang van de gedragsproblemen, meer ernstige overtredingen, grotere gewelddadigheid en minder vooruitgang in behandeling. Longitudinale studies suggereren dat de aanwezigheid van affectieve en interpersoonlijke deficits voorspellend is voor herval in delinquent gedrag, snelheid van herval na ontslag uit een instelling, toename in gedragsproblemen, contact met politie en zelfgerapporteerd delinquent gedrag over een periode van vier jaar.

Daarnaast vertonen gedragsgestoorde jongeren met en zonder affectieve en interpersoonlijke deficits ook een ander profiel van risicofactoren en –processen, wat mogelijk indicatief is voor differentiële ontwikkelingstrajecten. Kinderen en jongeren uit de eerste groep (met affectief/interpersoonlijk deficit) hebben een sterke neiging tot sensatiezoeken, zijn relatief minder gevoelig voor straf dan voor beloning en reageren zowel fysiologisch als gedragsmatig minder sterk op bedreigende en emotioneel gevoelige prikkels dan kinderen uit de tweede groep. Kinderen en jongeren uit de tweede groep situeren zich aan het andere uiteinde van het continuüm van emotionele reactiviteit: zij blijken juist in hoge mate reactief ten aanzien van emotionele en bedreigende stimuli en reageren sterk op sociale provocatie. Hun agressieve en antisociale gedrag is ook sterker gerelateerd aan (disfunctionele) opvoedingspraktijken en intelligentiedeficits dan dat van de eerste groep.

M.a.w., **ernstig antisociaal gedrag kan een aspect of uitkomst zijn van verschillende ontwikkelingstrajecten** (Cichetti & Rogosh, 1996). Het verwerven van inzicht in ontwikkelingstrajecten naar ernstige gedragsproblemen kan handvatten leveren voor het

veranderen en voorkomen van deze problemen. **Gegeven dat de efficiëntie van behandelingen voor *conduct disorder* met de leeftijd lijkt af te nemen, kan het identificeren van ontwikkelingsvoorlopers belangrijke kansen bieden om afwijkende ontwikkelingstrajecten in een vroeg stadium alsnog om te buigen.** Kennis over specifieke ontwikkelingsprocessen die verkeerd lopen bij specifieke subgroepen kan mogelijk beter haalbare interventiedoelen aanduiden, gericht op het bevorderen van een prosociale ontwikkeling. Voorbeelden zijn **interventies met als doel het stimuleren van de empathieontwikkeling** (Chi-Ming et al., 2003) **of de ontwikkeling van emotieregulatie** (Larson & Lochman, 2003) nog vóór de gedragsproblemen zo ernstig zijn dat ze aanleiding geven tot een klinische diagnose.

Samenvattend ligt **het grote belang van diepgaand onderzoek naar (en klinische aandacht voor) de ontwikkeling (en aanwezigheid) van psychopathische kenmerken in het gegeven dat het kan helpen differentiëren tussen verschillende subgroepen van gedragsgestoorde jongeren om van hieruit een betere preventie én tijdige behandeling te organiseren.**

### **5.6.3 Vroegtijdige detectie van psychopathische kenmerken.**

Onderzoek heeft aangetoond dat de PCL-R ook bij adolescenten gebruikt kan worden (Hare, 2003). Toch werd een **adolescente versie van de PCL-R** (de PCL:YV) (Forth et al., 2003) gemaakt, die binnenkort ook in Nederlandstalige versie beschikbaar zal zijn (Das et al., 2008). De PCL:YV behoudt dezelfde structuur en beoordelingsmethodiek als de PCL-R, maar herformuleert verschillende onderdelen zodat ze meer leeftijdsrelevant zijn en aangepast aan de ontwikkelings- en leefsituatie van adolescenten. De PCL:YV is in principe te gebruiken voor kinderen van 11 tot 18 jaar. Ook de PCL:YV veronderstelt echter een voldoende rijk (psychosociaal, psychiatrisch en juridisch) dossier waar de ontwikkeling van de jongeren doorheen de belangrijke levensdomeinen gedocumenteerd wordt — een vereiste die zeker in de Belgische context en wetgeving vaak niét gerealiseerd is — al is het maar omdat de beschikbare informatie niet vrijgegeven wordt.

In een poging deze beperking te omzeilen werden enkele instrumenten ontwikkeld die gebruik maken van een zogenaamde *cross-informant* methodologie, waarbij zowel de jongere, ouders als leerkracht (of bv. opvoeder, begeleider) worden bevraagd. **De belangrijkste instrumenten zijn:**

- de *Antisocial Process Screening Device* die de narcistische, impulsieve en kil/emotioneel oppervlakkige aspecten van een psychopathische ontwikkeling meet (Bijttebier & Decoene, 2008 voor de Nederlandstalige aanpassing; Bijttebier & Decoene, 2005 voor de kleuterversie; Frick & Hare, 2002);
- de *Inventory of Callous-Unemotional Traits* die de kil/emotioneel oppervlakkige kenmerken bij jongeren vaststelt (Frick, 2003; Roose et al., 2009 (voor de Nederlandse vertaling));
- de *Childhood Psychopathy Scale* (Bijttebier & Decoene, 2008; Lynam, 1996, 1997) die veertien PCL-R- items operationaliseert en vooral in klinische settings is gevalideerd (in het bijzonder binnen de Pittsburgh Youth Study (Loeber et al., 2008).
- Er is ten slotte ook de *Youth Psychopathic Traits Inventory* (Andershed et al., 2002; Nederlandse vertaling: Das & De Ruiters, 2002; Van Baardewijk et al., 2008) die enkel in zelfrapporteringversie bestaat.

Alhoewel deze instrumenten belangrijke wetenschappelijke ontwikkelingen zijn, is hun gebruik (met uitzondering van de *Childhood Psychopathy Scale*) in de klinische praktijk erg voorbarig. Het is bv. nog niet duidelijk hoe de *multi-informant* methodiek, die het ontwerp van de gestructureerd-klinische beoordeling bij de PCL:YV typeert, aangepast kan worden naar zelfrapportering of gereduceerd naar een beperkte set van vastliggende items die door twee of drie informanten worden beoordeeld. M.a.w., wie in de klinische praktijk wil toetsen of een

minderjarige delinquent getypeerd kan worden als psychopatisch, kan dit op dit moment enkel met de PCL:YV en m.b.t. screening met de *Childhood Psychopathy Scale*.

Het veralgemenen van een complexe diagnostische categorie zoals PPS naar minderjarigen toe, riskeert echter deze jongeren te stigmatiseren (Decoene & Bijttebier, 2008). Bovendien is er evidentie dat de als belangrijk geachte PPS-kenmerken niet zomaar naar bv. de lagerschoolleeftijd vertaald kunnen worden (Decoene & Bijttebier, 2008). Meer wetenschappelijk onderzoek, ook bij klinische steekproeven, zal moeten aantonen welke instrumenten de meest betrouwbare en valide informatie over psychopatische kenmerken in ontwikkeling zullen bieden. Bijzonder interessant in deze context is dat de implicaties van een vroegtijdige aanwezigheid van psychopatische kenmerken stilaan zichtbaar worden in o.a. de Pittsburgh Youth study (Loeber et al., 2008), één van de belangrijkste recente longitudinale studies over de ontwikkeling van antisociaal gedrag.

#### **5.6.4 Behandeling en preventie**

Er is weinig geweten over de effectieve behandeling van psychopathie — onafhankelijk van de leeftijd waarop de diagnose zou worden gesteld. Hierdoor heerste er lange tijd therapeutisch pessimisme (Hare, 2003, 2006) en zelfs cynisme (Harris & Rice, 2006): ofwel had de behandeling geen effect, ofwel had ze een omgekeerd effect. Enkele recente studies suggereren echter dat strikt gestructureerde systemische én cognitief-gedragstherapeutische programma's in elk geval al een positief effect zouden kunnen hebben op de kans op herhaling van (ernstig) antisociaal gedrag en dat vroeg ingrijpen een positiever effect heeft (Barbaree, 2005; Salekin, 2002; Skeem et al., 2002).

Het psychologisch onderzoek over de ontwikkeling van psychopatische kenmerken heeft zich tot voor kort vooral toegespitst op het construeren van voldoende degelijke instrumenten (zie hierboven). Pas recent worden een aantal belangrijke vragen inzake behandeling en preventie opgenomen.

Een eerste vraag is natuurlijk in welke mate de aanwezigheid van psychopatische kenmerken op bv. de leeftijd van 13 jaar ook effectief leiden tot een diagnose van psychopathie op volwassen leeftijd. De vraag naar stabiliteit heeft immers belangrijke gevolgen t.o.v. de mogelijke beïnvloedbaarheid van deze kenmerken.

Indien er ruimte tot beïnvloeding is, stelt zich de vraag welke factoren de problematische kenmerken kunnen tegenwerken of verzachten.

##### Stabiliteit

In één van de eerste studies suggereerden Frick et al. (2003) dat APSD-scores over een tijdsperiode van 4 jaar (8-12jaar) erg stabiel bleven (Munoz & Frick (2007) bevestigden dit ook voor de zelfrapporteringsversie van de APSD).

Lynam et al. (2007) toonden een reële maar minder grote stabiliteit aan van CPS-scores gemeten op dertienjarige leeftijd t.o.v. PCL: SV-scores op vierentwintig jaar. Deze studie had als voordeel dat veel factoren aanwezig op 13 jaar (bv. opvoeding) gecontroleerd konden worden. De gevonden stabiliteit was het hoogst voor de facetten impulsiviteit en antisociale levensstijl en minder voor het affectieve en manipulerend-interpersoonlijke facet. Lynam et al. (2008) toonden bijkomend aan dat deze stabiliteit maar weinig door modererende variabelen wordt beïnvloed. Suggesties van een zekere instabiliteit werden enkel aangetoond voor jongeren met een lage CPS-score, voor wie lage SES van de ouders, aanwezigheid van antisociale *peers* en een verhoogde aanwezigheid van fysieke straffen, de kans op verhoogde PCL: SV-scores voorspelden. Ook hier was een differentieel effect i.f.v. de 4 psychopathiefacetten: SES modereerde facetten 2 en 3, terwijl fysieke straffen en antisociale *peers* facetten 1 en 4 modereerden.

Hoewel meerdere studies dus een zekere (en vanuit statistisch standpunt degelijke) stabiliteit aantonen, waarschuwen Lynam et al. (2007) ervoor dat dit voor een forensisch psycholoog in de praktijk vooral ook betekent dat maar een minderheid van de op dertienjarige leeftijd

hoog PPS-scorende jongeren op vierentwintigjarige leeftijd een formele PPS- diagnose krijgen én dat vooral de affectieve en interpersoonlijke aspecten relatief minder stabiel zijn (dus vaak eerder leeftijdsgebonden normatieve kenmerken zijn).

### Beïnvloedbaarheid

De studie van Lynam et al. (2008) toonde dat er géén protectieve factoren gevonden werden voor dertienjarigen met een hoge CPS-score. Het meest recente volledige overzicht van de *Pittsburg Youth study* (Loeber et al., 2008) brengt hierin een complex maar boeiend beeld over de impact van psychopathische kenmerken i.f.v. leeftijd. Zo blijkt bv. dat op jongere leeftijd een lage CPS-score als protectieve factor fungeert (voor vooral evolutie naar geweldsdelicten), en dat een hoge score géén risicofactor is, terwijl tijdens adolescentie een hoge CPS-score wel als risicofactor functioneert. Het zullen vooral de resultaten van deze studie zijn die in de volgende jaren een beter zicht zullen gaan bieden op de factoren die het verder negatief effect van psychopathische kenmerken doorheen de ontwikkeling in kaart zullen helpen brengen. Zo impliceert een publicatie (Pardini & Loeber, 2008) dat enkel effectief ondersteunende communicatie tussen ouders en jongere met een sterke aanwezigheid van psychopathische kenmerken (in het bijzonder kil/emotionele oppervlakkigheid) een mogelijks protectief effect zou kunnen hebben. Dezelfde studie herhaalt echter eveneens de laatste conclusies getrokken uit de *Pittsburg Youth Study* (Loeber et al., 2008), nl. dat geen andere centrale aspecten van noch *parenting* noch *peer-group* het verloop van deze psychopathische trekken lijken te beïnvloeden.

Duidelijk is alvast dat een vroege vaststelling van de kernaspecten van een psychopathische problematiek belangrijk zal zijn om tijdig van start te gaan met gerichte interventies en de ontwikkeling van psychopathie op volwassen leeftijd te dempen. Enkel op deze manier kan het aanhoudende ernstig antisociaal gedrag verbonden met deze problematiek mogelijks vermeden of verminderd worden.

### **5.6.5 Besluit**

PPS is een duidelijk herkenbare en diagnosticeerbare stoornis, met een herkenbaar ontwikkelingsverloop — vroege voorlopers zijn een kille/emotioneel oppervlakkige stijl, impulsiviteit en grandiositeit. Deze “psychopathische kenmerken”, indien stabiel aanwezig, differentiëren betekenisvol tussen jongeren met een antisociale gedragsstoornis. De prognostische impact van de aanwezigheid van deze kenmerken verschilt naargelang van de leeftijd waarop ze worden vastgesteld. Jongeren met hoge scores op metingen van psychopathische kenmerken hebben een verhoogde kans op het stellen van ernstig antisociaal gedrag als volwassene.

Pas erg recent verschijnen studies naar variabelen die het verloop van de psychopathische kenmerken en hun implicaties t.a.v. antisociaal gedrag zouden kunnen modereren. Het resultaat van deze studies zal moeten worden afgewacht om te evalueren of, en zo ja, hoe de prognostische negatieve evolutie van de problematische kenmerken van kilheid/emotionele oppervlakkigheid, grandiositeit en impulsief niet-gesocialiseerd sensatiezoeken tot een formele diagnose van psychopathische persoonlijkheidsstoornis vermeden of omgebogen kan worden.

### **5.7 Referenties**

- Andershed H, Kerr M, Stattin H, Levander S. Psychopathic traits in non-referred youth. A new assessment tool In: E. Blaauw E, Sheridan L, editors. *Psychopaths: current international perspectives*. The Hague: Elsevier; 2002.
- Barbaree HE. Psychopathy, treatment behavior, and recidivism: an extended follow-up of Seto and Barbaree. *J Interpers Violence* 2005; 20(9):1115-31.



- Biederman J, Faraone S, Mick E, Wozniak J, Chen L, Ouellette C, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(8):997-1008.
- Bijttebier P, Decoene S. Assessment of psychopathic traits in children and adolescents: further validation of the antisocial process screening device and the childhood psychopathy scale. *European J of psychol assessment* 2008.
- Blair J, Mitchell D, Blair K. *The psychopath. Emotion and the brain.* Oxford: Blackwell; 2005.
- Born M. Continuité de la délinquance entre l'adolescence et l'âge adulte. *Criminologie* 2002; 35(1):53-67.
- Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Fleming JE, Szatmari P, Links PS. Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: results from the Ontario Child Health Study follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34(4):535-44.
- Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol* 2003; 39(2):222-45.
- Bulik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH. Temperament in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995; 17(3):251-61.
- Cauffman E, Feldman SS, Waterman J, Steiner H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(11):1209-16.
- Cicchetti D, Rogosch F. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996; p. 597-600.
- Coie JD, Lenox KF. The development of antisocial individuals. *Prog Exp Pers Psychopathol Res* 1994; 45-72.
- Coslin PG. *Ces jeunes qui désertent nos écoles: déscolarisation et cultures.* Paris: Sides Ima; 2006.
- Das J, De Ruiter C. Nederlandse vertaling van de Andershed Youth Psychopathic Inventory. Niet-gepubliceerd document 2002.
- Das J, de Ruiter C, Doreleijers T. Reliability and validity of the Psychopathy Checklist: Youth Version in Dutch female adolescents. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3):219-28.
- De antisocial process screening device-dutch. Kleuterversie. Niet gepubliceerd document: K.U. Leuven.
- Decoene S, Bijttebier P. Childhood Psychopathy Scale. Nederlandse versie. Niet gepubliceerd document: K.U.Leuven; 2004.
- Decoene S, Bijttebier P. On risking risk assessment of delinquent juveniles: some questions concerning the role of psychopathy. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3):229-35.

- Dodge KA, Coie JD, Lynam DR. Aggression and antisocial behavior in youth. In Handbook of child psychology: Vol.3. Social, emotional and personality development. 6th ed. New York: Wiley. In: W. Damon W, Lerner RM, Eisenberg N, editors 2006. p. 719-88.
- Dodge KA, Price JM, Bachorowski JA, Newman JP. Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *J Abnorm Psychol* 1990; 99(4):385-92.
- Farrington DP, Lambert S, West DJ. Criminal careers of two generations of family members in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1998; p. 85-106.
- Forth A, Kosson D, Hare R. The psychopathy checklist: youth version manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Frick P. Inventory of callous-unemotional traits. Unpublished rating scale. University of New Orleans; 2003.
- Frick P, Hare R. Antisocial Process Screening Device. Technical Manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2002.
- Frick P, Marsee M. Psychopathy and developmental pathways to antisocial behaviour in Youth. In: Patrick C, editor. Handbook of psychopathy. New York: Guilford; 2006.
- Frick PJ, Kimonis ER, Dandreaux DM, Farel JM. The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behav Sci Law* 2003; 21(6):713-36.
- Frick PJ, White SF. Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(4):359-75.
- Graham S, Bellmore AD, Mize J. Peer victimization, aggression, and their co-occurrence in middle school: pathways to adjustment problems. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34(3):363-78.
- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159(7):1214-24.
- Gresham FM, MacMillan DL, Bocian KM, Ward SL, Forness SR. Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26(5):393-406.
- Hare R. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
- Hare R. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Hare RD. Psychopathy: a clinical and forensic overview. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(3):709-24.

- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(3):434-9.
- Harris G, Rice M. Treatment of psychopathy: a review of empirical findings. In: Guilford, editor. *Handbook of Psychopathy* New York: Patrick, C.; 2006.
- Heinze HJ, Toro PA, Urberg KA. Antisocial behavior and affiliation with deviant peers. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(2):336-46.
- Hinshaw SP, Lahey BB, Hartel L. Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. Special issue: toward a development perspective on conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1993; 5:31-49.
- INSERM - Institut National de la Santé et Recherche Médicale. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, Coll. Expertises Collectives. Paris: Ed inserm; 2005.
- Jessor R. Adolescent Development and Behavioral Health. M eds, In: *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*; New York: Matarazzo, J.D.Weiss, S.M Herd, J.A, Mille, N.E.; eds. New York; 1984. p. 29-90.
- Kam CM, Greenberg MT, Walls CT. Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. *Promoting Alternative Thinking Skills Curriculum. Prev Sci* 2003; 4(1):55-63.
- Keenan K, Loeber R, Zhang Q, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen W. The influence of deviant peers on the development of boys disruptive and delinquent behavior: a temporal analysis. *Dev Psychopathol* 1995; 5(7):715-26.
- Kindelberger C. Les croyances légitimant l'agression: un facteur de maintien des conduites agressives se développant avec l'âge? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004 p. 537-43.
- Kratzer L, Hodgins S. Adult outcomes of child conduct problems: a cohort study. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25(1):65-81.
- Larson J, Lochman J. *Helping schoolchildren cope with anger*. New York: Guilford press; 2003.
- Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behaviour and delinquency. *J Clin Psychol Rev* 1990; 10(1):1-41.
- Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *Am Psychol* 1998; 53:242-59.
- Loeber R. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clin Psychol Rev* 1994; 14:497-523.
- Loeber R, Farrington D, Stouthamer-Loeber M, Raskin White H. *Violence and serious theft. Development and prediction from childhood to adulthood*. New York: Routledge; 2008.

- Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB. Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(4):499-509.
- Lynam D, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. The stability of psychopathy from adolescence into adulthood. The search for moderators. *Crim Justice Behav* 2008; 35:228-43.
- Lynam DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull* 1996; 120(2):209-34.
- Lynam DR. Pursuing the psychopath: capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(3):425-38.
- Lynam DR, Caspi A, Moffitt TE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychol* 2007; 116(1):155-65.
- Maguin E, Loeber R. Academic performance and delinquency. *Crime and Justice. A Review of Research*. ed: University of Chicago Press 1996.
- Martins SS, Tavares H, da Silva Lobo DS, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav* 2004; 29(6):1231-5.
- Miller-Johnson S, Lochman JE, Coie JD, Terry R, Hyman C. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26(3):221-32.
- Moffitt T. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993; 100:674-701.
- Moffitt T, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course- persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol* 2001; 13 (2):355-75.
- Munoz LC, Frick PJ. The reliability, stability, and predictive utility of the self-report version of the Antisocial Process Screening Device. *Scand J Psychol* 2007; 48(4):299-312.
- Myers MG, Stewart DG, Brown SA. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4):479-85.
- Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J, Iketani T, Kiriike N. Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Res* 2002; 109(2):181-91.
- Pardini D, Loeber R. Interpersonal callousness trajectories across adolescence. *Criminal Justice & Behavior* 2008; 35:173-96.
- Quiggle NL, Garber J, Panak WF, Dodge KA. Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Dev* 1992; 63(6):1305-20.
- Reebye P, Moretti MM, Wiebe VJ, Lessard JC. Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder: sex differences and onset patterns. *Can J Psychiatry* 2000; 45(8):746-51.

- Rutter M. Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(9):785-9.
- Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev* 2002; 22(1):79-112.
- Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(12):1726-35.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(4):339-48.
- Skeem JL, Monahan J, Mulvey EP. Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law Hum Behav* 2002; 26(6):577-603.
- Soderstrom H, Sjodin AK, Carlstedt A, Forsman A. Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res* 2004; 121(3):271-80.
- Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Familial aggregation of emotional and behavioral problems of childhood in the general population. *Am J Psychiatry* 1993; 150(9):1398-403.
- Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(9):732-9.
- Van Baardewijk Y, Stegge H, Andershed H, Thomaes S, Scholte E, Vermeiren R. Measuring psychopathic traits in children through self-report. The development of the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3):199-209.
- Van Kammen W, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Substance use and its relationship to conduct problems and delinquency in young boys. *J Youth Adolesc* 1991; 20:399-413.
- Walker JL, Lahey BB, Hynd GW, Frame CL. Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(6):910-3.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF, Frick PJ, Christ MA, McBurnett K et al. Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(2):187-91.
- Zimmermann G, Rossier V, Bernard M, Cerchia F, Quartier V. Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents tout-venant et délinquants. *Neuropsychiatr enfance adolesc* 2005; 53:447-52.
- Zoccolillo M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(3):547-56.

## 6. INTERVENTIES

Eén van de opdrachten van een maatschappij is de nieuwe generaties de kans te geven om zich te ontwikkelen tot gelukkige en verantwoordelijke volwassenen die hun taak in die maatschappij kunnen opnemen en op hun beurt de zorg voor de komende generaties op zich kunnen nemen. Die zorg voor de jonge generatie is geen eenvoudige taak en actuele samenlevingen worstelen hiermee. Uit de vorige hoofdstukken is duidelijk gebleken dat de moeilijkheden waar een aantal jongeren mee kampen het resultaat zijn van een ingewikkeld samenspel tussen biologische, sociale en psychologische variabelen. Die sociale en psychologische factoren vormen de aangrijpingspunten waarop men liefst op een zo vroeg mogelijk moment kan ingrijpen om de ontwikkeling van elk kind te bevorderen en het ontstaan en voortbestaan van problemen te voorkomen. Zij vormen uiteraard ook de deur waarlangs men kan binnengaan in geval er stoornissen zijn die om een meer gerichte aanpak vragen.

Wat interventies betreft, maken we in dit rapport een onderscheid tussen universele preventie, gerichte preventie en behandeling. De universele preventie bestaat uit maatregelen die voor alle jongeren een gunstig effect hebben op de sociaal-emotionele ontwikkeling. Gerichte preventie richt zich op gezinnen en jongeren die een verhoogd risico lopen om in moeilijkheden te geraken. Van behandeling spreken we wanneer er al sprake is van een gedragsstoornis en er op diverse fronten gewerkt moet worden.

In België bestaat een uitgebreid netwerk van professionele voorzieningen van jeugdzorg. Deze kunnen gesitueerd zijn in de welzijnszorg, de gezondheidszorg of justitie. De interventies kunnen op de eerste, tweede of derde lijn van hulpverlening gericht zijn. In wat volgt gaan we in op de inhoud van de interventies. Voor informatie over de organisatie van de professionele zorg verwijzen we naar het uitstekend overzicht van Deboutte in het "Leerboek Psychiatrie: kinderen en adolescenten" (Deboutte, 2006).

### 6.1 Universele preventie: een kindvriendelijke samenleving voor alle jongeren

Mensen zijn verschillend en als men realistisch is en de diverse variabelen die een rol spelen in de socialisatie van mensen in rekening neemt, dan moet men aanvaarden dat een aantal kinderen en jongeren stoornissen zullen vertonen. Momenteel zijn er echter redenen om aan te nemen dat het aantal jongeren dat zich in deze situatie bevindt veel groter is dan vroeger. De omstandigheden waarin kinderen opgroeien zijn misschien van die aard dat de ontwikkeling van gedragsstoornissen eerder in de hand gewerkt dan vermeden wordt. De analyse die in de vorige hoofdstukken werd gemaakt, levert een aantal variabelen op die voor alle kinderen een rol spelen en waarop ingegrepen kan worden om de ontwikkeling van gedragsproblemen te voorkomen.

#### 6.1.1 *Een maatschappij die de rechten van het kind respecteert*

De rechten van het kind vormen een geschikt kader om na te kijken of een maatschappij in voldoende mate zorg draagt voor een goede leefomgeving voor alle kinderen en jongeren. Waar deze rechten geschonden worden, daalt de levenskwaliteit van het kind en vergroot de kans op de ontwikkeling van stoornissen. Onder alle kinderrechten zijn er twee die specifiek van belang zijn in de preventie van gedragsstoornissen. Dit is het geval met het recht op spelen en het recht om je vrienden te ontmoeten.

1. Recht op spelen: in haar beleid moet de maatschappij ervoor zorgen dat elk kind de plaats en de mogelijkheden krijgt om zich al spelend, alleen en met anderen te ontwikkelen.

Concreet betekent dit de aanleg en onderhoud van gepaste speel- en ontspanningsruimtes, deskundige begeleiding en supervisie, organisatie van en toegang tot sport- en spelfaciliteiten, enz.

Per aantal kinderen kan de benodigde ruimte en infrastructuur bepaald worden en in richtlijnen worden gegoten. Vooral in dichtbevolkte gebieden met veel kinderen is dit een noodzaak. Waar dit ontbreekt, creëren kinderen hun eigen plekken. Aangezien in deze spontane keuze geen rekening gehouden wordt met de belangen van andere bewonersgroepen en met de aanwezigheid van toezicht, is het risico op overlast groter.

2. Recht om elkaar te ontmoeten: wanneer het om jongeren gaat, is het van belang hen de mogelijkheden te bieden om elkaar te ontmoeten en samen te zijn. Ouders doen er goed aan het mee naar huis brengen van vrienden te accepteren, te stimuleren en te organiseren. De overlast die hiermee gepaard gaat, weegt niet op tegen de voordelen. De vrienden van je kinderen kennen is een blijk van aandacht en interesse en geeft de kans om toezicht uit te oefenen en correcties aan te brengen. Wanneer dit niet mogelijk is of als aanvulling op de ontmoetingen thuis, zijn jeugdbewegingen, clubs, jeugdhuizen een goed alternatief. Ook hier geldt dat er een minimumnorm per aantal jongeren zou moeten vastgelegd en gehanteerd worden. Beheer is nodig en toegang hangt mee af van de bijdrage door de gebruikers.

### **6.1.2 Leer kinderen samenleven**

Mensen zijn sociale wezens. De socialisatie van jonge mensen is een arbeidsintensief en complex proces dat men niet alleen aan ouders moet overlaten, hoewel zij hierbij uiteraard de belangrijkste verantwoordelijken zijn. Vooral als de ouders zelf een problematische socialisatie achter de rug hebben, is hierbij extra hulp nodig. Naast opvoedingsbijstand aan de ouders kan de maatschappij van bij het begin, met name vanaf de kleuterschool, activiteiten voorzien om de socialisatie te bevorderen. In het leerplan vanaf de kleuterschool kan men bij voorkeur praktische activiteiten inlassen die het prosociaal gedrag bevorderen. Vormingsactiviteiten waarin basisvaardigheden van communicatie geleerd worden, zijn onder meer: leren luisteren, zijn mening zeggen, een ander helpen, een probleem oplossen, waardering leren uitspreken, kritiek leren geven en krijgen, leren winnen en verliezen, enz. Zo vroeg mogelijk wordt aan kinderen en jongeren een vrijwillige inzet gevraagd in buurt- en gemeenschapsactiviteiten. Kinderen besteden een deel van hun tijd aan opruimen van publieke ruimtes, bezoek en begeleiding van ouderen, zieken, enz.

Zoals Adriaenssens het zegt: "Schakel jongeren in om zelf het verkeer te superviseren in hun schoolbuurt. Laat ze zelf als steward een oogje in het zeil houden op de bus of tram. Onderzoek leert dat werken met buddy's efficiënt is. Jongeren worden te weinig aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Het gaat altijd over mogen en kunnen, zelden over verantwoordelijkheid nemen" (Adriaenssens, de Morgen, 28/02/2009).

### **6.1.3 Bied jongeren een identiteit**

Bij gebrek aan een andere identiteit, kiest men voor geweld als identiteit. Iemand zijn door een lastpak en een macho te zijn is nog altijd beter dan als een *loser* aanzien te worden. Repressie versterkt die keuze. Plaatsing in een instelling geldt ook als bevestiging van die delinquente identiteit én levert aanzien en status in de deviante subcultuur van een groep jongeren. Zorg voor stevige, aantrekkelijke, bereikbare identificatiefiguren; dit wil zeggen, zorg voor versterking en ondersteuning van de ouders. Verlaag de aantrekkelijkheid van de geweldsidentiteit als het nodig is door duidelijke consequentie onder de vorm van reparatiemaatregelen (gemeenschapsdienst). In die periode kan geprobeerd worden te werken aan een alternatieve identiteit. Gebruik straf onder de vorm van vrijheidsberoving enkel als allerlaatste mogelijkheid. Laat alle mediabelangstelling achterwege.

#### **6.1.4 Investeer in de schoolloopbaan**

Jongeren halen een belangrijk deel van hun zelfwaardegevoel uit hun prestaties en de erkenning ervan op school. Vroege opsporing en remediëring van schoolproblemen kan de kans op mislukken, en daardoor de kans op het verliezen van deze belangrijke bron van erkenning door volwassenen en leeftijdsgenoten, voorkomen.

#### **6.1.5 Voorzie actieve ondersteuning van alle gezinnen in hun opvoedingswerk**

Voor een heleboel vaardigheden die mensen moeten leren, bestaan opleidingen. Voor een zo belangrijke vaardigheid als het opvoeden van kinderen, veronderstelt men paradoxaal genoeg dat mensen dat vanzelf kunnen of dat gewoon van thuis meekrijgen. Als men de problemen ziet die zich voordoen, weet men dat opvoeden niet eenvoudig is en dat het geen overbodige luxe is mensen hierbij een handje toe te steken. Vroeger stond men er als jonge ouders ook niet alleen voor. Men had de eigen ouders dichterbij, vaak nog familie errond en de buurt was er ook. In de huidige samenleving met verhoogde mobiliteit en andere samenlevingsvormen is dit fel veranderd. Als maatschappij kan je dit opvangen door voor alle gezinnen met kinderen hulp te voorzien in de periode van 0 tot 7 jaar. In België hebben we al een goed georganiseerd netwerk voor opvolging van fysieke ontwikkeling met de consultaties van Kind en Gezin. Deze dienst neemt ook al initiatieven om opvoedingsondersteuning te geven als de ouders dit vragen. Er zijn goede brochures beschikbaar omtrent het opvoeden van kinderen van verschillende leeftijden en over de aanpak van specifieke opvoedingmoeilijkheden. Dit aanbod van hulp bij opvoeding zou uitgebreid kunnen worden zodat alle gezinnen naast opvolging van de fysieke ontwikkeling ook begeleid worden bij de opvoeding.

Het idee van vroege, systematische en gelaagde opvoedingshulp werd een aantal jaren geleden concreet uitgewerkt. Dit programma kreeg als naam *Triple P*, wat staat voor *Positive Parenting Program*. Het programma bestaat uit verschillende niveaus gaande van universele preventie tot specifieke vaardigheidstrainingen in geval van problemen. In wat volgt geven we een overzicht van de verschillende niveaus waarna we aangeven welk niveau zich richt op universele preventie, selectieve preventie of behandeling.

Het programma werd sindsdien in verschillende landen (Australië, Canada, USA, Zwitserland, Duitsland, Nederland, enz.) toegepast en in België lopen verschillende experimenten waaronder het project in de provincie Antwerpen, gecoördineerd door het team Deboutte/Glazemakers van de UIA. Omwille van het belang van deze aanpak, de internationale bekendheid en de bruikbaarheid op verschillende niveaus geven we hieronder een meer uitgebreide bespreking.

#### ***Triple P: Positive Parenting Program: een multidisciplinair programma voor opvoedingsondersteuning op verschillende niveaus***

*Triple P (Positive Parenting Program)* is een programma voor opvoedingsondersteuning dat ontwikkeld werd door Sanders (1999). Het is hiërarchisch en preventief georiënteerd op ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij kinderen. Het programma doet werken aan het vergroten van kennis, het verbeteren van vaardigheden, het vergroten van het zelfvertrouwen en het verbeteren van het teamwerk bij de ouders.

Het programma omvat vijf verschillende interventieniveaus op een continuüm van toenemende intensiviteit. Elk niveau heeft zijn eigen focus en specialisatie, gaande van zeer breed voor alle ouders (niveau 1) tot specifiek voor een beperkte groep ouders (niveau 5). De gedachte achter deze *multilevel* opbouw is dat er verschillende niveaus van disfunctie en gedragsstoornissen zijn bij kinderen. Ouders hebben dus ook verschillende noden en verwachtingen naargelang het type en de intensiteit van de problemen en de wijze van hulp



die ze hiervoor nodig hebben. De aanpak op verschillende niveaus is ontworpen om de efficiëntie te maximaliseren, de kosten te beperken, een overaanbod te vermijden en te garanderen dat het programma een groot bereik heeft in de gemeenschap.

*Triple P* is bovendien een programma dat multidisciplinair werkt om de vaardigheden van het bestaande werkveld te vergroten in hun taak om competent ouderschap te promoten (Sanders, 2008). De trainingen van het programma vragen een voorkennis over de ontwikkelingspsychologie en ontwikkelingspsychopathologie van kinderen. Je dient niet over een specifiek diploma te beschikken om een training te kunnen volgen. Op deze manier kan het hele werkveld betrokken worden.

De sociale leertheorie met inzichten over functionele, dysfunctionele en coërcitieve ouder-kind interacties vormt de belangrijkste theoretische basis van het programma (Patterson, 1982; Taylor & Biglan, 1998). Daarnaast wordt in belangrijke mate gebruik gemaakt van een operant leerparadigma en de toegepaste gedragsanalyse met aandacht voor stimuluscontrole, contingentiemanagement, bekrachtiging en verzwakking van gedrag. Onderzoek naar de normale ontwikkeling van kinderen in gezinnen levert informatie over de wijze waarop ouders in het dagelijks leven op natuurlijke wijze de emotionele, cognitieve, sociale en motorische ontwikkeling van hun kinderen bevorderen. **Deze ontwikkelingsbevorderende interacties kunnen ook expliciet aangeleerd worden aan ouders die hier niet spontaan toe komen.** De ontwikkelingspsychopathologie levert kennis over risico- en protectieve factoren voor de ontwikkeling van psychopathologie in het algemeen en gedragsstoornissen in het bijzonder. Theorieën over het belang van de bredere ecologische context ten slotte vormen de basis voor interventies gericht op het mobiliseren van sociale steun aan de ouders en het kind, op het betrekken van de buurt en de schoolomgeving en op het bevorderen van contacten met prosociale *peers* (Sanders, 2003).

Deze veelzijdige theoretische basis leidt tot een programma gebaseerd op 5 belangrijke principes. Deze principes worden vervolgens vertaald in concrete vaardigheden die door middel van praktische oefeningen aangeleerd kunnen worden. Ouders worden gestimuleerd om voor hun kinderen een veilige en betrokken gezinsomgeving te scheppen. Dit vraagt tijd, aandacht, gezamenlijke activiteiten, supervisie en opvolging, begeleiding en stimulering. Er wordt gestreefd naar het creëren van een positieve leeromgeving waarin ouders positief en constructief reageren op interacties van het kind en waarin ze het kind stimuleren tot exploratie, creatie, probleemoplossing en verwerven van autonomie en diverse vaardigheden. Zeer belangrijk is het gebruik van een positieve assertieve discipline ter vervanging van een eerder dwingende en negatieve discipline zoals zeuren, schelden, beledigen, uitdagen, dreigen en straffen. Assertieve discipline bestaat erin duidelijke regels op te stellen en die rustig en simpel uit te leggen, de situatie zo te organiseren dat het volgen van de regels vergemakkelijkt wordt, kinderen de logische consequenties van hun keuzes te laten ondervinden, gebruik te maken van bekrachtigers en m.b.t. verzwakkers te kiezen voor *quit time (non exclusionary time out)*, *time out*, negeren en *respons cost*. Bij een aantal ouders moeten ook de verwachtingen ten aanzien van hun kind bijgesteld worden. In concrete situaties uit hun eigen gezinsleven wordt telkens gekeken wat ontwikkelingspsychologisch realistische doelen omtrent het gedrag van hun kind zijn. Bij dit alles moeten ouders ook zorg dragen voor zichzelf als ouder. Zorg dragen voor de eigen ontspanning en welzijn, omgaan met stress, hulp zoeken in geval van psychologische en psychiatrische problemen en steun mobiliseren in het dagelijks leven, kunnen de draagkracht verhogen en de ouderlijke vaardigheden ondersteunen.

#### Zorggradaties

**Niveau 1 is een universele informatiestrategie die alle geïnteresseerde ouders voorziet van uitgebreide informatie over ouderschap en opvoeding door een gecoördineerde promotiecampagne.** Het maakt hierbij gebruik van gedrukte en elektronische media, maar ook van gebruiksvriendelijke informatiebladen en videotapes die verschillende

opvoedingsstrategieën demonstreren. Dit interventieniveau wil onder andere de ontvankelijkheid van ouders ten opzichte van ouderprogramma's verbeteren en een optimistische houding creëren door oplossingen aan te geven voor veel voorkomende gedrags- en ontwikkelingsmoeilijkheden.

**Niveau 2 is een korte, primaire gezondheidsinterventie (één tot twee sessies) die bestaat uit een vroege ontwikkelingsbegeleiding voor ouders van kinderen met milde gedrags- of ontwikkelingsproblemen.**

**Niveau 3 is een interventie van 4 sessies die kinderen met milde gedragsproblemen beoogt. Zij bestaat uit een actieve vaardigheidstraining voor ouders.**

**Niveau 4 is een intensieve training van 8 tot 10 individuele, groeps- of zelfgestuurde sessies voor ouders van kinderen met meer ernstige gedragsmoeilijkheden.**

**Niveau 5 ten slotte is een interventieprogramma voor families waar gedragsproblemen bij kinderen blijven voortduren of waar opvoedingsproblemen gecompliceerd zijn door andere bronnen van familiale stress (bv. huwelijksconflicten of ouderlijke depressie).**

Het programma is gericht op het stimuleren van ouderlijk gedrag dat emotionele en gedragsproblemen bij kinderen voorkomt. De ouders leren gebruik te maken van alledaagse situaties om hun kinderen adequater te ondersteunen en hun eigen probleemoplossend vermogen te verbeteren. Men probeert de positieve factoren in het gezin te versterken en de risicofactoren te verminderen. Specifiek wordt er op drie factoren ingewerkt:

- 1) het vergroten van de kennis, vaardigheden, vertrouwen, onafhankelijkheid en de vindrijkheid van de ouders;**
- 2) het promoten van koesterende, veilige, betrokken, geweldloze en conflictarme omgevingen voor kinderen;**
- 3) het promoten van de sociale, emotionele, taal-, intellectuele en gedragscapaciteiten van kinderen door het gebruik van positieve opvoedingsvaardigheden.**

*Triple P* doet dat in de 5 verschillende ontwikkelingsfasen: zuigelingen, peuters, kleuters, kinderen (lagere schoolleeftijd) en tieners. In elke ontwikkelingsfase kan de interventie variëren van zeer breed (de hele populatie) tot zeer specifiek (enkel hoog risicokinderen). Deze flexibiliteit zorgt ervoor dat hulpverleners de draagwijdte van de interventie kunnen bepalen binnen de grenzen van hun hulpverleningsprioriteiten en hun budget (Sanders et al., 2003).

Het programma is opgebouwd uit de 5 kernprincipes van een positief ouderschap. Deze principes richten zich op specifieke risico- en beschermingsfactoren (Sanders, 2003).

***Triple P* richt zich in de eerste plaats op betekenisvolle sociale contexten voor ouders. Zo biedt het programma opvoedingsondersteuning aan binnen een brede waaier van verschillende situaties die deel uitmaken van het alledaagse leven van ouders.** Men gebruikt onder andere de media, de gezondheidszorg, de kinderopvang, de school en de werkomgeving om ouders in contact te laten komen met het programma.

**In tweede instantie geeft *Triple P* de ouders informatie die toegepast kan worden op de veranderende behoeften van kinderen die opgroeien van pasgeborene tot adolescent. Een derde kenmerk van het programma is de brede toepasbaarheid. Ouders kunnen verschillen in de sterkte van interventie die ze nodig hebben om zelfstandig een probleem op te lossen. *Triple P* probeert het minimaal toereikend niveau van ondersteuning aan te bieden zodat de ouders hun kinderen zelf kunnen opvoeden. Dit probeert het programma te bereiken met het zelfreguleringsprincipe.**

**Het vierde principe is dat *Triple P* op een flexibele manier aangepast kan worden.** Er werden programma's ontwikkeld die variëren in intensiviteit (gaande van één korte consultatie met een eerstelijns hulpverlener tot meerdere intensieve interventies).

Tot slot **kunnen de interventieniveaus toegepast worden in één-één situaties, maar ook via groepsinterventies en telefoonondersteunde of zelfgestuurde programma's**. Deze flexibiliteit zorgt ervoor dat ouders met het programma kunnen werken op een manier die past bij hun individuele leefomstandigheden.

### Triple P in België

Het programma wordt momenteel in Vlaanderen op haar effectiviteit onderzocht. Momenteel worden de 5 niveaus van het programma in de provincie Antwerpen geïmplementeerd. In het kader van dit project werden 425 hulpverleners op de diverse niveaus opgeleid. De geselecteerde hulpverleners komen uit verschillende settings (Welzijn, Geestelijke Gezondheid, Bijzondere Jeugdbijstand, CLB, VAPH, Huisartsen, Kinderpsychiatrie, enz.) en hebben verschillende opleidingsniveaus. Elke opgeleide hulpverlener ging een engagement aan om een aantal ouders verder te helpen met het programma (het aantal is afhankelijk per opleidingsniveau). Op die manier tracht het project een effect op populatieniveau te bereiken. De effectiviteit van het programma wordt door de Universiteit Antwerpen (CAPRI-jeugd) geëvalueerd.

Naast het provinciaal project heeft Kind en Gezin 200 regioverpleegkundigen in de provincie Antwerpen opgeleid in niveau 2/3 van het programma om tijdens de contacten met ouders in de verschillende consultatieniveaus gebruik te kunnen maken van de informatiebladen. Ook doen zij korte begeleidingen en/of korte vaardigheidstrainingen met ouders rond een specifieke vraag (niveau 3) tijdens de pedagogische spreekuren. Ook Kind en Gezin heeft een wetenschappelijke evaluatie aan de implementatie van het programma gekoppeld.

## **6.2 Selectieve interventie en profylaxie**

Onderzoek in het domein van de ontwikkelingspsychopathologie toont aan dat er al zeer vroeg in de ontwikkeling van het kind risicofactoren kunnen zijn die de kans op de ontwikkeling van een gedragsstoornis groter maken. Kennis van die risicofactoren maakt het mogelijk om gericht preventief in te grijpen.

Selectieve preventie richt zich op jongeren die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van gedragsstoornissen. Het verhoogde risico kan ook het gevolg zijn van omgevingsfactoren zoals kansarmoede of wonen in een verstedelijkte omgeving. Ook een moeilijke integratie in de school en het contact met deviante *peers* vergroot sterk de kans op de ontwikkeling van gedragsstoornissen. In een aantal gevallen situeert het risico zich in het functioneren van het oudersysteem, met name bij ouders die zelf stoornissen vertonen (psychiatrische problematiek, verslaving, mentale handicap) of bij ouders die over weinig steun of opvoedingscapaciteiten beschikken, zoals bij alleenstaande jonge moeders of bij gezinsconflicten of blootstelling aan traumatische gebeurtenissen. Kindfactoren die een verhoogd risico inhouden zijn: een moeilijk temperament, een slechte regulatie van de emotie, vertragingen in de spraak en taalontwikkeling al dan niet verbonden aan een verlaagde intelligentie, impulsiviteit en aandachtsproblemen.

Voor deze risicogroepen werden diverse preventieprogramma's opgesteld, waarvan er een klein aantal ook op hun kwaliteit getest is en voldoet aan de criteria van empirische validering (Lemarquand et al., 2001; US departement of Health and Human Services, 2001). Deze preventieprogramma's kunnen ingedeeld worden naargelang de doelgroep, meer bepaald het kind of de jongere zelf, de ouders of de school en de bredere omgeving. Er wordt ook vaak een onderscheid gemaakt in functie van de leeftijd van het kind, namelijk het zeer jonge kind (0-3 jaar), het oudere kind (3-12 jaar) of de adolescent (12+).

Selectieve preventieve programma's voor de jongste kinderen richten zich hoofdzakelijk op de ouders. Via huisbezoeken of andere vormen van counseling krijgen jonge ouders advies over de lichamelijke zorg voor en de opvoeding van hun kind. Studies tonen aan dat deze vorm van preventie nuttig is als ze over meerdere jaren gespreid wordt en zeer snel

aanvangt, met name tijdens de zwangerschap. Counseling van de aanstaande moeder kan er mee voor zorgen dat de prenatale ontwikkeling van het kind zo goed mogelijk verloopt zodat stoornissen in de emotieregulatie voorkomen worden. Ook voor oudere kinderen (3-12 jaar) bestaat selectieve preventie voornamelijk uit training in ouderlijke vaardigheden. **Het hoger beschreven Triple P- programma, in het bijzonder vanaf niveau 2, is een voorbeeld van een dergelijk gericht preventieprogramma.** Niveau 2 is een korte primaire gezondheidsinterventie van één tot twee sessies, die bestaat uit een vroege ontwikkelingsbegeleiding voor ouders van kinderen met milde gedrags- of ontwikkelingsproblemen.

Een ander Belgisch voorbeeld van gerichte selectieve preventie zijn de her en der opgerichte opvoedingswinkels. Aangezien dit ook als een interessante systematische vorm van gerichte preventie beschouwd kan worden, volgt hieronder een meer uitgebreide bespreking van een voorbeeld van een opvoedingswinkel.

### ***De opvoedingswinkel***

De opvoedingswinkel is er om samen met de ouder het evenwicht te herstellen en het zelfregelend systeem dat opvoeden is, terug op de rails te zetten. Dit is het werkveld van opvoedingsondersteuning: ouders helpen bij het dagdagelijkse opvoeden en laten opgroeien van hun kinderen. Opvoedingsondersteuning erkent de pedagogische verantwoordelijkheid van ouders én de samenleving en vindt zijn legitimatie in het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (art.18).

De opvoedingswinkel als helpdesk bij de dagelijkse opvoedingspraktijk is gericht op álle (aanstaande, alleenstaande) ouders en kinderen met centraal het kind en de ouder. In de opvoedingswinkel kijkt men naar opvoeding als een proces tussen ouders, kinderen en omgeving; een proces dat zich grotendeels zelf regelt: ouders weten meestal goed om te gaan met hun kinderen. Ze groeien in hun rol als opvoeder en vinden vaak de juiste aanpak in verschillende opvoedingssituaties. Dit heeft niet alleen te maken met de natuurlijke kwaliteiten die men heeft als opvoeder, maar ook met het feit dat kinderen hun ouders als het ware uitdagen om hun aanpak af te stemmen op wat zij op dat moment nodig hebben.

Omstandigheden zoals stress, een onverwachte of ingrijpende gebeurtenis, een scheiding, een verhuis, een temperamentvol karakter kunnen dit evenwicht in de opvoeding verstoren. Soms twijfelen ouders ook over bepaalde keuzes die ze moeten maken of zijn hun ideeën rond de aanpak van het gedrag van een kind uitgeput. Soms is men ten einde raad, moe, onzeker, boos of gewoon op zoek naar een oplossing.

Een adviesgesprek met een opvoedingsconsulent, een duidelijke folder, een oudercursus bijwonen met andere ouders die kinderen hebben van dezelfde leeftijd: het kan soms helderheid brengen. Ouders gaan naar huis met nieuwe tips en ideeën en kiezen zelf welke manier bij hen past. *Empowerment* en responsabilisering zijn de methodische leidraad: ouders blijven verantwoordelijk voor hun kinderen, ook in geval van problemen met hun kinderen en zeker en vast voor het aandragen van oplossingen voor die problemen. Men toerusten om deze problemen te hanteren en aan te pakken zijn eveneens doelen van opvoedingsondersteuning.

De opvoedingswinkel wil opvoedingsvragen of - problemen uit de taboesfeer halen en ze een plaats geven in een samenleving. Zonder opvoeding te "overprofessionaliseren" vindt men het samen met de ouders heel natuurlijk om tijdens de loopbaan als ouders eens een oudercursus te volgen. Een ouder kan het geruststellend vinden om zijn of haar twijfels over de opvoeding met een professioneel/paraprofessioneel te kunnen delen, zonder negatief beoordeeld te worden.

De doelgroep is alle ouders en hun kinderen: gezinnen in al hun varianten, met een voortdurende alertheid voor de meest kwetsbare groep ouders, zowel allochtonen als autochtonen. De partners vanuit de verschillende sectoren zijn: het socio-culturele en welzijnswerk, de overheid, het onderwijs, de hulpverlening.

De opvoedingswinkel werkt niet alleen met professionelen, maar streeft naar een integratie van krachten en hulpbronnen van ouders, van gemeenschappen, het sociaal weefsel, het beleid en de organisaties.

Alle medewerkers in de opvoedingswinkel hebben de aanspreektitel van "opvoedingsconsulent" en zijn in het bezit van een pedagogisch diploma (pedagogische en psychologische wetenschappen, maatschappelijk werkers, graduaat orthopedagogen, lerarenopleiding en readaptatiewetenschappen). Elke dag opnieuw werken ze ook met de inzet en de competenties van professionelen, paraprofessionelen en vrijwilligers. Netwerking, het winkelloket en de "antennes" in de wijken zijn de kapstok waaraan heel de werking ophangt.

De opvoedingswinkel werkt aan een waaier van projecten en programma's met een opvoedingsondersteunend aanbod, onderverdeeld in 7 clusters (zie [www.opvoedingswinkel.be](http://www.opvoedingswinkel.be)).

1. het realiseren van een info- en vraagbaak via de opvoedingswinkel: informatie en documentatie over alles wat met opvoeding, opgroeien en ontwikkeling van kinderen te maken heeft;
2. het aanbieden van pedagogisch advies in de vorm van spreekuren, kortdurende thuisbegeleiding en begeleide doorverwijzing;
3. het organiseren van groepsgerichte opvoedingsondersteuning aan de hand van themabijeenkomsten, oudercursussen en trainingen;
4. het organiseren van "buurtprogramma's op maat" voor moeilijk bereikbare doelgroepen of specifieke noden en behoeften;
5. het organiseren van kortdurende pedagogische trajecten voor jongeren, hun ouders en hun leerkrachten indien het fout dreigt te lopen thuis en op school;
6. het aanbieden van langdurige intensieve opvoedingsondersteuning aan huis bij multi-probleemgezinnen indien problemen halsstarrig en complex zijn;
7. nieuwe eenmalige initiatieven of vernieuwende projecten: Eigen Kracht Conferenties (EKC).

Het bestuur kiest voor kwaliteit en hoopt op maximale effectiviteit. Daarom kiezen ze voor programma's en projecten die elders hun deugdelijkheid al hebben bewezen en/of wetenschappelijk onderbouwd zijn.

In andere landen werden eveneens diverse gerichte preventieprogramma's ontwikkeld en getest. Andere gevalideerde preventieprogramma's die in het buitenland gebruikt worden voor ouders zijn onder meer het *Elmira home visitation*-project en het *Montreal prevention experiment*.

Tabel 4: Programma's gericht op preventie van gedragsstoornissen gericht op kinderen van 0 tot 3 jaar.

Doelgroep	Preventiemethode	Voorbeelden van programma's
Ouders	Huisbezoeken Ouderlijke ondersteuning: gezondheidsopvoeding, psycho- educatie, training in opvoedingsvaardigheden, begeleiding, enz.	<i>Elmira Home Visitation</i> <i>The Perry Preschool Study</i>
Kinderen	Ontwikkeling van sociale,	<i>The Perry Preschool Study</i>

**De Elmira Home Visitation Study** richt zich tot moeders van minder dan 19 jaar met een laag sociaal-economisch niveau, koppelt de huisbezoeken en de vorming aan de rol van de ouders. Dit programma wordt gedurende de perinatale en voorschoolse periode ingesteld. Verpleegkundigen snijden thematieken van diverse aard met de moeder aan (bijvoorbeeld kindzorg, persoonlijke ontwikkeling van de moeder) en trachten de familie of de vrienden bij de geboorte te betrekken en de band met de gezondheidsdiensten te vergemakkelijken. Er zijn gemiddeld 9 bezoeken gedurende de zwangerschap en 23 gedurende de eerste twee levensjaren van het kind. De beoordeling van dit programma na 15 jaar heeft aangetoond dat er minder mishandeling, druggebruik, nieuwe zwangerschappen en antisociaal gedrag kon worden vastgesteld bij de moeders die dit programma genoten hebben alsmede minder antisociaal gedrag, alcohol- en drugverbruik bij hun kinderen.

Voor deze kinderen worden wel de beste resultaten verkregen als ouderprogramma's gecombineerd worden met interventies gericht op de ontwikkeling van de sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden van het kind zelf. Nuttige sociale vaardigheden zijn communicatie, *problem solving* en prosociaal gedrag. Op emotioneel vlak wordt gewerkt aan betere herkenning en regulatie van de eigen emoties, zelfcontrole en zelfwaardering. Uitbreiden van het oordeelsvermogen en het logisch redeneren en stimuleren van de schoolse ontwikkeling zijn gericht op de cognitieve vaardigheden. (Voorbeelden van dergelijke preventieprogramma's zijn het *Perry Preschool Project*, *Second Step* en *Fast Track*).

Het **Perry Preschool Project Program** richt zich tot kinderen van 3-4 jaar met een laag IQ en uit families met een laag sociaal-economisch niveau. Het koppelt de huisbezoeken, de vorming van de ouders door leerkrachten en een schoolse gedeelte dat de ontwikkeling van de cognitieve vaardigheden beoogt. Verschillende beoordelingen van dit programma hebben gunstige gevolgen op de leeftijd van 15, 19 en 25 jaar aangetoond (minder agressief gedrag, arrestaties en betere prestaties op school en in het beroepsleven).

Het **Fast Track**- programma ten slotte koppelt de universele preventie aan de selectieve en aangewezen preventie. Het vervolledigt in feite het PATHS-programma (*Promoting Alternative Thinking Strategies*), ingeplant in de lagere school, met andere bestanddelen waarbij ouders, kinderen, de school en de *peers* betrokken worden (waarbij de selectieve bestanddelen toegepast worden in risicowijken bij kinderen geselecteerd naar hun in de kleuterschool beoordeelde agressieniveau). De ouders en de kinderen krijgen vorming in groep, gepaard gaande met individuele interventies (huisbezoeken, ondersteuning op school, activiteiten door twee *peers* in de klas) en dat tot in de puberteit. De eerste resultaten van de beoordelingen van dit programma tonen gunstige gevolgen aan (minder agressief en oppositioneel gedrag vermeld door de ouders en minder gedragsproblemen volgens de leerkrachten op het einde van elk van de drie eerste jaren van het programma).

Bij preventie op school worden leerkrachten getraind in adequate opvoedingsvaardigheden toegepast in de schoolomgeving. Hier gaat het over onderwijs gericht op samenwerking leerling / leerkracht, proactief management, positieve discipline, bekrachtiging, nauwkeurige opvolging en probleemoplossing van sociale conflicten.

Bij oudere kinderen en ernstigere gedragsproblemen kunnen speciale behandelaars ingeschakeld worden die zich in de school of de buurt richten op spijbelen, pesten, afpersing en andere probleemgedragingen (voorbeelden cfr. Tabel 5).

Tabel 5: Programma's gericht op preventie van gedragsstoornissen gericht op kinderen en jongeren van (3 tot 16 jaar)

Doelgroep	Preventiemethode	Voorbeelden van programma's
-----------	------------------	-----------------------------

Jongeren	Ontwikkeling van sociale, cognitieve en emotionele vaardigheden	<i>Second Step</i> (4-14 jaar) <i>Promoting Alternative Thinking Strategies</i> (6-10 jaar) <i>Linking the Interests of Families and Teachers</i> (6-10 jaar) <i>Seattle Social Development Project</i> (6-10 jaar) <i>The Perry Preschool Study / The Preschool Curriculum Comparison Study</i> (3-4 jaar) <i>Montreal Preventions Experiment</i> (7-9 jaar) <i>Fast Track</i> (6-10 jaar)
Ouders	Oudertraining, positieve discipline, hantering van de woede van het kind, communicatie	<i>Linking the Interests of Families and Teachers : Seattle Social Development Project : Montreal Prevention Experiment Fast Track : Selectieve programma</i> <i>The Incredible Years Series : Selectieve programma multimodal</i> (2-10 jaar)
Leerkrachten	Opleiding: coöperatief onderwijs, probleemoplossing, proactief klasmanagement, positieve bekrachtiging van gewenst gedrag	<i>The Incredible Years Series</i> <i>Seattle Social Development Project</i>
Ruimere omgeving	Verbetering van de schoolomgeving Ondersteuning door een volwassene	<i>School Transitional Environment Project</i> (10-16 jaar) <i>Olweus Bullying Program</i> (6-15 jaar) <i>Big Brother/Big Sister of America</i>

De programma's voor universele of selectieve preventie gebruiken één of meer van die methodes. Sommigen van die programma's konden overigens gevalideerd worden.

De ***Promoting Alternative Thinking Strategies*** (PATHS) bijvoorbeeld is een programma van universele preventie dat zich enkel richt tot lagere schoolkinderen (6-10 jaar). Het streeft er in feite naar om bij hen nieuwe sociale en emotionele vaardigheden te ontwikkelen (zelfcontrole, begrijpen van hun emoties en interpersoonlijke betrekkingen, oplossing van interpersoonlijke problemen). Het beoogt ook om de beschermingsfactoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. Daartoe worden er op school 151 sessies over 5 jaar georganiseerd. Die worden aangevuld met huiswerk en regelmatig informatieve brieven aan de ouders. De beoordelingen van dit programma hebben allemaal na 2 jaar gunstige resultaten aangetoond (minder gedragsproblemen, beter aanpassend functioneren).

Het ***Olweus Bullying Prevention Program*** is een ander programma van universele preventie, dat zelf maar inwerkt op de schoolomgeving. Zijn doelstelling bestaat erin om het agressie- en conflictniveau in de instellingen (lager en middelbaar onderwijs) te verminderen. Een stand van zaken van de agressies op school wordt eerst opgemaakt en de bewustwording wordt bevorderd om vervolgens aan oplossingen te gaan denken. Interventies worden dan in de klassen (workshops, specifieke regels) en gedurende interklassikale ogenblikken ingesteld. Er worden ook individuele ontmoetingen met de slachtoffers of de daders van agressieve handelingen (en hun ouders) georganiseerd. De verschillende beoordelingen van dit programma hebben na 20 maanden een verbetering van het schoolklimaat en een vermindering van agressief en antisociaal gedrag aangetoond.

Het ***Seattle Development Project*** is daarentegen een programma van universele preventie dat tezelfdertijd betrekking heeft op ouders en leerkrachten. Het tracht immers het risicogedrag in de puberteit te voorkomen door de banden met de familie en de school te versterken om op de risicofactoren in te werken. Het biedt dus gedurende de hele lagere

school opleidingen aan zowel aan leerkrachten als aan ouders (bijvoorbeeld voor de leerkrachten over het interactieve onderricht of het coöperatieve leren en voor de ouders over de verbetering van de regulerings- en ondersteuningsvaardigheden of over drugs en antisociaal gedrag). De beoordeling van dit programma heeft op de leeftijd van 17-18 jaar gunstige effecten op gewelddadig en delinquent gedrag, alcoholmisbruik en de inzet op schoolniveau aangetoond.

De selectieve preventieprogramma's gebruiken op hun beurt meestal verschillende preventiemethoden.

### **6.3 Psychologische en sociale interventies gericht op de behandeling van gedragsstoornissen in een ambulante context.**

In een aantal gevallen volstaan universele en gerichte preventie niet om het ontstaan en de ontwikkeling van gedragsmoeilijkheden te voorkomen. In deze gevallen zijn interventies nodig om de gezinnen bij te staan en de problemen te hanteren. Deze interventies zijn gebaseerd op een aantal basisprincipes en richten zich eerst en vooral op de context waarin het kind of de jongere leeft. Deze contextuele interventies worden aangevuld met individuele interventies en, voor een beperkt aantal kinderen, met farmacologische hulp.

#### **6.3.1 Basisprincipes**

De kennis over de variabelen die een rol spelen in het ontstaan en de ontwikkeling van gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren vormt de basis voor de behandeling. Aangezien er zowel biologische, psychologische als sociale variabelen aan te wijzen zijn, zal de behandeling ook volgens een biopsychosociaal model opgebouwd moeten worden. Afhankelijk van de aard van de eventuele aangeboren of verworven fysiologische variabelen en hun invloed op het functioneren kan een farmacotherapeutische behandeling aangewezen zijn (cfr. Punt 6.7). Bij ernstige gedragsstoornissen en bij comorbiditeit is dit vaker het geval. Het aandeel van medicatie in het geheel van de behandeling van gedragsstoornissen is echter beperkt, omdat ze enkel effectief is tijdens de periode van inname en ze geen blijvende veranderingen in het functioneren teweeg brengt. Om resultaat te boeken zijn interventies nodig die ingrijpen op psychologische en sociale parameters.

**De ontwikkelingspsychologie, de leerpsychologie, de cognitieve psychologie en de persoonlijkheidspsychologie vormen de voornaamste basis van interventies gericht op het individueel psychologisch functioneren van het kind of de jongere.** Sociale psychologie en kennis over het functioneren van relationele netwerken zoals het gezin, de school, de peergroep en de ruimere maatschappelijke context vormen de peilers voor de relationele en ecologische aspecten van de behandeling. Beide types interventies zijn noodzakelijk om voldoende grote en blijvende veranderingen teweeg te brengen.

In de overzichten van empirisch gevalideerde behandelingen (Brestan & Eyberg, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; National Institute of mental health, 2001)<sup>7</sup> vinden we vooral multimediale programma's waarin interventies gericht op het individu aangevuld worden met interventies gericht op de diverse leefcontexten van het kind of de jongere. Wat de gezinsbehandelingen betreft, worden vier programma's weerhouden als terdege empirisch gevalideerd en op grond daarvan ook aangeraden: het *Positive Parenting Program* of de *Triple-p*, de *Functional Family Therapy* of FFT, de *multisystemic therapie* of MST en de *Multidimensional Treatment Foster Care* of MFTC. **Aangezien in elk programma de training in ouderlijke vaardigheden de kern uitmaakt**, worden de basiselementen van een dergelijke training eerst kort besproken. In de bespreking maken we een onderscheid in de

---

<sup>7</sup> De meeste van deze studies werden uitgevoerd in de VS en GB.



interventies die hoofdzakelijk op het gezin gericht zijn en andere die een gedragsverandering bij het individuele kind of de jongere beogen.

### 6.3.2 Gezinsbehandelingen

#### 6.3.2.1 Training in ouderlijke vaardigheden

Deze training vormt als het ware de kern van de meer uitgebreide behandelingsprogramma's die hierna besproken worden. Deze training bestaat enerzijds uit het bevorderen van een positieve kindgerichte attitude, wat impliceert dat ouders in hun dagplanning tijd en aandacht voor hun kind expliciet inbouwen. Daarnaast worden concrete opvoedingsvaardigheden aangeleerd. Een positieve kindgerichte attitude bestaat er in de eerste plaats uit dat men gezinnen aanzet en helpt om te praten. Gezinnen worden aangezet om expliciet elke dag tijd te maken om met elkaar te praten. De tijd die minimaal nodig is voor expliciet contact met het kind verschilt naargelang van de leeftijd. In de mate van het mogelijke wordt het gezin aangeraden om, net als in een ander team, af en toe te vergaderen om eerst en vooral naar elkaar te luisteren en dan naar oplossingen te zoeken. Dit betekent niet dat kinderen en jongeren over alles meebeslissen. Ouders blijven de beslissingen nemen, maar hebben eerst naar hun kinderen geluisterd. Om die 'vergader-' of overlegmomenten goed te laten verlopen moeten minimale overlegstrategieën geleerd worden. **Dit lukt het best door de hulpverleners te laten deelnemen aan de eerste vergaderingen zodat ze de basisvaardigheden kunnen 'modelleren' of voordoen.**

Naast attitudewijziging worden er ook concrete opvoedingsvaardigheden aangeleerd. Dit vormt het belangrijkste onderdeel van de training in ouderlijke vaardigheden. Deze training is in belangrijke mate gebaseerd op een operant leerparadigma en kan zowel individueel als in groepen van ouders gegeven worden. In ons land spreekt men ook van mediatietherapie. Aan de hand van reële voorbeelden van opvoedingssituaties en door middel van uitleg en oefeningen wordt aan ouders geleerd hoe ze pro sociaal en regelrespecterend gedrag bij hun kinderen kunnen aanleren. **Belangrijke ouderlijke competenties zijn: tijd en aandacht voorzien voor de opvoeding, een positieve, liefdevolle en aanvaardende opvoedingshouding aannemen, kunnen luisteren en kijken naar hun kind, op basis hiervan ontwikkelingspsychologisch verantwoorde doelen stellen, die doelen concreet en onder de vorm van een gewenst gedrag aan het kind kunnen duidelijk maken, voornamelijk werken met bekrachtiging van gewenst gedrag om dit doel te bereiken en pas in tweede instantie gebruik maken van verzwakkers zoals negatie, *time out*, *respons cost* of negatieve bestraffing van ongewenst gedrag.**

Diverse auteurs ontwikkelden concrete programma's voor trainers en ouders om dit te realiseren. Voorbeelden zijn *Living with children* (Patterson, 1976, in het Nederlands vertaald door Bosch (Omgaan met kinderen)). In de *home video training* van Webster-Stratton (1996) worden de vaardigheden inge oefend aan de hand van korte videovoorbeelden van moeilijke opvoedingssituaties. Met behulp van deze videotraining kunnen zowel basisvaardigheden zoals hoger beschreven als moeilijkere vaardigheden zoals onderhandelen, probleemoplossing en omgaan met ernstige conflicten en agressie aangeleerd worden. Naast de videotraining krijgen ouders concrete oefeningen mee naar huis.

Aansluitend op deze videotraining voor ouders ontwikkelde Webster-Stratton **een videotraining voor kinderen gericht op het aanleren van sociale vaardigheden en probleemoplossing. Hier gaat het over de ontwikkeling van empathie en rolname, de controle van agressie, communicatie en biosociaal gedrag in de relatie met leeftijdsgenoten, ouders en leerkrachten.** Combinatie van oudertraining met individuele training levert de beste resultaten, maar is uiteraard arbeidintensiever en duurder (voor een overzicht van de resultaten, zie Fonagy en Kurtz, 2002).

Afhankelijk van de leeftijd van het kind of de jongere, de aard en de ernst van de problemen en het doel van de interventie kan de training in ouderlijke vaardigheden ingebed zijn in en aangevuld worden met andere interventies. Dit is het geval in het *Positive Parenting Program*, de Functionele gezinstherapie, de multisystemische therapie en het *Multidimensional Treatment Foster Care Plan*.

### **6.3.2.2 Positive parenting program (Triple P)**

Het *Positive Parenting Program*, ook *Triple-P* genoemd, werd hoger beschreven als een interessant en in ons land toegepast preventieprogramma. Deze gezinsaanpak die voornamelijk gebaseerd is op een sociaal leerparadigma (Patterson, 1982) kan ook toegepast worden in het kader van de behandeling van gedragsproblemen. De empirische ondersteuning voor de effectiviteit van het programma voor de preventie en de behandeling van gedragsstoornissen is robuust (Kazdin, 1987, Sanders, 1996; Taylor & Biglan, 1998; Webster-Stratton, 1997).

Het programma kent zoals hoger geschetst 5 interventieniveaus. Vanaf niveau 3 gaat het over behandeling.

Voor de ouders van kinderen met een ontwikkelingsachterstand en/ of handicap is er een apart programma voorzien, nl. de *Stepping Stones*.

Het *Positive Parenting Program* wordt ondertussen in een groot aantal andere landen toegepast. In België startten de provincie Antwerpen en Kind en Gezin met een reeks studiedagen en trainingen. Het gebruik ervan begint zich in de Franstalige Gemeenschap in België in het kader van het H2M-onderzoeksprogramma te ontwikkelen (cfr. supra). Er werd een inventaris van de in de Franstalige Gemeenschap beschikbare hulp en diensten opgemaakt (en blijvend bijgewerkt). Hierbij wordt de organisatie in vijf niveaus gehanteerd, zoals in de *Triple-P* voorgesteld. Deze nieuwe opvatting over de vroegtijdige opvang is uitzonderlijk pertinent gebleken. Bovendien worden er specifieke instrumenten uitgewerkt, die in het kader van de begeleiding van de ouders gebruikt kunnen worden, bv. een programma dat meerdere groepsessies omvat alsmede een cd-rom voor de educatieve begeleiding van de ouders. Die in het kader van het H2M-programma tot stand gebrachte instrumenten worden in empirische onderzoeken uitgetest.

### **6.3.2.3 Functionele gezinstherapie**

In deze behandelvorm (Alexandre et al, 1982, 1998, 2002) wordt de training in ouderlijke vaardigheden ingebed in interventies gericht op hulp aan moeilijk toegankelijke gezinnen met multipiele problematiek. Ze wordt gegeven door ervaren trainers over een geheel van minimum 12 sessies. De sessies kunnen in een centrum of ten huize van het gezin doorgaan. De behandeling verloopt over drie fasen. In een eerste fase van 'engagement en motivatie' bouwt de behandelaar een vertrouwensrelatie op met het gezin door zich in te voegen in het systeem. Een basisattitude van respect, aanvaarding en beschikbaarheid is onontbeerlijk.

Dit geeft in een tweede fase de ruimte om te werken aan de communicatie binnen het gezin, de probleemoplossingvaardigheden en de ouderlijke competentie. De behandelaar streeft naar een meer efficiënte communicatie (actief luisteren, uiten van wensen, geven van directe, heldere en korte boodschappen. Ze poogt de gezinsleden alert te maken voor negatieve uitwisseling (verwijten, beschuldigingen, kritiek, negatie ) en die te vervangen door positieve uitwisselingen (interesse, ervaringen delen, complimenten geven, uitleg vragen, ...). Een belangrijk onderdeel van deze tweede fase bestaat uit een training in ouderlijke vaardigheden zoals hoger besproken. Bij gezinnen met jongere kinderen en wanneer de gedragsproblemen zich nog niet te zeer uitgebreid hebben naar andere contexten is dit het belangrijkste onderdeel van de interventie. Ook bij oudere kinderen blijft deze training in

ouderlijke vaardigheden belangrijk naast andere interventies gericht op de jongere zelf, de school, het werk en de vrijetijdsbesteding.

In de derde fase streeft men naar een generalisering van de verkregen positieve veranderingen naar de relaties met andere actoren in de context: de buurt, de school, andere gezondheidszorginstanties en het juridische systeem. Het doel is de veranderingen te verankeren door de relaties van het gezin met hulpbronnen in de omgeving te versterken zodat ondersteuning en opvolging verzekerd blijft.

Onderzoek toont positieve resultaten van deze behandeling in vergelijking met diverse controlegroepen. Het gedrag verbetert, de kans op herval verkleint en in geval van recidive gaat het over minder ernstig probleemgedrag (Henggeler & Sheidow, 2003).

#### **6.3.2.4 Multisystemische therapie**

Voor oudere kinderen en meer ernstige gedragsproblemen is de multisystemische therapie het meest onderzochte behandelingsmodel. Op een meer systematische manier dan in de FFT wordt geïntervenieerd in de verschillende systemen waar de jongere deel van uitmaakt, met name het gezin, de *peergroep*, de school, de werkomgeving, de buurt en de vrijetijdscontacten. Net zoals in de FFT wordt gestreefd naar verbetering van de competenties van de ouders op het vlak van opvoeding en opvolging van de jongeren. In een individueel luik wordt gewerkt aan de sociale en schoolse competenties van de jongeren. Daarnaast wordt expliciet gepoogd de contacten met de deviante *peergroep* zoveel mogelijk te reduceren en de banden met conventionele steungroepen zoals het gezin, de school, de sport of vrijetijdsorganisatie te bevorderen. Voor de interventies in deze verschillende systemen maakt men gebruik van cognitief-gedragstherapeutische en systeemtheoretische methoden en technieken.

**De multisystemische therapie wordt uitgevoerd door teams van 3 à 4 speciaal opgeleide behandelaars die voortdurend gesuperviseerd worden. Zij zijn 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar om snel te kunnen ingrijpen in geval van crisissituaties. De begeleiding duurt gemiddeld 5 tot 6 maanden met daarna opvolging. Dit alles maakt de interventie tot één van de duurste.**

De resultaten zijn positief. Gecontroleerde studies tonen aan dat de interventie leidt tot minder criminele activiteit, afname van het gebruik van geweld, minder middelengebruik, een lager percentage van arrestaties en plaatsingen of opsluitingen. Deze resultaten blijven behouden bij follow up en ook het hervalpercentage ligt lager dan bij niet of met andere methodes behandelde groepen (Borduin, 1999).

#### **6.3.2.5 Multidimensional Family Therapy (MDFT)**

Deze aanpak wordt beschouwd als een benadering die de beste resultaten oplevert bij jongeren met gedragsproblemen en die stoffen misbruiken. Verschillende studies tonen aan dat MDFT de jongeren en hun familie in de behandeling handhaaft en hen hierbij betreft, het gebruik van cannabis en andere stoffen alsmede de contacten met deviante gelijken beperkt, de werking in familie en op school verbetert alsmede de delinquentie en de geïnternaliseerde en geëxternaliseerde symptomen (gedragsstoornis) beperkt, en dat meer dan gelijkwaardige behandelingen. De jongeren, hun familie en de therapeuten waarderen deze aanpak (Dennis et al., 2004 ; Hogue et al., 2002 ; Liddle et al., 2001 ; Liddle, 2002). Vier Amerikaanse studies en één Belgische wijzen bovendien op een aanzienlijke daling van delinquent gedrag en de binding met delinquente gelijken met MDFT (Hogue et al., 2002, Liddle et al., 2001 ; Liddle et al., 2008a ; Liddle et al., 2008b; INCANT, Rapport 2010).

Deze aanpak houdt het voordeel in dat er rekening gehouden wordt met de gedragsstoornissen en stoffenmisbruik die vaak met elkaar gepaard gaan (cfr supra). Er

dient ook beklemtoond te worden dat er in België op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid deskundigheid aanwezig is wat de therapeutische opvang en opleiding van therapeuten in het MDFT-model (INCANT, Rapport 2010) betreft.

Deze aanpak heeft veel punten met de multisystemische therapie gemeen: grote beschikbaarheid van de therapeuten, interventies op verschillende niveaus (jongeren, ouders, familie, school, gerecht, *peergroups*, vrienden, enz.), intensieve opvolging gedurende zes maanden. Het doel bestaat erin zich toe te spitsen op de risicofactoren en beschermingsfactoren op verschillende niveaus (individuele, familiale en omgevingsfactoren), te werken aan een toename van de beschermingsfactoren en de risicofactoren zo klein mogelijk te maken zodat de jongere weer een normaal ontwikkelingstraject kan volgen. De voordelen van deze erkende aanpak zijn de instrumenten om de therapeutische verbintenis met de vaak weinig volgzame jongeren aan te gaan en het specifieke instrument betreffende stoffenmisbruik te scheppen.

### ***Multidimensional treatment foster care (MTFC) en de Community systems based interventions***

In een aantal gevallen bestaat de behandeling van het gedragsgestoorde kind of de jongere uit een plaatsing in gespecialiseerde centra of instellingen. Deze oplossing wordt recent in vraag gesteld om verschillende redenen. De kosten op vlak van aangepaste en vaak beveiligde huisvesting en gespecialiseerd personeel dat 24/24 u beschikbaar is, zijn hoog. Het in groep samenbrengen van gedragsgestoorde jongeren brengt ook het risico mee van uitbreiding van het arsenaal aan afwijkend en agressief gedrag. Treden er toch verbeteringen op in de instelling dan is het lang niet zeker dat die veralgemeend zullen worden in de natuurlijke omgeving.

**Als alternatief voor jongeren die omwille van de ernst van de problemen of het ontbreken van opvoedingsmogelijkheden niet in hun eigen gezin kunnen blijven wordt sinds enige jaren gebruik gemaakt van plaatsing in pleeggezinnen zoals in het *Multidimensional treatment foster care (MTFC)* (Chamberlain & Mihalic, 1998).** In deze behandelvorm krijgen zowel het pleeggezin als het natuurlijk gezin een training in ouderlijke vaardigheden. Het pleeggezin dat de jongere opvangt, wordt dagelijks begeleid en ondersteund, zowel individueel als via wekelijkse groepsbijeenkomsten met andere pleeggezinnen. Naast gedragsverandering binnen het gezin wordt, net als in de multisystemische interventie, gestreefd naar verbetering van integratie van de jongeren in de school en naar het uitbouwen van contacten met niet-gedragsgestoorde *peers*.

Aangezien deze behandelvorm recenter is, zijn nog weinig studies naar efficiëntie voorhanden. De twee studies die beschikbaar zijn, tonen hoopgevende resultaten op het vlak van het opvolgen van de behandeling en de vermindering van probleemgedrag zoals zich dat uit in aantal dagen opsluiting en hervat (Chamberlain, 1990; Chamberlain & Reid, 1998; Huey et al., 2000).

In de meeste contextuele benaderingen poogt men in de mate van het mogelijke de ouders aan te spreken. Wanneer deze niet beschikbaar of bereid zijn om verder in de opvoeding te investeren, moet men alternatieven durven overwegen. **Voorkomen en behandelen van gedragsproblemen is onmogelijk zonder een minimale positieve attitude tegenover de jongere, wat ook zijn daden zijn geweest. Een onvoorwaardelijke positieve aanvaarding van de persoon (niet van zijn daden) vormt de basis, zoals Adriaenssen het uitdrukt: “je geneest niet zonder liefde”.** Dit kan onmogelijk zijn voor de onmiddellijk betrokkene, vooral als er een te negatieve escalatie is met diepe wederzijdse kwetsuren. Het slachtoffer van geweld, of je nu ouder of kind bent, is niet de eerst aangewezen persoon om de dader te helpen. Dat mensen vaak zowel slachtoffer als dader zijn, maakt het nog moeilijker. Hier kan het werken met *Buddy's* een oplossing zijn.

### **6.3.3 Interventies gericht op de kinderen**

De interventies gericht op het gedragsgestoorde kind zelf bestaan meestal uit een training van de sociale vaardigheden. Dit is onder meer het geval in de cognitief gedragstherapeutisch geïnspireerde *problem solving training*. Gedragsgestoorde kinderen geven vaak blijk van een afwijkende interpretatie van het gedrag van anderen als zijnde vijandig en uitdagend. De jongere reageert hierop met agressief gedrag en beschikt over weinig alternatieven. Met behulp van oefeningen en rollenspelen wordt aan de interpretatie van sociale situaties en aan de hantering ervan gewerkt door het uitbreiden van het arsenaal aan prosociale gedragingen in allerlei sociale situaties (Kazdin et al, 1992).

Een meta-analyse naar de effecten van deze interventievorm en van gelijkaardige cognitief-gedragstherapeutische interventies, uitgevoerd door Bennet en Gibson (2000) tonen licht tot matige positieve effecten op het probleemgedrag thuis en op school, met name bij kinderen vanaf 10 à 11 jaar. Toch blijkt duidelijk dat de effecten van individuele behandelingen minder groot zijn dan die van gezinsbehandelingen en dat een combinatie van beiden de beste resultaten geeft.

## **6.4 Interventies op de scholen**

### **6.4.1 Spijbelbeleid van het Departement Onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap**

#### **6.4.1.1 Standpunt en context**

**Het laatste decennium gaat de Vlaamse Gemeenschap ervan uit dat er een recht op onderwijs is voor alle jongeren tussen 6 jaar en 18 jaar, maar ze voegt eraan toe dat dit recht dwingend is.** Hierbij wordt opgemerkt dat dit dwingend recht niet samenvalt met schoollopen, nog minder met schoollopen in een instelling die verbonden is met de Vlaamse Gemeenschap. Thuisonderwijs, privé- onderwijs, onderwijs in de Franstalige Gemeenschap of in het buitenland kunnen erkend worden als een volwaardig alternatief op het reguliere schoollopen. Een verdere differentiëring wordt voorzien in deze zin dat **jongeren die deelnemen aan het reguliere onderwijs dit voltijds moeten invullen tot hun leeftijd van 16 jaar. Daarna zijn er drie deeltijdse alternatieven mogelijk: deeltijds onderwijs, deeltijdse vorming of de Syntra (deze laatste formule biedt aan jongeren de mogelijkheid om zich via de zogenaamde *Leertijd* te vormen in functie van een beroep).**

In positieve zin wordt het recht op onderwijs gemotiveerd op basis van de bevordering en vrijwaring van de ontplooiingskansen van alle kinderen en jongeren, in het bijzonder van deze afkomstig uit gezinnen met een financieel en / of cultureel zwakkere achtergrond (het *Gelijke KansenBeleid*). Hun volwaardige deelname aan het maatschappelijk proces moet worden onderbouwd door een enculturatieproces waarin een aangepaste opleiding een cruciaal segment vormt.

**In meer restrictieve zin worden volledig schoolverzuim en regelmatige afwezigheid bij de onderwijsactiviteiten beschouwd als ernstige risicofactoren op marginalisering en zelfs op criminalisering.** Zoals elders in dit rapport meermaals aangegeven, worden ernstige vormen van spijbelen gerekend tot gedragsstoornissen. Men dient spijbelgedrag te differentiëren. In een boomstructuur (Departement Onderwijs 1996, p.10) staat bovenaan het algemene schoolverzuim. Daarna wordt het onderscheid aangebracht tussen geoorloofd en ongeoorloofd verzuim. De volgende differentiëring is absoluut verzuim (men is niet ingeschreven) en ongeoorloofd relatief verzuim. Daaronder rekent men vier categorieën gaande van incidenteel tot permanent. Vettenburg en Huybrechts (2001) delen het spijbelen in bij het antisociaal gedrag, onder de categorie "Statusdelicten". Dit zijn gedragingen die op

zich geen delicten zijn, maar verband houden met de statutaire verplichtingen van een persoon. In dit geval gaat het om het verplichte recht van een minderjarige om aantoonbaar onderwijs te volgen. Een laatste indeling maakt men tussen luxeverzuim en signaal verzuim. Luxeverzuim heeft betrekking op het wegblijven uit de school vanwege extra vakantie of omwille van familiale activiteiten (meestal met instemming of zelfs op initiatief van de ouders). **De bezorgdheid van de overheid gaat vooral uit naar het spijbelen als signaal van achterliggende psychosociale problemen.**

#### **6.4.1.2 Oorzaken en prevalentie van het spijbelprobleem**

In het voorstel voor het Vlaams Parlement “Een sluitende aanpak voor spijbelen en schoolverzuim” (februari 2006) wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten oorzaken.

1. Leerlinggebonden oorzaken: onder meer faalangst, verstoorde relatie met de school, kloof tussen de school en de leefwereld van de jongeren, maar vooral schoolmoeheid en demotivatie.
2. Ouder- en gezin gebonden oorzaken: onder meer onmacht en gebrek aan sturing door de ouders, kansarmoede, kloof tussen de school en de gezinscultuur.
3. Schoolgebonden oorzaken: onder meer een gebrek aan organisatie, ontbreken van degelijke leerlingenbegeleiding, manke controle op de aanwezigheid.
4. Maatschappelijke oorzaken: onder meer de leerplicht tot 18 jaar in contrast met de drang naar onafhankelijkheid van de jongeren, onzekere toekomstperspectieven, subcultuur bij bepaalde jongeren.

Tijdens het schooljaar 2005 – 2006 was in het voltijds gewoon secundair onderwijs 0,6% van de leerlingen meer dan 30 halve dagen ongewettigd afwezig; in het voltijds buitengewoon secundair onderwijs was dat 3,3%. In het deeltijds secundair onderwijs werd 21,3% van de leerlingen geregistreerd die meer dan 20 halve dagen ongewettigd afwezig bleven. Zoals men merkt wordt voor het voltijdse onderwijs een ander spijbelcriterium gebruikt dan voor het deeltijdse.

#### **6.4.1.3 Geïntegreerde aanpak van het spijbelprobleem**

De inspectie wees erop dat de scholen te veel gericht waren op remediëring en te weinig op preventie. Bovendien stelde ze dat er eenzijdig aandacht werd besteed aan de individuele leerling en te weinig aan de schoolse context. De registratie liet te wensen over en er werd onvoldoende samengewerkt met het CLB. Een en ander bracht de minister van Onderwijs en Werk ertoe een geïntegreerde aanpak van het probleem uit te werken. Deze wordt weergegeven in twaalf acties (beschikbaar op [www.ond.vlaanderen.be/leerplicht](http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht)). De aanpak beoogt meerdere partners te betrekken bij het terugdringen van het spijbelen: de leerlingen zelf, de ouders, de scholen, het CLB, het departement Welzijn, de federale overheid (onder meer justitie) en de lokale besturen.

Actie 1: Informatiecampagne naar de ouders, artsen, hulpverleners en scholen. Men wil alle betrokkenen sensibiliseren om hun verantwoordelijkheid ter zake op te nemen.  
Actie 2: Scholen moeten meer werk maken van een nauwkeurige en vroege signaaldetectie. Op deze manier kan men ook sneller en dus preventief optreden. Samen met de pedagogische begeleiding en het CLB wordt een actieplan opgesteld.  
Actie 3: Werken aan een positief schoolklimaat, dat in belangrijke mate moet worden gerealiseerd door de leerkrachten. Indien de school hieraan onvoldoende aandacht besteedt, kan een begeleiding worden opgelegd.

Actie 4: Samenwerking tussen de school en het CLB op het gebied van het spijbelen moet worden geëxpliciteerd in de beleidscontracten en –plannen. Voor het basisonderwijs en het secundair onderwijs is een *spijbelkijkwijzer* ontwikkeld met informatie voor de scholen en de CLB's ([www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/kijkwijzer](http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/kijkwijzer)).

Actie 5: De samenwerking tussen de school en de ouders moet worden versterkt, vooral met ouders van kwetsbare milieus. Een mogelijkheid is contact te zoeken met organisaties van kansarmen en allochtonen.

Actie 6: Ontwikkelen van een specifiek doelgroepenbeleid, meer bepaald voor kleuters, deeltijdse leerlingen en kinderen in de residentiële hulpverlening. Kleuters gaan best zo vroeg mogelijk naar school. Deeltijdse leerlingen moeten zich engageren voor een voltijdse inzet. Indien ze hierin tekortschieten, kan dit negatieve gevolgen hebben voor hun loon. Opname in de residentiële hulpverlening moet beter worden geregistreerd.

Actie 7: Artsen moeten gesensibiliseerd worden om hun verantwoordelijkheid te nemen op het gebied van het spijbelen. Medische attesten maskeren vaak het spijbelprobleem of erger nog, werken het spijbelen in de hand.

Actie 8: Spijbelen moet aan de orde worden gesteld in de Integrale Jeugdhulp, waar het CLB een coördinerende rol heeft.

Actie 9: Een intensieve aanpak is gewenst bij ernstige spijbelproblemen, vooral op gezinsniveau. Deze aanpak moet op maat gesneden worden en ondersteuning van het opvoedingsproject moet worden aangeboden.

Actie 10: Bij manifeste onwil moet men overgaan tot justitiële vervolging en bestraffing. Als ouders weigeren mee te werken, wordt dit doorgegeven aan het parket en bij de minister van Justitie wordt erop aangedrongen om een consequente aanpak te realiseren. Men wijst erop dat een adequate aanpak van het spijbelprobleem preventief werkt ten aanzien van delinquentie.

Actie 11: Vooral in grote steden is nood aan een aangepast spijbelbeleid. Hierbij zorgt het lokale beleid voor inschakeling van het OCMW en de lokale politie.

Actie 12: De spijbelregistratie wordt nauwkeuriger verricht en gebeurt reeds op de derde dag van het schooljaar. Leerlingen moeten ingeschreven zijn op de eerste dag van het schooljaar en moeten ook aanwezig zijn. Het controlesysteem dat nagaat of leerlingen elders onderwijs volgen (Franstalige Gemeenschap, buitenland, privé ...), moet scherper gesteld worden en de doorlooptijd sterk verkort.

#### **6.4.1.4 Eerste resultaten in Vlaanderen**

In het schooljaar 2008 – 2009 waren de eerste drie dagen van het schooljaar 1100 leerplichtigen afwezig zonder gegronde reden. Vroeger gebeurde deze controle op 1 oktober. De 1100 afwezigen waren als volgt verdeeld over de onderwijsniveaus: 30 in het kleuteronderwijs, 671 in het lager en 399 in het secundair onderwijs. Dit is een stijging van 15% ten opzichte van het jaar ervoor, maar waarschijnlijk een gevolg van een betere registratie. 56 dossiers hebben betrekking op recidive: ze waren het vorige schooljaar ook al in gebreke. Deze dossiers worden in detail geanalyseerd, de school of het CLB trekt de oorzaak na en men onderneemt actie.

Een persbericht meldt dat bij de Syntra-leerlingen (leercontract) tot een derde minder gespijbeld wordt en ook de uitval daalt met een derde. Spijbelcoaches worden ingezet vanaf vier ongewettigde afwezigheden.

#### **6.4.2 Schoolplicht in de Franstalige Gemeenschap**

In de Franstalige Gemeenschap ligt de verantwoordelijkheid voor het naleven van de leerplicht bij de ouders of de personen die de ouderlijke macht uitvoeren.

Over het algemeen wordt het instellingshoofd, de inrichtende macht van de instelling of zijn afgevaardigde ertoe aangemoedigd om elke samenwerking op te starten, te ontwikkelen en voort te zetten. Deze samenwerking moet zorgen voor een betere coördinatie van de interventies op het terrein in het voordeel van de jongeren waarbij de bekwaamheden en opdrachten van iedereen geëerbiedigd worden.

Naast de schoolinstelling zelf zijn er een aantal andere partners: het geheel van eerste en tweede lijndiensten voor sociale en psychologische hulp, zoals het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding), Dienst voor Schoolre-integratie, Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg, Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, Dienst voor hulpverlening in een open kader, Dienst van mobiele teams van de Algemene Bestuursdirectie voor de Schoolplicht, Dienst voor jeugdhulp, Dienst gerechtelijke bescherming, parket (criminologen van de afdelingen familie-jeugd) en politiediensten. Het instellingshoofd kan eveneens op basis van die samenwerkingsvormen een jaarplan voor de schoolre-integratie opmaken. Dit plan kan opgenomen worden in het pedagogisch project van de schoolinstelling en met name een verzameling bevatten van "goede praktijken" over verscheidene onderwerpen zoals het weer aantrekken van de leerling, beheersing van conflicten, gewelddaden en verslaving enz..

In het lager en middelbaar onderwijs wordt elke afwezigheid die niet binnen de vastgestelde tijd verantwoord wordt, dat is uiterlijk op het einde van de week waarin die afwezigheid plaatsgevonden heeft, aan de ouders gemeld.

Het instellingshoofd wordt aanbevolen om vanaf de eerste ongerechtvaardigde afwezigheden van een leerling het CLB-centrum te verwittigen zodat het zijn begeleidende functie t.o.v. de leerling en indien gewenst zijn/haar ouders kan waarmaken.

Het instellingshoofd roept de leerling en de ouders bij zich vanaf het moment dat er sprake is van 10 dagen ongerechtvaardigde afwezigheid (m.a.w. 20 halve dagen) van een leerling. Dit gebeurt om de leerling en de ouders van de minderjarige aan de bepalingen betreffende de afwezigheden op school te herinneren. De directeur stelt indien nodig preventiemaatregelen betreffende de afwezigheden voor.

Het instellingshoofd stuurt een lid van het educatieve personeel of een ombudsman naar de woon-of verblijfplaats van de leerling indien er op de desbetreffende oproep niet wordt ingegaan en telkens als hij het nuttig acht. Naargelang de situatie en in overleg met het CLB kan het instellingshoofd bovendien een bezoek van een medewerker van het CLB bij de leerling thuis aanvragen.

Zodra de minderjarige leerling 9 halve dagen ongerechtvaardigd afwezig is in het lager onderwijs en meer dan 30 halve dagen ongerechtvaardigd afwezig is in het middelbaar onderwijs, moet het instellingshoofd dit verplicht aan de DGEO, de dienst voor schoolplichtcontrole, melden zodat de administratie de zaak zo snel mogelijk kan opvolgen.

Ook vóór het quota van onrechtmatige afwezigheden is bereikt, kan de schooldirectie ertoe beslissen het dossier door te geven aan de DGEO.

Gedurende het schooljaar 2007-2008 werden er in de Franstalige Gemeenschap 9767 absenteïsmedossiers geopend, waarvan 5716 in het gewone lager onderwijs en 3124 in het gewone middelbaar onderwijs (de overige betreffen het gespecialiseerde onderwijs).

De dienst voor schoolplichtcontrole moet de burgers aan hun verantwoordelijkheid inzake schoolplicht herinneren en alles in het werk stellen om de jonge schoolverlater opnieuw in de school te integreren. Hiertoe doet hij een beroep op de familiale en sociale hulpbronnen.

De samenwerking met de partners is een primordiaal instrument aangezien de dienst voor schoolplichtcontrole nood heeft aan partners op het terrein. Hieraan kan hij zijn dossier van schoolverlating doorspelen om de families in moeilijkheden te helpen.



Het instellingshoofd moet de dienst voor jeugdzorg eveneens melden welke minderjarigen er gevaar lopen, met name bij verdacht absentisme op school :

- een minderjarige leerling verkeert in moeilijkheden;
- de gezondheid of de veiligheid van een minderjarige leerling is in gevaar;
- de opvoedingsomstandigheden van een minderjarige leerling worden geschaad door zijn gedrag, dat van zijn familie of huisvrienden.

Het instellingshoofd kan om de leerling te motiveren terug naar school te komen, conflicten te beheersen en gewelddaden en verslavingen in de hand te houden de hulp van het CLB en andere organisaties vragen.

De ombudsdiensten op school hebben aldus tot opdracht geweld en schoolverlating te voorkomen door het klimaat van vertrouwen tussen de leerlingen, hun ouders, als hij nog minderjarig is, en het pedagogisch team te bevorderen, te bewaren en te herstellen.

Ze treden in het gewone middelbaar onderwijs op indien er een verzoek is vanwege de directie, een leerkracht, een opvoeder, een leerling en/of diens familie, een externe dienst,... Ze kunnen tussenkomen in het gewone lager onderwijs wanneer uitzonderlijke omstandigheden, als dusdanig door de regering erkend, het nodig maken.

In het Waalse Gewest gaat het om externe diensten en in het Brusselse Gewest om interne diensten.

De mobiele teams hebben als opdracht in een crisissituatie te handelen, preventief te handelen om voorspelbare spanningen te voorkomen, te handelen met het oog op een hernemen van de dialoog in een instelling die een crisissituatie gekend heeft en sensibiliseringsacties voor conflictenbeheersing aan te bieden aan de leerling.

Hun acties vinden plaats in het gewone lager onderwijs, het gewone middelbaar onderwijs en het gespecialiseerde onderwijs.

In bepaalde omstandigheden kan een minderjarige die uit zijn school uitgesloten wordt of zich in een crisissituatie bevindt (bepaald door de duur van de schoolverlating van de jongere, een ernstige ontredde of gevoelens van onmacht bij het hele opvoedkundige team en dat ondanks de acties van de tussenkomende personen) naar een dienst voor schoolre-integratie verwezen worden.

De opvang van een minderjarige door een dienst voor schoolre-integratie is een sociale, opvoedkundige en pedagogische hulp, die bestaat uit opvang overdag en desgevallend hulp en begeleiding in de gezinsomgeving.

Dit type dienst streeft ernaar om de specifieke moeilijkheden van elke minderjarige in het licht te stellen en ontwikkelt instrumenten om oplossingen voor zijn verschillende moeilijkheden te vinden. Het doel: de minderjarige zo vlug mogelijk weer naar school te doen gaan en dat in de best mogelijke omstandigheden.

Gedurende die opvang zorgt de dienst voor schoolre-integratie voor een samenwerking met de onderwijsinstelling van de minderjarige (bv. : voor of na de opvang bezocht) of elke andere instelling zodat hij zijn leertijd kan voortzetten.

### **6.4.3 Het onderwijs in Brussel**

In het schooljaar 2007 – 2008 waren er in Brussel 140.575 jongeren met leerplicht. Na overleg tussen de Franstalige en Vlaamse Gemeenschap en controle van de vaststellingen wist men van 6.345 jongeren of 4,5% niet op welke manier ze voldeden aan de leerplichtwet. Op 12 november 2008 werd een overeenkomst gesloten tussen de burgemeesters van de 19

Brusselse gemeenten, de onderwijsministers van de Vlaamse en Franstalige Gemeenschap en de minister-president van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze overeenkomst voorziet de volgende stappen.

- 1) Vóór 15 januari worden de onderwijsdatabanken van de gemeenschappen vergeleken met het bevolkings-, het vreemdelingen- en het wachtregister. Zo kan men registreren welke jongeren niet voldoen aan de leerplichtwet.
- 2) De ouders van deze jongeren worden aangeschreven met een tweetalige brief, verstuurd door een gemeenschappelijke spijbelcel.
- 3) Wie niet antwoordt op deze brief, wordt gemeld aan de gemeente.
- 4) De gemeente engageert zich om deze gezinnen te benaderen, bij voorkeur door aan huis te gaan in functie van een persoonlijk gesprek.
- 5) De vaststellingen worden gemeld aan de gemeenschappelijke spijbelcel.

Wanneer ouders manifest niet meewerken aan deze activering van de schoolplicht, wordt het dossier overgemaakt aan het parket.

#### **6.4.4 Interventie op school**

##### **6.4.4.1 The Schoolwide Positive Behavior Support**

De positieve gedragsondersteuning (*Positive Behavior Support*) is een vorm van Toegepaste Gedragsanalyse (*Applied Behavior Analysis*) gebaseerd op een model van operant leren. Deze toepassing is ontwikkeld als reactie op het gebruik van aversieve procedures bij moeilijk beïnvloedbaar probleemgedrag. Eerst wordt er een analyse gemaakt van de contextuele elementen die het verschijnen van het gedrag beïnvloeden en er wordt een hypothese geformuleerd over die relaties. Met andere woorden: wat zijn de elementen in de levensomstandigheden van de leerlingen, de voorgeschiedenis van de leerling, die het verschijnen en/of de voortzetting van dat problematisch gedrag verklaren). Vervolgens leert deze methode de leerling positief gedrag of positieve gedragingen aan om het problematisch gedrag te vervangen. Voor het gebruik hiervan wordt de leerling bekrachtigd onder de vorm van aanmoediging en privileges; aversieve procedures gericht op een afname of verdwijnen van het probleemgedrag worden vermeden (Willaye en Magerotte, 2008).

Deze interventiestrategie werd vooral eind jaren 80 en begin jaren 90 ontwikkeld in die sectoren van de schoolpsychologie en de geestelijke gezondheidszorg waarin het probleem van de gedragsstoornissen sterk aanwezig was. Ook hulpverleners die verantwoordelijk zijn voor het opmaken van geïndividualiseerde interventieprogramma's voor mensen met ernstige handicaps en aanzienlijke gedragsstoornissen maken er gebruik van (Horner et al., 1990). In het kader van de dynamiek die op gang kwam in de richting van 'geïntegreerd onderwijs' voor kinderen met een handicap die in het gewone onderwijs blijven, werd deze aanpak verder uitgebouwd in een meer systemisch kader. Dat heeft geleid tot de *School-Wide Positive Behavior Support* (SWPBS) die voor het ogenblik alle leerlingen en studenten (met of zonder handicap) die uitdagend gedrag vertonen en de hele scholengemeenschap betreft.

De SWPBS is een systemische preventie- en interventieaanpak van uitdagend gedrag in de scholen. Die aanpak bevat drie actieniveaus (Horner, Sugai, Todd & Palmer, 2005):

- Primaire of universele preventiestrategie worden gebruikt voor alle studenten, waarbij alle volwassenen de hele tijd betrokken worden. Het doel is het voorkomen van het

optreden van gedragsproblemen bij leerlingen en studenten door het gebruik van proactieve interventies voor de hele school.

- Secundaire preventiestrategieën zijn groepsinterventies voor leerlingen en studenten die niet op de primaire preventiestrategieën reageren en waarvoor er geen geïndividualiseerde strategieën noodzakelijk lijken.
- Tertiaire preventiestrategieën bestaan uit positieve geïndividualiseerde interventies (PBS) gebaseerd op een individuele analyse en een functionele hypothese leidend tot een veelomvattend ondersteuningsplan voor die leerlingen en studenten met aanzienlijke gedragsproblemen.

In het SWPBS- programma worden tegelijkertijd verschillende systemen (school, familie enz.) betrokken. Schorsing of uitsluiting als sanctie voor gedragsstoornissen worden niet gebruikt. Voorbeelden van strategieën op het eerste niveau zijn: ondersteuning op school, onderricht in sociale vaardigheden, concretiseren van de verwachtingen van de school, positieve bekrachtiging van alle betrokkenen, klasmanagement. Het tweede niveau omvat klas- of groepsactiviteiten, met name zelfcontroleprogramma's, intensief onderricht van sociale vaardigheden. De derdeniveaustrategieën, de positief geïndividualiseerde interventies (PBS), zijn hoofdzakelijk individueel en vergen een functionele analyse en het aanleren van positief alternatief gedrag. Deze laatste strategieën zijn wetenschappelijk onderzocht en kunnen als *evidence-based* beschouwd worden. Deze geïndividualiseerde aanpak, uitgevoerd in samenwerking met in PBS gespecialiseerde beroepsbeoefenaars, blijkt niet eenvoudig in te planten in de scholen. Een aantal onderzoekers werkt nu intensief samen om het gebruik van deze aanpak in het kader van de "gewone" scholen die met geweldproblemen te maken krijgen, te stimuleren. Dit is met name van belang voor scholen die geconfronteerd worden met de opdracht tot het verstrekken van inclusief onderwijs aan de leerlingen met ernstige handicaps.

De laatste vijftien jaar zijn er tal van gegevens verzameld over de efficiëntie van PBS bij mensen met ernstige gedragsstoornissen en in het bijzonder bij jongeren die eveneens een intellectuele deficiëntie en/of autisme hebben (Carr, E.G., Horner, R.H., Turnbull, A.P. & coll., 1999). Voorts werd PBS in familieverband toegepast. In het kader van de wettelijke erkenning van deze aanpak in de USA komt er meer onderzoek over de "systemische" aspecten van SWPBS. Ze hebben tegelijkertijd betrekking op de schoolvorderingen van de leerlingen als op de gedragsstoornissen, twee nauw verbonden aspecten (zie bijvoorbeeld de documenten van het *OSEP National Technical Assistance Center on PBS*).

Meer informatie vindt men op de **volgende websites**:

<http://pbis.org>

[www.swis.org](http://www.swis.org)

Er bestaat ook **een tijdschrift** over deze aanpak: *Ondersteuning van positief gedrag*, nl. het *Journal of Positive Behavior Interventions* (uitgegeven door Pro-Ed).

#### **6.4.4.2 Welzijnsshops**

Er kunnen op school ook welzijnsshops ontwikkeld worden om de kinderen en jongeren bij het verwerven van psychosociale basisvaardigheden te helpen (Pelc & Ledoux, 1993).

Te Brussel worden er proefprojecten ontwikkeld om leerkrachten eerst op vrijwillige basis op te leiden in de kennis en de praktijk om jongeren te helpen essentiële dimensies van hun psychologische en relationele ontwikkeling te verwerven (bijvoorbeeld zelfwaarde, stressbeheer, conflictenbeheer, empathie, solidariteit, enz.) en vervolgens om die leerkrachten te ondersteunen om in die zin bij leerlingen korte interventies te ontwikkelen.

### **6.5 Interventie in de wijk / Buurtschap**

### **6.5.1 Prosociale interventie en familiale factoren**

De prosociale interventies richten zich op het mobiliseren van verschillende beschikbare hulpbronnen om kinderen en pubers in moeilijkheden te helpen. Er bestaat in België een rijk potentieel van diensten en verenigingen die elk op hun niveau een gunstige rol kunnen spelen bij het voorkomen van verschillende stoornissen waaronder de gedragsstoornissen.

De P.M.S.-centra spelen een zeer belangrijke rol bij het opsporen en oriënteren van leerlingen met moeilijkheden die op school tot uiting komen. Er zijn tal van Acties in een open Omgeving (A.O.O.) zoals huiswerkscholen, sportclubs, die aan jongeren uit de wijk hulp bieden. Financiële tegemoetkomingen voor de financieel kansarme ouders zijn mogelijk via de OCMW's om het mogelijk te maken jongeren in te schrijven voor prosociale activiteiten. Er bestaan eveneens centra ter bevordering van het schoolbezoek voor jongeren die de school verlaten hebben. De efficiëntie van die structuren wordt echter zelden beoordeeld. Ze kunnen bovendien niet altijd al hun opdrachten correct vervullen bij gebrek aan middelen. Het begin februari 2009 goedgekeurde decreet in de Commissie voor verplicht onderwijs van het parlement moet een en ander in de Franstalige Gemeenschap ongetwijfeld verbeteren. Dit decreet voorziet immers in een versterking van het personeel van de PMS-centra met 5,6%, welke toename op gedifferentieerde wijze moet geschieden. Het is de bedoeling om de op schools gebied meest achtergestelde bevolkingsgroepen beter te helpen; die lopen trouwens het meeste risico om de school vroegtijdig te verlaten of er uitgesloten te worden: leerlingen met achtergestelde sociaaleconomische coëfficiënt, met deeltijds beroepsonderwijs of in volledige of gedeeltelijke permanente integratie.

De familie speelt overigens een centrale rol bij de preventie en opvang van de stoornissen en het is noodzakelijk dat die ontvangende partij is bij de interventies. Die weet nochtans niet altijd tot wie zich te wenden voor het vinden van aangepaste hulp.

Kortom, er blijkt een wijde waaier van mogelijke hulpbronnen te bestaan, die niet altijd al hun opdrachten vervullen en niet altijd tot in de details bekend zijn bij de ouders en de beroepsbeoefenaars.

### **6.5.2 Interventies op straat**

De politie is een belangrijke getuige van gewelddaden door jongeren. Sommige van die handelingen worden door de jongeren zelf gefilmd en verspreid, bv. de *happy slapping*. Hierbij wordt lichamelijke [agressie](#) gefilmd met behulp van een GSM. Het kan gaan van eenvoudige plagerij tot ernstigste gewelddaden, met inbegrip van seksueel geweld. Deze video's worden vaak via het internet verspreid.

Andere fenomenen zijn met name:

- organisatie van gewelddadige confrontaties tussen groepen met behulp van internet blogs;
- afpersing en chantage;
- toename van het aantal en de omvang van de jeugdbendes in de steden en de confrontaties tussen de bendes;
- geweld door buitenlandse jongeren afkomstig van landen in oorlog die zelf slachtoffer of getuige waren van intensief geweld met gebruik van allerlei wapens;
- verspreiding van beelden van extreem geweld op internet (bv. : onthoofding).

Bij het hanteren van geweld in scholen grijpt de politie in op een klassieke manier maar tegelijkertijd wordt een crisiscel opgericht om de daarop volgende frequente wraakoperaties te hanteren. Die cel wordt vervolgens geleidelijk afgebouwd.

De politie organiseert ook andere preventieve of interventieactiviteiten ten opzichte van geweld bij jongeren:

- in de lagere school, peterschap: een referentiepolitieaanpak per school; ludieke activiteiten;
- de jongeren confronteren met wat er op internet bestaat: blogs, webcams, ebay, You Tube,...;
- rollenspelen organiseren om de aandacht te vestigen op onaangepast gedrag en de alternatieven ervoor;
- ontmoetingen met moeilijke klassen;
- luisteren naar de problemen van jongeren, met hen communiceren in hun eigen taal.
- volgen van en toezicht houden op de blogs;
- deelname aan kringgesprekken met leerkrachten, CLB, enz. voor jeugdige schoolverlaters;
- mogelijkheid om de jongere bij hem thuis te gaan halen om hem naar school te begeleiden.

## **6.6 Behandeling in het kader van een plaatsing in een gespecialiseerde instelling**

### **6.6.1 Algemene beschouwingen**

De problematiek die aan de basis ligt van een beslissing tot plaatsing van een jongere in een gespecialiseerde instelling blijkt lang niet altijd alleen bij het kind of de jongere zelf te liggen; vaker gaat het over een problematische thuissituatie of een combinatie van problemen in de thuissituatie en bij de jeugdige. Relationale problemen tussen de ouders en de jongere spelen dikwijls een belangrijke rol (Berridge & Brodie, 1998; Van der Laan et al., 1992; Van Ooyen-Houben, 1991). De ineffectiviteit van eerdere (ambulante) hulpverlening bij jeugdigen komt ook als een belangrijke reden voor residentiële plaatsing naar voren (Bickman et al., 1996; Scholte & Van der Ploeg, 2002a).

Whittaker en Pfeiffer (1994) noemen vier criteria die in onderzoek zijn gesuggereerd als indicatie voor residentiële plaatsing, namelijk:

1. extreem ernstige gedragsmatige en emotionele problemen die de expertise van goed getrainde professionals noodzakelijk maken;
2. duidelijk aanwezig en dreigend gevaar voor de jongere zelf, anderen of de omgeving;
3. onvoldoende aansluiting van de behoeften van de jonger en de hulpmiddelen die beschikbaar zijn in de thuisomgeving;
4. een keten van disfunctionele gedragingen die zichzelf in stand houdt en ongevoelig is voor minder intensieve behandeling.

Het moment van uithuisplaatsing blijkt van invloed te zijn op de prognose van de behandeling. Jongeren die op een later tijdstip alsnog uit huis worden geplaatst, hebben ongunstiger ontwikkelingsprognoses dan jongeren die eerder uit huis worden geplaatst, ook als ze bij aanvang van de hulp niet verschillen in de ernst van de problematiek. Op basis van deze vaststelling en bevindingen dat uithuisplaatsing gunstige effecten kan hebben op het emotioneel, cognitief en lichamelijk functioneren en de kwaliteit van het leven van jongeren, kunnen we besluiten dat residentiële plaatsing niet per definitie een optie is die altijd moet worden vermeden (Davidson-Arad et al., 2003; Scholte en Van der Ploeg, 2002b; Van Ooyen-Houben, 1991).

Nochtans heeft het jeugdzorgbeleid van de laatste 20 jaar in veel westerse landen geleid tot een gestage vermindering van het aantal gespecialiseerde residentiële instellingen voor jeugdzorg (Colton & Hellinckx, 1994; Knorth, 2002; Ruxton, 1996). Onder invloed van het systeemtheoretisch perspectief en het subsidiariteitsbeginsel is er een markante daling geweest van de capaciteit van het residentieel aanbod en werd tegelijkertijd het aantal

ambulante diensten gericht op intensieve pedagogische hulp aan huis, aanzienlijk uitgebreid (Hellinckx, Colton & Williams, 1997).

Het kleiner aantal instellingen heeft geleid tot een grotere druk op de overblijvers om alles te kunnen bieden aan een steeds groter wordende groep kinderen en jongeren. Deze evolutie ging ten koste van de differentiatie van de hulp naar specifieke doelgroepen. Bovendien is er door de verhoogde kosten van de residentiële hulpverlening en afgenomen capaciteit een grote druk ontstaan om residenten, zelfs voor dat ze 'klaar' zijn, te laten vertrekken (Gibbs & Sinclair, 1998).

Momenteel is er nood aan meer gerichte en empirisch onderbouwde residentiële behandelingen voor de specifieke behoeften van een bepaalde populatie probleemjongeren (Connor et al., 2004). Zo zijn er aanwijzingen dat het optimaal koppelen van jongeren met bepaalde kenmerken aan een specifieke vorm van behandeling (*matching*) juist bij jongeren met gedragsstoornissen tot goede resultaten kan leiden (Frensch & Cameron, 2002).

Wel mogen we niet uit het oog verliezen dat het in groep samenbrengen van gedragsgestoorde jongeren het risico meebrengt van uitbreiding van het arsenaal aan afwijkend en agressief gedrag. Verschillende onderzoekers (Kazdin, 1997; Dishion et al., 1999; Dishion et al., 2001) wijzen op het gevaar van onderlinge deviante beïnvloeding dat probleemgedrag kan versterken en mogelijke therapeutische effecten kan neutraliseren. Voornamelijk op lange termijn zou er sprake zijn van negatieve effecten. Verder lijkt het erop dat vooral de oudere jongeren met een meer ernstige problematiek kwetsbaarder zijn voor negatieve invloeden van de groep. Dit risico op zogenaamde deviantietraining wordt in enkele meer recente overzichtsstudies van allerlei groepsinterventies bij antisociale jongeren (Handwerk et al., 2000; Weiss et al., 2005) weer ter discussie gesteld. Toch blijft het een belangrijk aandachtspunt in de residentiële behandeling van jongeren met gedragsstoornissen. De groepsbegeleider moet door zijn coachende en sturende aanwezigheid in staat zijn om, op basis van een nauwgezette monitoring, interactieve processen voldoende te structureren. Dit is een moeilijke evenwichtsoefening, omdat de groep ook de ruimte moet krijgen om zelf verantwoordelijkheid te nemen en creatieve oplossingen te zoeken voor problemen die zich stellen. Het *peer cultural model* probeert dit dilemma op te lossen door de groep waarin de jongere functioneert als een belangrijk therapeutisch middel te hanteren (Gibbs et al., 1995; Vorrath & Brendtro, 1985).

In een vrij recent uitgevoerd literatuuronderzoek komen Boendermaker en Van den Berg (2005) tot de conclusie dat bij jongeren met ernstige gedragsstoornissen en internaliserende problematiek een intensieve, (cognitief-)gedragstherapeutische aanpak in het kader van een residentiële behandeling, gecombineerd met gezinsinterventies, effectief is. Volgens deze auteurs moet de residentiële interventie een aantal basiselementen bevatten:

- modules gericht op diagnostiek, risicotaxatie en delictanalyse;
- modules waarin gewerkt wordt aan het vergroten van de motivatie, zoals het motivationeel interviewen;
- kleine leefgroepen van vier tot zes jongeren;
- leefgroepen waarin een gedragstherapeutisch model wordt toegepast waarmee systematisch feedback gegeven kan worden aan de jongeren.

Naast deze basiselementen moet de behandeling bestaan uit een goed gestructureerd en intensief programma. Op basis van een aantal Nederlandse overzichtsstudies geven Boendermaker en Van den Berg (2005) aan dat afname van probleemgedrag wordt gevonden bij een combinatie van volgende behandelcomponenten:

- (cognitief-)gedragstherapeutische programma's, gericht op het aanleren van sociale en probleemoplossende vaardigheden in individuele en groepstherapie (zoals *Problem Solving Skills Training* en agressieregulatietraining);

- individuele ondersteuning;
- in geval van delicten: terugvalpreventie en leren zien van de gevolgen voor het slachtoffer (empathietraining);
- gezinstherapie (zoals *Functional Family Therapy*), training van opvoedingsvaardigheden (zoals *Parent Management Training*) en voorlichting aan ouders over gedragsstoornissen;
- medicatie (zie punt 6.7 hieronder);
- aan het niveau van de jongeren aangepaste, theoretische en praktische scholing;
- begeleiding bij het zoeken naar werk;
- nazorg voor de jongere.

Interventies die specifiek gericht zijn op schoolprestaties van jongeren en waarbij de inhoud van het onderwijs zorgvuldig afgestemd wordt op de individuele jongere kunnen ook bijdragen aan succes (Foley, 2001; Gallagher et al., 2004).

Deelname aan nazorgprogramma's in de behandeling komt uit veel onderzoeken naar voren als een kenmerk van effectiviteit (Blanz & Schmidt, 2000; Boendermaker & Van den Berg, 2005; Cornsweet, 1990; Curry, 1991; Epstein, 2004; Lyman & Campbell, 1996; Pfeiffer & Strzelecki, 1990). Goede nazorg vergt goede overdracht en samenwerking tussen instanties en het vergt ook dat tijdens het verblijf in de residentiële setting al in het handelingsplan aandacht is voor de periode na het verblijf, bv. wanneer er sprake is van gevaarlijk gedrag.

Nazorg kan in de praktijk erg verschillen naar vorm en inhoud. Ze kan een therapeutisch karakter hebben (individuele, gezins-, en farmacotherapie), gericht zijn op praktische ondersteuning bv. inzake werken en wonen of op (re-)integratie in het onderwijs – of arbeidsproces. Er wordt vaak wel nazorg geboden, maar de intensiteit van de zorg lijkt tekort te schieten (Boendermaker, 1998; Bullock e.a., 1998; Solomon & Evans, 1992).

Om een residentiële setting goed te kunnen laten functioneren, dient ten slotte aandacht besteed te worden aan de volgende randvoorwaarden of non-specifieke factoren:

- multidisciplinaire opbouw van het programma en van het personeelsbestand zodanig dat kennis en kunde uit diverse sectoren van de jeugdzorg gewaarborgd is;
- voorzieningen voor het trainen en opleiden van personeel, inclusief supervisie en coaching voor alle geledingen binnen de residentiële setting; dergelijke coaching en training is ook nodig om te zorgen dat het leven in een groep met antisociale jongeren niet onttaardt in deviantietraining en om te zorgen dat groepsbegeleiders meer kunnen doen dan alleen de situatie 'beheersen' (Bleiberg, 2001; Boendermaker, 1999; Epps, 1997;);
- een deugdelijke theoretische onderbouwing van de modules waaruit het residentiële programma is opgebouwd, in dit geval een goede theorie over de oorzaken van gedragsstoornissen en de risico- en beschermende factoren die aan de orde zijn bij het ontstaan en voortbestaan van gedragsstoornissen, met een beschrijving van de werkzame bestanddelen van een interventie;
- heldere opbouw van het residentiële programma in duidelijk van elkaar te onderscheiden fasen. Deze fasering moet zowel terug te vinden zijn in de modules voor jongeren, als in de modules voor de gezinnen in kwestie;
- heldere procedure voor (be)handelingsplanning en een protocol voor diagnostiek en risicotaxatie (richtlijnen voor het opstellen van een toekomstgericht handelingsplan, het koppelen van doelen aan in te zetten middelen, afspraken rond criteria waaraan voldaan moet worden wil een jongere kunnen doorstromen naar een vervolgssetting);
- instrumenten en richtlijnen voor het controleren van de programma-integriteit d.w.z. zorgen dat de interventies worden uitgevoerd zoals deze zijn bedoeld (Underwood et al., 2004);

- instrumenten voor het meten van doelrealisatie en andere uitkomsten van de residentiële interventie (Van Yperen, 2003).

### **6.6.2 De instellingen voor residentiële behandeling van jongeren met gedragsstoornissen**

#### **6.6.2.1 In de Vlaamse Gemeenschap**

Naast de gespecialiseerde voorzieningen die thuishoren binnen de sectoren van de gehandicaptenzorg en de bijzondere jeugdbijstand, bestaan er in Vlaanderen een aantal voorzieningen die ook residentiële jeugdhulpverlening aanbieden in brede zin. Bedoeld zijn de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, de Centra voor Integrale Gezinszorg en de Autonome centra voor Algemeen Welzijnswerk.

#### Residentiële hulpverlening in brede zin

- a) **Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG):** het gaat hier om centra die residentiële opvang en zorg bieden aan kinderen van 0 tot en met 12 jaar (basisonderwijs) en waar gezinnen met hun hulpvragen terecht kunnen voor begeleiding.
- b) **Centra voor Integrale Gezinszorg (CIG):** een centrum voor integrale gezinszorg is een voorziening die onder meer zorgt voor de residentiële of semiresidentiële opvang en begeleiding van ouders en kinderen van 0 tot 18 jaar en van aanstaande ouders. Het centrum biedt opname en begeleiding aan gezinnen en gezinsleden waarvan het gezinsfunctioneren zo diepgaand problematisch is geworden dat gezinsdesintegratie een werkelijke dreiging vormt.
- c) **Autonome centra voor Algemeen Welzijnswerk:** in een (crisis)opvangcentrum kunnen jongeren tussen 16 en 25 jaar terecht als ze geen onderdak hebben. Ze kunnen er tijdelijk verblijven in afwachting van een eigen woonst. Gedurende hun verblijf worden ze begeleid zodat ze zo snel mogelijk terug op eigen benen kunnen staan.

#### Gespecialiseerde residentiële hulpverlening

##### **a) Voorzieningen binnen de gehandicaptenzorg**

*Medisch-pedagogische Instellingen (MPI)* zijn internaten voor kinderen met een handicap. Een MPI zorgt voor de opvang en begeleiding van minderjarigen. Vanuit het MPI gaan de kinderen naar een school, die vaak aan het internaat verbonden is. Wie niet naar school kan, doet op het internaat schoolvervangende activiteiten. Meestal gaan de internen tijdens het weekend en de vakantie naar huis.

Een MPI beschikt over een uitgebreid team voor de begeleiding en de therapie van de kinderen, met leefgroepbegeleiders, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, pedagogen of psychologen, artsen en verpleegkundigen.

Soms wordt de term MPI ook gebruikt voor een semi-internaat (opvang tussen 8 en 18 uur), dat meestal door dezelfde vereniging wordt beheerd als het internaat zelf. Daarnaast kan het MPI logeerfuncties en kortverblijf aanbieden.

*Observatie- en behandelingscentra (OBC):* Bestaat er (nog) geen duidelijkheid over de precieze aard van de handicap van een kind of over de meest geschikte ondersteuning, dan kan het terecht in een Observatie- en behandelingscentrum. Dergelijke centra richten zich vooral tot kinderen en jongeren met complexe gedrags- en emotionele stoornissen, al dan niet in combinatie met een verstandelijke handicap.



Het centrum stelt zich tot doel via intensieve observatie tot een diagnose te komen, te starten met een behandeling en gericht door te verwijzen voor verdere ondersteuning door een gepaste dienst of voorziening.

## **b) voorzieningen binnen de bijzondere jeugdbijstand**

### *Private voorzieningen*

Kinderen of jongeren kunnen terecht in private voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand als ze worden doorgestuurd door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of door de jeugdrechter.

1. Begeleidingstehuizen: Een begeleidingstehuis vangt jongeren op in residentieel verband. Door een aangepaste begeleiding wordt gewerkt aan een terugkeer naar huis of naar zelfstandig wonen. Niet alle begeleidingstehuizen zijn hetzelfde. Sommige vangen kinderen op, andere tieners of adolescenten. Sommige zijn er voor jongeren met problemen thuis, anderen richten zich vooral op jongeren die een misdrijf hebben gepleegd. Er zijn ook begeleidingstehuizen die vooral jongeren met psychische problemen opvangen en nog anderen openen hun deuren voor vluchtelingenjongeren.
2. Gezinstehuizen: Een gezinstehuis is een voorziening waarbij de begeleiders jongeren opvangen in gezinsverband. Samen met hun gezin wonen zij in het tehuis. Het leven in een gezinstehuis verloopt er zoveel mogelijk zoals dat in een normaal gezin zou gaan. Er kunnen maximum tien jongeren verblijven. De ouders blijven betrokken bij de opvoeding en de begeleiding van hun kind.
3. Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra (OOOC): Dit centrum zorgt voor onthaal en opvang als jongeren niet onmiddellijk terug naar huis kunnen of niet meteen voor de jeugdrechter kunnen verschijnen. Ze kunnen hier ook terecht als ze even uit hun omgeving moeten worden gehouden of als ze op een geschikte plaats wachten in een andere voorziening. Daarnaast bieden deze centra ook oriëntatie, waarbij tijdens een korte begeleiding op zoek wordt gegaan naar de beste oplossing voor de toekomst. Wie naar een OOOC gaat voor observatie, blijft iets langer om een grondig onderzoek toe te laten.
4. Dagcentra: Een dagcentrum neemt de jongere overdag op, na school of tijdens de vakanties. De jongere slaapt wel thuis en is ook in het weekend gewoon thuis. De begeleiders helpen met huiswerk, praten over problemen en werken samen aan de vaardigheden van de jongere. Wanneer het thuis niet zo goed gaat, kan een dagcentrum zo voor iedereen een moment van rust bieden. Ook de ouders worden geholpen. Via regelmatige gesprekken zoeken ze samen met de begeleiders naar manieren om de situatie thuis te verbeteren.

### *Gemeenschapsinstellingen*

De plaatsing van minderjarigen van 12 tot 18 jaar door de jeugdrechtbanken met het oog op residentiële opvang en begeleiding in de gemeenschapsinstellingen steunt op twee van elkaar te onderscheiden wetteksten:

1° het decreet van 7 maart 2008 inzake Bijzondere Jeugdbijstand voor jongeren in een ernstige, problematische opvoedingssituatie (POS).

Dit decreet omschrijft een tijdelijke vrijheidsbeperking die slechts verantwoord is omwille van een ernstige bedreiging van de persoonlijke integriteit van de jongere of die van andere personen, door de jongere.

2° de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming van toepassing op minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd (MOF)  
Deze wet verantwoordt de vrijheidsbeperking vanuit de noodwendigheden van het gerechtelijk onderzoek of vanuit de noodzaak tot een strikt gestructureerde opvoeding en begeleiding.

In een gemeenschapsinstelling zorgt een uitgebreid multidisciplinair team voor een geïndividualiseerde orthopedagogische opvang en begeleiding. De invulling van dit hulpaanbod berust in essentie op 3 pijlers:

- opvoedkundige vaardigheden zoals beschreven door G.R. Patterson (gedragsgerichte component);
- experimenteel leren (belevingsgerichte component);
- contextgericht werken (systeemgerichte component).

De jongeren verblijven in leefgroepen van maximum 10 jongeren en er zijn steeds 2 begeleiders aanwezig. In elke leefgroep wordt gewerkt aan een bepaald programma. De verschillende programma's zijn: kortdurende oriëntatie, *time-out*, begeleiding, behandeling en geïndividualiseerd residentieel traject (GRT).

Elke gemeenschapsinstelling heeft een eigen school. Er bestaan verschillende schoolprogramma's. Ze proberen elke jongere een programma te laten volgen dat het meest aansluit op zijn kennis, vaardigheden en achtergrond. Deze trajecten worden opgebouwd uit sport, theorielessen en praktijklessen. In speciale gevallen kan een jongere ook buiten de instelling naar school, bijvoorbeeld om zijn opleiding af te maken.

Voorals ouders worden heel erg betrokken bij het verblijf van hun kind in een gemeenschapsinstelling. Bij de plaatsing informeert de maatschappelijk werker hen over wat er gaat gebeuren en hoe zij daarbij betrokken worden. Tijdens en soms na de plaatsing worden ouders ondersteund en begeleid.

In samenwerking met de personeelsleden van de gemeenschapsinstellingen bieden zogenaamde outreachteams vanuit het Psychiatrisch Ziekenhuis te Sleidinge en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Geel professionele jeugdpsychiatrische ondersteuning ten aanzien van in de instelling verblijvende jongeren en hun context.

Een Vlaams hulpverleningsteam zorgt in het gesloten federaal centrum De Grubbe te Everberg voor kortdurende oriëntatie en begeleiding van jongens van 14 tot 20 jaar die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd. Jongens kunnen hier enkel geplaatst worden als ze een ernstig feit hebben gepleegd (of ervan verdacht worden) en er geen plaats is in de gemeenschapsinstellingen.

In het gesloten federaal centrum te Tongeren staat een Vlaams team in voor de pedagogische en didactische begeleiding van uithanden gegeven en veroordeelde jongens vanaf de leeftijd van 16 jaar.

### **6.6.2.2 In de Franstalige Gemeenschap**

De Franstalige Gemeenschap beschikt over een reeks diensten voor jongeren van 0 tot 20 jaar die Franssprekend zijn en op Belgisch grondgebied wonen. We kunnen een onderscheid maken tussen de instellingen voor algemene hulp en de instellingen die meer gespecialiseerde hulp aanbieden.

## Algemene hulp

- a) **l'Office de la Naissance et de l'enfance (ONE)**: de afdeling "onthaal/opvang" superviseert de opvang van kinderen van 0-3 jaar en de buitenschoolse opvang van kinderen van 3 tot 12 jaar. Er zijn diensten voor gespecialiseerde opvang van kinderen (vroeger onthaalcentra en kinderopvang geheten) voor kinderen in de leeftijdsgroep van 0 tot 12 jaar.  
Deze diensten vangen de kinderen tijdelijk op in een residentieel kader met het oog op een snelle re-integratie in hun eigen gezinscontext. Elke dienst werkt zijn eigen project uit en vormt een omgeving waarin het kind aan zijn leeftijd en situatie aangepaste psychologische, sociale en medische begeleiding kan krijgen
- b) **de schoolinternaten**. Deel uitmakend van een school of als autonome instelling vormen ze een tussengroep t.o.v. de gespecialiseerde hulp in de mate dat de plaatsende overheid er soms een beroep op kan doen als er niet voldoende plaatsen in de jeugdzorgsector beschikbaar zijn.

## De gespecialiseerde hulp

- a) **De SRJ (Services Résidentiels pour Jeunes)**: hangt af van het *Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH)*. Deze residentiële diensten voor jongeren, vroeger *IMP (Instituts Médico-Pédagogiques)* genaamd, vangen zowel overdag als 's nachts jongeren op van 3 tot 18 jaar met een handicap. op grond van medisch-psychologische getuigschriften die de handicapcategorie bepalen. Ze zorgen voor een individuele educatieve, medische, therapeutische, psychologische en sociale begeleiding naast de school en aangepast aan de behoeften van het kind. Ze streven naar herintegratie in de schoolse, sociale, culturele of professionele context van het kind. Idealiter gaat het om een overgangsfase waarin de mogelijkheden van het kind en de ouders gemobiliseerd worden met de bedoeling de ontwikkeling van het kind te bevorderen. Het merendeel van deze centra vangt jongeren op met gedragsstoornissen of een andere vorm van psychopathologie.

### b) De jeugdhulp

#### *De privé-instellingen*

De besluiten van de Franstalige Gemeenschap van 15 maart 1999 hebben het landschap van instellingen voor jeugdhulp ingrijpend gewijzigd. Ze hebben de benamingen en de opdrachten van de verschillende aan erkenning onderworpen subsidieerbare diensten opnieuw gedefinieerd.

Veertien types van diensten voor opvang van jongeren in gevaar en van delinquente jongeren worden onderscheiden. Hieronder bespreken we de diensten die de tijdelijke opvang van jongeren als hoofdtaak hebben.

Vooraf merken we op dat de wetgever twee doelstellingen wilde realiseren. Men wilde een gediversifieerd gamma aanbieden van verschillende types instellingen waarin tegemoet gekomen kan worden aan de behoeften van de jongeren en aan de verwachtingen van de plaatsende instanties (jeugdrechters, directeurs van de diensten voor gerechtelijke bescherming en adviseurs voor jeugdzorg). Tegelijkertijd hanteert men het principe van de regionalisering van de hulp vanuit een bekommernis om de jongere hulp te bieden in de nabijheid van zijn natuurlijke omgeving

Ook al schept de kwalitatieve waaier van de diensten over het algemeen voldoening, toch kan men niet hetzelfde zeggen van de kwantitatieve aspecten: het chronisch gebrek aan plaatsen, in hoofdzaak verbonden met budgettaire beperkingen, belet vaak een goede oriëntering van de jongere en leidt tot inadequate plaatsingen en maatregelen die niet binnen de termijn kunnen uitgevoerd worden.

Elke dienst moet een pedagogisch project voorleggen waarin de doelstellingen gedefinieerd worden en waarin de middelen geëxpliciteerd worden om die te bereiken. In dit project wordt het aantal plaatsen vermeld die beschikbaar zijn en het huishoudelijk reglement dat gehanteerd wordt. Het project wordt minstens één keer per jaar geëvalueerd.

Een samenvatting van de activiteiten en de methodologie van de dienst kan op de website van de Jeugdzorg (l'Aide à la Jeunesse (<http://www.aidealajeunesse.cfwb.be>)) geraadpleegd worden.

1. De 16 diensten voor gezinsplaatsing (SPF) hebben als opdracht de opvang en de opvoeding van jongeren door particulieren te organiseren, de selectie van die particulieren te organiseren, te zorgen voor het toezicht erop alsmede voor de pedagogische en sociale begeleiding, te werken aan het behoud van de relaties tussen jongeren en hun familie - behoudens tegengestelde beslissing van de overheid - en te streven naar de resocialisatie van de jongeren in hun oorspronkelijke omgeving of elke alternatieve oplossing te bewerkstelligen.  
Sommige diensten zorgen voor de opvang van jongeren voor een periode van 15 dagen maximum, verlengbaar met een maand, andere voor een periode van drie maand, maximum twee keer verlengbaar.
2. De 7 centra voor dringende opvang (*Centres d'Accueil d'Urgence - CAU*) hebben als opdracht permanent een collectieve opvang te organiseren van minstens 7 jongeren die dringende hulp nodig hebben door een huisvesting buiten hun gezinsomgeving. Deze Centra zijn ook verantwoordelijk voor de observatie, het onderzoek en de hulp bij oriëntering van de jongere en zijn familie. De duur van de opvang bedraagt 20 dagen, eenmaal verlengbaar. In hun werk hanteren zij een aantal principes, met name een accent op een multisystemische aanpak, gebruik van narratieve methoden om het verhaal van de jongeren samen te reconstrueren, het gebruik van kortdurende psychotherapeutische interventies gericht op probleemoplossing en herstel van de communicatie met naasten, het voorzien in een referentieopvoeder als vertrouwenspersoon, het toekennen van een actieve rol aan de ouders en het streven naar mobiliseren van de krachten tot verandering van alle betrokkenen.
3. Het centrum voor eerste opvang (*Centre de premier accueil -CPA*) heeft als opdracht de collectieve opvang en de opvoeding van 15 tot 20 jongeren die een gespecialiseerde hulp buiten hun gezinsomgeving nodig hebben te organiseren en die voor de eerste maal of na een eerste verblijf in een CAU, geplaatst worden. Op basis van de observatie maakt men een balans op van de problematiek van elke jongere met daaraan gekoppeld een oriënteringsproject.  
De maximumduur van een verblijf bedraagt een maand. Deze periode kan tweemaal met veertien dagen verlengd worden.  
Enkele doelstellingen zijn een individuele intensieve opvolging van elke jongere, pogingentot mobilisatie van de omgeving waartoe de jongere behoort en het zoeken naar hernieuwde aansluiting in een schoolse of professionele context, enz.
4. De 5 centra voor observatie en oriëntering (*Centres pour l'Observation et l'Orientalion - COO*) hebben als opdracht de collectieve opvang van 10 tot 15 jongeren met diverse stoornissen waarvoor een gespecialiseerde opvang buiten de gezinsomgeving nodig is. De plaatsing is verantwoord door de ernst van de problemen en gebeurt na een grondige analyse van de problemen. Tijdens de plaatsing streeft men ernaar om door een aangepaste begeleiding de crisis op te lossen. Het team maakt een balans van de problematiek en doet een voorstel voor oriëntering van de jongeren na het verblijf.  
De duur van het verblijf bedraagt maximum drie maand, tweemaal verlengbaar met een maand en uitzonderlijk ook na die termijn.

Enkele krachtlijnen zijn een contextuele aanpak, pluridisciplinaire hulp, aandacht voor de unieke situatie en beleving van elke jongere en het geloof in het belang van de relatie van de hulpverlener met het kind in moeilijkheden.

5. De 120 diensten voor opvang en educatieve hulp (*Services d'Accueil et d'Aide Educative - SAAE*) hebben tot opdracht de collectieve opvang en de opvoeding van jongeren die buiten hun gezinsomgeving hulp nodig hebben, te organiseren. Ze zorgen voor toezicht en voor de pedagogische en sociale begeleiding van jongeren die alleen wonen. Ze zetten hulpprogramma's op met het oog op de re-integratie van de jongeren in hun leefomgeving. Ze bieden uitzonderlijk en onder bepaalde voorwaarden ook hulp aan jongeren in moeilijkheden en hun gezinnen door socio-educatieve interventies in de gezinscontext.

De opvangcapaciteit bedraagt maximum 60 plaatsen.

De duur wordt vastgesteld door de opdrachtgever die zijn maatregel minstens om het jaar moet herzien.

Enkele relevante sleutelbegrippen zijn: samenhang en transparantie, werken met het familiale systeem, revalorisatie van de jongere, individualisatie, de mogelijkheid bieden tot geruststellende herstructurering, garanderen van het recht op anders zijn, triangulatie, ter beschikking stellen van een vertrouwensopvoeder, het accent leggen op ontwikkeling en emancipatie, werken met een pedagogisch project, het werken volgens de principes van de institutionele therapie met een dagelijks therapeutisch aanbod, het bieden van emotionele veiligheid, het opleggen van regels van het huis en van beperkingen, de bevordering van het zelfbewustzijn, het benadrukken van de collegialiteit, het accent op empathie, aanbieden van een ruimte voor bemiddeling, het gebruik van het principe van de co-interventie, aandacht voor de etnopsychiatrie en de aandacht voor de culturele aspecten, de vrijheid van meningsuiting, het democratisch functioneren, de permanente evaluatie, de pedagogie van de relatie, het gebruik van humor, voorzien in stabiliteit, tolerantie t.o.v. de symptomen, relationele ethiek, ...

6. De 6 gespecialiseerde opvangcentra (*Centres d'Accueil Spécialisé - CAS*) – 2 voor meisjes, 2 voor jongens en 2 gemengde - hebben tot opdracht een collectieve opvang te organiseren van 15 jongeren, die een bijzondere en gespecialiseerde hulp nodig hebben omwille van agressief of gewelddadig gedrag, ernstige psychologische problemen, feiten bestempeld als herhaalde overtredingen of wanneer de aanvraag om opvang een jongere betreft die toevertrouwd is aan de groep openbare instellingen voor jeugdbescherming.

De duur wordt bepaald door de opdrachtgevende overheid die haar maatregel elk jaar moet herzien.

Enkele relevante sleutelbegrippen: hoge tolerantiegraad, het dagelijkse leven structureren, werken met jongeren die zich afsluiten voor een helpende relatie, het hanteren van de niet-verwijzingsregel, het accentueren van het belang van de relatie en van het concept van niet-exclusie/niet-uitsluiting, samenwerking met verschillende partners...

7. De 26 bijzondere pedagogische projecten (*Projets Pédagogiques Particuliers - PPP*) hebben tot opdracht een bijzonder hulpproject te organiseren volgens door de Overheid voor elke dienst bepaalde regels. Het gaat om autonome diensten of delen van bestaande diensten die zich richten tot jongeren vergelijkbaar met de jongeren die door de CAS opgevangen worden.

Enkele projectvoorbeelden: opvang buiten het mandaat voor een duur die korter is dan 5 dagen, alternatief opvoedingsproject voor psychiatrische opvang, project toegespitst op avontuur, sportavontuur, expedities en zeilen, opvolging bij huisvesting in een zelfstandige woongelegenheden, minderjarige slachtoffers van mensenhandel, niet-begeleide buitenlandse minderjarigen, opvang van kinderen van 0 tot 7 jaar,

dagopvang voor niet-schoolgaande minderjarigen, sociaal centrum voor crisisbehandeling, kinderdorp, ...

8. De 3 hulpcentra voor mishandelde kinderen (*Centres d'Aides aux Enfants victimes de Maltraitance - CAEM*) hebben tot opdracht permanent en zonodig hoogdringend een collectieve opvang van 15 jongeren te organiseren die een bijzondere en gespecialiseerde hulp nodig hebben gelet op de mishandelingen waar ze het slachtoffer van geweest zijn of waarvoor er alleszins vermoedens bestaan. Het is mogelijk dat ze soms ook socio-psycho-pedagogische hulp moeten leveren aan de personen die de feitelijke hoede over de jongere uitoefenen. De duur bedraagt maximum zes maand, eenmaal verlengbaar. Het centrum vangt eveneens voor een maximumperiode van zes dagen jongeren op die hen door de Centra voor Kindermishandeling worden toevertrouwd. Enkele sleutelwoorden: begrijpen en begeleiden, delen en laten circuleren van informatie en transparantie, ...

*De openbare instellingen ter bescherming van de jeugd (Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse-IPPJ)*

De 5 IPPJ spelen als openbare dienst een belangrijke rol in de institutionele behandeling van jeugddelinquentie: ze kunnen immers enkel minderjarigen opvangen die strafbare feiten pleegden. Vier IPPJ zijn voor jongens en één voor meisjes bestemd.

Volgens de wettelijke voorschriften ontwikkelen ze gedifferentieerde pedagogische acties waarmee ze op de behoeften van de jongeren trachten in te spelen.

In het Decreet van 4 maart 1991 betreffende hulp aan jongeren geven de openbare instellingen als doel de **sociale re-integratie** te begunstigen en de jongeren in staat stellen te om **een beter zelfbeeld** te verkrijgen.

De werking van de IPPJ berust op drie fundamentele principes.

- **individualisatie : uitgaan van de jongere**, zijn beperkingen maar vooral zijn mogelijkheden, zijn verlangens (of gebrek aan verlangens), zijn ervaringen, zijn projecten (of de afwezigheid daarvan) om een individueel gestructureerd en structurerend project op te maken;
- **openheid**: de periode van plaatsing beschouwen als een tussenstap naar sociale re-integratie door een zo goed mogelijk gebruik van alle externe hulpbronnen: behoud van de inschrijving op school gedurende de plaatsing, een beroep op de opleidingscentra met beperkt schoolplan, inschakelen van alfabetiseringsorganisaties, mobiliseren van de centra voor gezinsplanning;
- **partnership**: zich opstellen als partner van de gerechtelijke autoriteiten, de andere actoren van de sector, de jongere en zijn ouders, bij het nemen van initiatieven, een luisterend oor bieden.

De aanpak van de jongere berust op wetenschappelijke theorieën uit de psychologie en psychiatrie van kinderen en pubers, de studie van de ontwikkeling van delinquent gedrag en een systeemtheoretische visie op het functioneren van de gezinnen

De instellingen ontwikkelen verschillende soorten aanpak: criminologisch, psycho-medisch-pedagogisch, orthopedagogisch, systeemtheoretisch en individueel psychotherapeutisch.

Elke openbare instelling ontwikkelt intra muros één of meer pedagogische projecten in specifieke - open of gesloten - diensten rond verschillende soorten interventie –opvang, oriëntering, individualisering, observatie en opvoeding. Elke IPPJ biedt eveneens een extra-murosdiens aan: de postinstitutionele begeleiding (PIB) of de opvolging in de levensomgeving van de jongeren die in een openbare instelling geplaatst werden.

Naast de IPPJ is er ook nog het gesloten federale centrum in Everberg: het vangt jongens van 14 tot 18 jaar op die feiten bestempeld als een overtreding begaan hebben. De plaatsing in Everberg kan pas bevolen worden als er in de IPPJ geen plaats meer is.

De pedagogische begeleiding wordt voor jongeren uit de Franstalige Gemeenschap verzorgd door een pluridisciplinair team bestaande uit 45 personen.

### **6.6.2.3 Residentiële behandeling onder Federale bevoegdheid**

De sector van de **geestelijke gezondheid**, die niet onder de Gemeenschaps- maar onder Federale bevoegdheid valt, biedt ook een groot aantal plaatsen voor jongeren aan: de pediatrie diensten van de algemene ziekenhuizen, de psychiatrische instellingen en meer in het bijzonder de pedopsychiatrische diensten die over "K"-bedden beschikken.

Onlangs werden er eenheden met de naam "FOR\_K" (*forensic kinderen*) opgericht om minderjarigen op te vangen die een feit gepleegd hebben dat als een overtreding bestempeld werd en die tegelijk een psychiatrische problematiek vertonen.

In Wallonië bestaan er twee dergelijke eenheden:

In Luik, op de vestigingsplaats van het *centre hospitalier Le Petit Bourgogne*, bestaat sedert 01/09/08 *Les Cyprès*, een eenheid die 8 jongeren, jongens en meisjes van 15 tot 18 jaar voor een maximumduur van 14 dagen kan opvangen. Die 8 bedden komen bij de 3 crisis-K-bedden die reeds vanaf 2007 operationeel zijn

In Doornik is er sinds 01/01/09 een eenheid van 8 bedden voor de opvang van enkel jongens op de vestigingsplaats van het psychiatrisch ziekenhuis *Les Marronniers*.

In Brussel werd in 2003 op de vestigingsplaats van het ziekenhuiscentrum Jean Titeca de Kariboe-eenheid voor - aanvankelijk - de opvang van 8 jongens van 15 tot 18 jaar geopend. Die eenheid werd met extra K-bedden versterkt.

In deze eenheid is er sinds juli 2008 ook een team *outreaching* werkzaam alsmede een dagcentrum en eenheden voor beschut wonen.

Er bestaan ook twee eenheden in Vlaanderen, met name aan het OPZ van Geel en in het Middelheim Ziekenhuis van Antwerpen.

Aan elke FOR-K-eenheid werd een gerechtelijke liaisonfunctie toegekend gericht op de organisatie en de ondersteuning van de coördinatie met de opdrachtgevende gerechtelijke overheid.

## **6.7 Farmacologische interventies**

De diagnose van een "gedragsstoornis" wordt enkel gesteld na zorgvuldig onderzoek en rekening houdend met alle mogelijke familiale en psychosociale factoren die een rol kunnen spelen in het functioneren van de jongere. Deze diagnostische categorie wordt gebruikt voor een heterogene groep patiënten die een aantal manifestaties van problematiek gemeen hebben maar daarbuiten sterk van elkaar kunnen verschillen. Een combinatie van diverse biologische, psychologische en omgevingsfactoren speelt een rol in de verklaring van de problemen van de jongeren en niet zelden is er sprake van een belangrijke comorbiditeit. De aanpak van elke jongere dient idealiter te gebeuren in functie van de individuele specifieke combinatie van factoren die bij hem of haar aan de basis liggen van de problemen. Farmacologische behandelingen kunnen in een breder behandelingsplan nuttig en complementair zijn, met name wanneer de symptomen van die gedragsstoornissen ernstig van aard zijn of wanneer er sprake is van ernstige comorbiditeit waarvoor een specifieke behandeling nodig is. Een aantal auteurs is van mening dat farmacologische behandelingen vooral werkzaam zijn bij comorbide stoornissen zoals depressieve stoornissen of stoornissen

van de aandacht gepaard gaande met hyperactiviteit. De meeste gegevens over de doeltreffendheid van medicatie en de tolerantie bij kinderen en jongeren zijn afkomstig van behandelingen van volwassenen en dan meestal nog voor andere indicaties dan gedragsstoornissen. Behoudens risperidon dat gebruikt wordt bij gedragsstoornissen geassocieerd met een mentale achterstand en met autisme bij kinderen tussen 5 en 11 jaar, is er voor het ogenblik noch in Europa, noch in de Verenigde Staten een farmacologische behandeling die wordt voorgeschreven voor de behandeling van gedragsstoornissen. De bij gedragsstoornissen meest gebruikte psychofarmaca zijn de atypische antipsychotica. Deze medicatie heeft een snel en duurzaam effect op de mate van impulsiviteit en ze wordt vrij goed verdragen. Thymoregulatoren zijn veeleer aangewezen bij stemmingswisselingen of bij bipolaire stoornissen. Psychostimulantia zijn dan weer geïndiceerd wanneer de gedragsstoornis gepaard gaat met een stoornis van de aandacht.

## 6.8 Referenties

- Boendermaker L. De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen. Utrecht: NIZW uitgeverij; 2005.
- Carr EG, Dunlap G, Horner RH, Turnbull AP, Sailor W, Anderson JL, et al. Positive Behavior Support. Evolution of an applied science. , 4(1), 4-16, 20. J Positive Behavior Interventions 2002; 4(1):4-16.
- Carr EG, Horner RH, Turnbull AP. Positive behavior support for people with developmental disabilities. A research synthesis. Washington, D.C. : 1999.
- Crone DA, Horner RH. Building Positive Behavior Support Systems in Schools : Functional Behavior Assessment New York: Guilford; 2003.
- Crone DA, Horner RH, Awken LS. Responding to Problem Behavior in Schools New York: Guilford; 2004.
- Departement Onderwijs - Leerplichtteam. Spijbelen. Brussel: 1996.
- Depreeuw E, HGR - Hoge Gezondheidsraad. Onderwijs en gedragsstoornissen. Rapport Werkgroep 'Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren' 8325. Sectie 3.4.2.
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. Am Psychol 1999; 54(9):755-64.
- Gibbs JC, Potter GB, Golstein AP. The EQUIP Program: Teaching Youth to Think and Act Responsibly Through a Peer-Helping Approach Champaign, IL: Research Press; 1995.
- Glazemakers I, Deboutte D. Opvoedingsondersteuning in Triple P ALERT - Tijdschrift voor zorg en sociale politiek 2005; 31 (5):22-9.
- Goëb J, Jardri R, Bonelli F, Butez C, Hagnéré L, Kechid G, et al. Troubles des conduites chez l'enfant et problème de dépistage. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2008; 37(208-A-48):1-14.
- Handwerk ML, Field CE, Friman P. The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: Premature extrapolations? . J of Behavioral Education 2000; 10:223-38.



- Harder AT, Knorth EJ, Zandberg T. Residentiële Jeugdzorg in Beeld Amsterdam: SWP; 2006.
- Kazdin AE. Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(2):161-78.
- Kazdin, Alan E., T. Siegel and D. Bass. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 733-747.
- Knorth EJ, Noom MJ, Tausendfreund T, Kendrick AJ. Characteristics and service responses to young people with serious antisocial and oppositional behaviour: outlines of a practice-based model of residential care. In: Grietens H, Knorth E, Durning P, Dumas J, editors. *Promoting Competence in Children and Families: scientific perspectives on resilience and vulnerability*: Leuven University Press. 2007. p. 199-222.
- Larry K, Irvin LK, Tobin TJ, Sprague JS, Sugai G, Vincent CG. Validity of Office Discipline Referral Measures as Indices of School-Wide Behavioral Status and Effects of School-Wide Behavioral Interventions. *J of Positive Behavior Interventions* 2004; 6(3):131-47.
- Larry K, Irvin LK, Tobin TJ, Sprague JS, Sugai G, Vincent CG. Validity of Office Discipline Referral Measures as Indices of School-Wide Behavioral Status and Effects of School-Wide Behavioral Interventions. . *Jl of Positive Behavior Interventions* 2004; 6( 3):131-47.
- McCurdy BL, Mannella MC, Eldridge N. Positive Behavior Support in Urban Schools. Can We Prevent the Escalation of Antisocial Behavior ? . *J of Positive Behavior Interventions*, 2003; 5(3):158-70.
- McDougale CJ, Stigler KA, Posey DJ. Treatment of aggression in children and adolescents with autism and conduct disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 4:16-25.
- O'Neill RE, Horner RH, Albin RW, Sprague JR, Storey K, Newton JS. Evaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques. *Manuel pratique*. . Bruxelles: De Boeck.; 2008.
- Patterson GR. Coercive Family Process. In: Patterson GR, Reid, JB (Eds) *A social learning approach to family intervention*. Eugene, Oregon ed: Castalia Publishing; 1982.
- Pelc I., Ledoux Y. Prévention de l'usage de drogues en thaïlande. Le programme cemubac-assuétudes sous l'égide de la commission des communautés européennes « : l'approche humaniste ». *N.S.T.* 1993 ; vol 11 (4) :47-59.
- *Positive Behavior Interventions and Supports*. *Teaching exceptional children* 2008; 40(6).
- Poulin F, Dishon TJ, Burraston B. 3 year iatrogenic effects associated with aggregating high risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. . *Appl Dev Sci*. 2001; 5(4):214-24.

- Ruths S, Steiner H. Psychopharmacologic treatment of aggression in children and adolescents. . *Pediatr Ann* 2004; 33:318-27.
- Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2(2):71-90.
- Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting *Journal of Family Psychology* 2008; 22(3):506-17.
- Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach tot the promotion of parenting competence *Parenting Research and Practice Monograph*,2003. p. 1-24.
- Scholte EM, Van der Ploeg JD. Hulpverlening bij meervoudige psychosociale problemen van jeugdigen. In: Vyt A, van Aken MAG, Bosch JD, van der Gaag RJ, Ruijsenaars AJJM, editors. *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 5*: Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002. p. 80-117.
- 
- School-Wide Positive Behavior Supports and Students with Severe Disabilities. . *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* 31(1).
- Sprague JR, Horner RH. School Wide Positive Behavioral Supports. In: Erlbaum. L, editor. *The handbook of school violence and school safety: from Research to practice*. Mahwah, N.J.: In Jimerson, S.R. & Furlong, M.J. (Eds); 2006.
- Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectr* 2003; 8(4):298-308.
- Taylor TK, Biglan A. Behavioural family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers *Clinical Child and Family Psychology* 1998; 1:41-60.
- Tcheremissine OV, Lieving LM. Pharmacological aspects of the treatment of conduct disorder in children and adolescents. *CNS Drugs* 2006; 20(7):549-65.
- Vettenburgh N, Huybregts I. Onveiligheidsgevoelens en antisociaal gedrag. Een onderzoek naar de samenhang tussen de onveiligheidsgevoelens bij leerkrachten en het antisociaal gedrag bij leerlingen Leuven:: Katholieke Universiteit Leuven, 2001.
- Vorrath HH, Brendtro LH. *Positive Peer Culture*. New York: Aldine; 1985.
- Wadell C, Lipman E, Offord D. Conduct disorder: practice parameters for assessment, treatment and prevention. *Can J Psychiatry* 1999; 44:355-402.
- Warren JS, H.M. E, Griggs P, Lassen SR, McCart A, Turnbull A, et al. Urban Applications of School-Wide Positive Behavior Support. Critical Issues and Lessons Learned. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2003; 5(2):80-91.
- Weiss B, Caron A, Ball S, Tapp J, Johnson M, Weisz JR. Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(6):1036-44.

- Willaye E, Magerotte G. Evaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme: Bruxelles: De Boeck-Université.; 2008.
- Yperen TA. Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden. Utrecht 2003.

## 7. HET JURIDISCH KADER

Het juridisch kader dat de interventies ten aanzien van jongeren met gedragsproblemen regelt is complex en gediversifieerd. Voor meer informatie over deze materie verwijzen we naar de brochure van de Federale Overheidsdienst voor Justitie die een samenvatting publiceerde van de manier waarop het parket en de jeugdrechtbank het probleem van jeuddelinquentie aanpakken. ([http://www.iust.fgov.be/img\\_justice/publications/pdf/194.pdf](http://www.iust.fgov.be/img_justice/publications/pdf/194.pdf)).

Men vindt op de (enkel Franstalige) link [http://www.droitbelge.be/news\\_detail.asp?id=345](http://www.droitbelge.be/news_detail.asp?id=345) een uiteenzetting van de genomen maatregelen t.a.v. minderjarigen die strafbare feiten begaan.

## 8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 8.1 Preventie

#### 8.1.1 *Universele/Algemene preventie*

**Bij de preventie van de gedragsstoornissen is de zorg voor het welzijn van de kinderen en hun familie de eerste en belangrijkste bekommernis. De maatschappij moet de omstandigheden creëren waarin kinderen en jongeren optimaal kunnen opgroeien en ontwikkelen. Dit geldt voor kinderen van alle leeftijden en dit al van tijdens de zwangerschap.**

Vooraf in de zorg voor het zeer jonge kind moeten er prioritair inspanningen geleverd worden om ontwikkelingsproblemen en gedragsstoornissen te voorkomen. Een aanwezige stoornis behandelen is nog steeds moeilijker en duurder dan de stoornis voorkomen met behulp van de preventieve maatregelen, geïntegreerd in de gewone leefomstandigheden van de jongeren.

Aandachtig zijn voor het optreden van problemen bij jonge kinderen vergt vooral een duidelijke wil om dit te doen, een grote motivatie en voldoende opvoedkundige vaardigheden bij de volwassenen die het kind omringen.

Men moet eerst inwerken op de algemene levensomstandigheden van jonge kinderen.

Dit kan door hulp aan de gezinnen in het verwerven van de nodige financiële bestaansmiddelen, hetzij door doorgedreven tewerkstellingsinitiatieven voor de ouders gecombineerd met gepaste kinderopvang, hetzij door financiële hulp voor ouders die door een mentale, fysieke of sociale handicap niet zelf in staat zijn de financiële lasten van hun kinderen te dragen.

Ook de voorzieningen voor de besteding van de vrije tijd, de ruimtelijke ordening van de woningen, de aanleg van aantrekkelijke zones in de stad die door jongeren gebruikt kunnen worden om te sporten, zich te ontspannen en elkaar te ontmoeten kunnen de levenskwaliteit verbeteren en de kans op het optreden van gedragsstoornissen verminderen.

Het is ook noodzakelijk om de rechten van het kind, met name het recht om te spelen en zijn vrienden te ontmoeten, systematischer in concrete reglementeringen om te zetten.

De bestaande hulpstructuren voor de begeleiding van het jonge kind en de ouders zoals Kind en Gezin kunnen versterkt worden zowel door de opleiding van het personeel als door de toekenning van middelen om het uitgebreid takenpakket te kunnen realiseren.

Deze niet-specifieke maatregelen kunnen in belangrijke mate bijdragen tot het bevorderen van het welzijn van het jonge kind en het gezin waarin het opgroeit.

Veel van die preventieve maatregelen bestaan al en zijn doeltreffend maar kunnen versterkt worden. Sommige werken in op de ondersteuning van de ouders in hun rol van opvoeders van de kinderen. Door de moeilijkheden die ze zelf op jonge leeftijd of in hun huidige

levenscontext ervaren zijn sommige ouders immers niet altijd in staat om goede elementaire opvoedingsomstandigheden te creëren. De basisprincipes van de verzorging en opvoeding van kinderen moeten onder het grote publiek beter verspreid worden, bijvoorbeeld in het kader van de pre- en postnatale raadplegingen, op dezelfde manier als de raadgevingen i.v.m. voeding en lichamelijke ontwikkeling. Een mogelijkheid is om de verpleegkundigen die de huidige raadplegingen verzorgen ook op te leiden in de pedagogische ondersteuning van de jonge ouders, met name moeders die zij regelmatig ontmoeten.

Men kan daarvoor ook de eerste niveaus van empirisch gevalideerde programma's die aan de Belgische context aangepast zijn, bijvoorbeeld het Triple P-programma, gebruiken.

Dit programma organiseert hulp bij de opvoeding in verschillende niveaus van toenemende intensiteit.

Deze bijzondere aandacht voor de opvoedingsomstandigheden blijft ook nodig als het kind opgroeit, bijvoorbeeld door middel van **welzijnsworkshops**. In deze workshops leert de jongere met behulp van oefeningen in diverse leefcontexten, met name de school, diverse psychologische en sociale vaardigheden zoals opkomen voor zichzelf op een correcte wijze, stresshantering, expressie van emotie, empathie enz. (Pelc & Ledoux, 1993).

De opdrachten van de schoolbegeleidingscentra type CLB moeten bij de intrede van het kind in de kleuterschool aanvangen en moeten de emotionele en relationele aspecten van de ontwikkeling van het kind betreffen. Voor het ogenblik beginnen de interventies gewoonlijk vanaf de derde kleuterklas en staan hoofdzakelijk in verband met leerproblemen.

**De verwerving en ontwikkeling van de sociale vaardigheden van het kind en de opbouw van zijn identiteit verdienen eveneens meer aandacht (beheersing van de emoties, verwerven van communicatie- en sociale vaardigheden, leren van emotieregulatie en zelfcontrole, ontwikkelen van de moraliteit, verwerven van vaardigheden in het oplossen van problemen en conflicten, ...).** In die optiek is het belangrijk dat de verschillende initiatieven gericht op het aanleren van prosociaal gedrag – en er bestaan er veel in België – die de integratie van de jongeren in de maatschappij vergemakkelijken (welzijnworkshops, opvoedingswinkels, SAS, ...), door iedereen beter gekend zouden zijn (jongeren, ouders, opvoedings- en gezondheidswerkers, ...).

Het gebruiken van een infrastructuur voor spel en sport kan gekoppeld worden aan actief bijdragen in het onderhoud en de instandhouding ervan. Geef kinderen en hun ouders een deel van de verantwoordelijkheid voor onderhoud en instandhouding van de infrastructuur en laat de toegang hiertoe mee afhangen van het respecteren van de regels. Het aanleren van deze samenlevingsvaardigheden en prosociaal gedrag ten opzichte van medeleerlingen, leerkrachten en de gemeenschap buiten de school gebeurt op een praktische manier, onder vorm van gedragsopdrachten. Zet leerlingen in om bij tijd en wijle actief mee te werken aan het instandhouden of verbeteren van hun leefomgeving (opruimen, schoonmaken, onderhouden, ...). Betrek hen in het onderhoud en de reparatie van gemeenschappelijk bezit (stadsmeubilair). Koppel het recht om voorzieningen te gebruiken aan de plicht om er mee zorg voor te dragen.

Het is van belang dat jongeren geconfronteerd worden en leren samenleven met de diverse groepen uit de samenleving wat sekse, leeftijd, ras, religie betreft.

**De school is naast het gezin en in synergie daarmee de belangrijkste instelling die de jongere helpt om zijn plaats in de maatschappij te vinden. De school moet deze taak ter harte nemen en inschrijven in haar doelstellingen** Het beleid moet erop toezien dat alle kinderen vanaf de leeftijd van 2 ½ tot 3 jaar de school aanvatten om achterstand van bij de start van de schoolloopbaan te voorkomen. Vroeg starten biedt ook de kans om leermoeilijkheden en taalachterstand vroeg te detecteren en te remediëren. Falen op school en het verlies van dit element van identiteit moet voorkomen worden aangezien uit onderzoek blijkt dat dit een belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van gedragsproblemen.

De centra voor leerlingenbegeleiding kunnen de school hierin actief helpen. Zij kunnen de leerkrachten ondersteunen bij de meer psychosociale aspecten van de ontwikkeling van de leerlingen. Om de jongeren te helpen een identiteit op te bouwen is het ook belangrijk om de leerkrachten te begeleiden. Klassen met een te groot aantal kinderen met eventueel ook een hoge graad van probleemgedrag bemoeilijken het leggen van de broodnodige relatie met de leerlingen en ontnemen de leerkracht zijn belangrijkste opvoedingsmiddel.

Zorgen voor een kwalitatief goede schoolomgeving die beschikt over de nodige pedagogische middelen, ook voor kinderen met specifieke pedagogische noden, sluit hierbij aan.

Het aanleren van opvoedingsvaardigheden is dermate belangrijk dat het nuttig is er plaats voor te maken in het onderwijspakket. Zo kan men sensibiliseren voor ouderlijke vaardigheden op het niveau van het middelbaar onderwijs door middel van lessen in opvoeding aan de hand van concrete voorbeelden (film, gevalstudies, ...) en praktische oefeningen.

Aanvullend op het schoolreglement en de sancties kunnen de schoolinstellingen de leerlingen aanzetten om verantwoordelijkheden op te nemen in het dagelijks functioneren op school en de klas, (klas en schoolraden, klassenafgevaardigden, bemiddelaars bij problemen en conflicten, enz.). Dergelijke voorzieningen bestaan, maar kunnen verder uitgebreid worden.

**De school moet de middelen krijgen om de sociale vaardigheden van haar leerlingen proactief te ontwikkelen en om adequaat te kunnen omgaan met problematisch gedrag wanneer het zich voordoet.**

De school moet een duidelijk en expliciet beleid hebben op het vlak van gedragsproblemen. Onder meer volgende aspecten moeten hierbij aandacht krijgen:

- in het beleid worden maatregelen voorzien voor het volledige gamma van gedragsproblemen gaande van pesterijen tot ernstige fysieke of psychische agressie;
- er wordt evenveel aandacht besteedt aan de consequente bekrachtiging van aangepast gedrag op school als aan de aanpak van storend, kwetsend of gevaarlijk gedrag;
- wat de keuze van de sancties betreft wordt gestreefd naar maatregelen die de jongere ertoe aanzetten de fout te herstellen of schade te compenseren (uitpraten relationele conflicten, verontschuldigen bij interpersoonlijke schade, herstellen van materiële schade, ...);
- spijbelen moet snel en consequent aangepakt worden omdat het vaak het begin is van een evolutie in de gedragsproblemen;
- definitieve uitsluiting of wegzending mag slechts de ultieme maatregel zijn; daarbij moet de nodige begeleiding worden voorzien zodat continuïteit in het opvoedingsproces wordt gegarandeerd;
- er moet gestreefd worden naar loyaliteit tussen de directie en leerkrachten en naar een wederzijdse ondersteuning binnen het lerarenkorps.

Voor bepaalde gebeurtenissen kan men vooraf een draaiboek ontwikkelen (bv. bij regelmatig terugkerende storende gedragsproblemen of voor crisissituaties ten gevolge van ernstige gebeurtenissen). Alleszins moet het beleid streven naar een consequente en transparante aanpak en vermijden incidenten toe te dekken, om welke reden dan ook.

Preventie verdient de voorkeur boven curatie maar beide zijn noodzakelijk. Op het preventieve vlak zijn de schoolcultuur en het schoolklimaat de belangrijkste uitgangspunten. School, directie en leerkrachten moeten streven naar een volgehouden positieve attitude ten opzichte van elke leerling. Eveneens belangrijk in dit kader is de consequente en

transparante toepassing van de reglementen waardoor misverstanden en escalaties kunnen worden vermeden.

Samenwerking van de school met externe instanties is cruciaal. Op de eerste plaats met het gezin van de leerlingen. Daarnaast bouwt men het beste ook een netwerk uit waarin het centrum voor leerlingenbegeleiding een coördinerende rol speelt. Naargelang van de aard van de moeilijkheden werkt men samen met de sector geestelijke gezondheid, medische en psychiatrische zorg, politie, gerecht, enz. De idee van integrale jeugdzorg moet hierbij geconcretiseerd worden in het voordeel van de jongeren.

Het zou ook nuttig zijn een juridisch kader te maken en middelen te voorzien om de samenwerking tussen de schoolinstellingen en de actoren buiten de school (Kind en Gezin, SAJ (BJB – bijzondere jeugdbijstand), SPJ (GJB – gerechtelijke jeugdbescherming), diensten voor hulpverlening in een open kader, centra voor geestelijke gezondheidszorg, huiswerkscholen, verenigingen, enz.) te versterken om snel te kunnen verwijzen, de fragmentering van de interventies te voorkomen en het kind op langere termijn te kunnen volgen.

De overheid in het algemeen en het departement onderwijs in het bijzonder hebben een grote verantwoordelijkheid in het toekennen van voldoende middelen voor de leerlingenbegeleiding, intern aan de school en extern aan de centra voor leerlingenbegeleiding. De scholen en centra die geconfronteerd worden met een hogere frequentie van gedragsmoeilijkheden en / of met meer ernstige vormen daarvan bij hun leerlingen hebben recht op meer uitgebreide ondersteuning in de aanpak hiervan.

**Men moet zich er ook van vergewissen dat de ouders in hun opvoedingstaak ondersteund worden en gedurende enkele uren per dag vervangen kunnen worden, indien noodzakelijk.** Voldoende, goed georganiseerde, bereikbare en kwalitatief hoogstaande buitenschoolse opvang kan ouders die ademruimte geven die ze nodig hebben om nadien terug zelf met volle energie hun kinderen te kunnen verzorgen, opvangen en opvoeden. Goede naschoolse opvang en huiswerkklassen in de buurt zijn nodig. Eenzelfde principe geldt voor de vrije tijd. Als kinderen op een veilige manier kunnen spelen en sporten kunnen ouders daarna opnieuw ten volle met hen bezig zijn (cfr. Recht op spelen).

Voorzien in specifieke programma's voor de meest kwetsbare groepen (tienerouders, éénoudergezinnen met jonge kinderen) waar met behulp van huisbezoeken en buurtactiviteiten aan opvoedingsvaardigheden gewerkt wordt. (cfr. bestaande programma's in het buitenland). De ondersteuning van jonge ouders kan ook gebeuren door het mobiliseren van sociale steun in de uitgebreidere familie en de leefomgeving. Grootouders, ooms en tantes, goede buren kunnen de nieuwe ouders bijstaan door hun ervaring of door af en toe het kind op te vangen.

Voor kwetsbare buurten kunnen geïntegreerde preventieprogramma's bestaande uit huisbezoeken voor de ouders, vorming van prosociaal gedrag voor de kinderen in de school en specifieke ondersteuning van leerkrachten (cf. bestaande programma's in het buitenland) opgezet worden.

Het is belangrijk te blijven luisteren naar wat de jongeren, hoe deviant ook, te vertellen hebben. Men draagt zorg voor de rechten van de jongeren maar evenzeer voor het naleven van de plichten. De nodige middelen om de consequenties voor afwijkend gedrag voorzien in de wet daadwerkelijk toe te passen, moeten ter beschikking gesteld worden.

Dat alles vereist een grotere samenwerking tussen het gezin en school, niet alleen op het vlak van verwerven van schoolse vaardigheden maar ook op het vlak van het verwerven van sociale, emotionele en gedragsvaardigheden.
---

Samenwerking tussen alle actoren, met name de jongere, de ouders, de school, de begeleidingsdiensten, de hulpverleners, de politie en het gerecht kan tot betere resultaten leiden.

### **8.1.2 Selectieve preventie**

Kinderen en jongeren die een gedragsstoornis ontwikkelen die schadelijke gevolgen kan hebben voor zichzelf en/of hun omgeving, hebben baat bij vroegtijdige hulp.

De interventies moeten getript aangeboden kunnen worden zodat de hulp past bij het niveau van problematiek waarvan sprake is. Op de eerste lijn kan de hulp bestaan uit informatie en advies bij algemene opvoedingsvragen van ouders die een probleem ervaren in de opvoeding van hun kind.

De niveaus 2 en 3 van het *Triple P*-programma geven de mogelijkheid om dit type laagdrempelige hulp te bieden aan ouders die met specifieke vragen komen.

In Vlaanderen kunnen ouders terecht in de “Opvoedingswinkels”, die gesitueerd zijn in de leefgemeenschap van de mensen en zeer gemakkelijk toegankelijk zijn. Gezinnen kunnen er terecht met al hun vragen over opvoeding van hun kinderen.

**De beroepsbeoefenaars die het vaakst in contact staan met jongeren kunnen opgeleid worden om constructief met gedragsproblemen om te gaan:** er zijn dus opleidingsprogramma's nodig voor de leerkrachten om problemen te identificeren en te hanteren. De initiële en voortgezette opleiding en de begeleiding van de leerkrachten in het hanteren van moeilijk gedrag bij leerlingen moeten worden versterkt zonder echter te vervallen in het gebruik van pathologiserende etiketten. Samenwerking tussen leerkrachten en hulpverleners buiten de school (zoals de CLB...) zou moeten worden aangemoedigd.

Die vroegtijdige interventies moeten in elk geval uitgevoerd worden met multidisciplinaire teams, gelet op de uiteenlopende risico- en beschermingsfactoren. Op financieel gebied moeten ze voor de kinderen van alle sociaal-economische kringen toegankelijk zijn.

## **8.2 Psychologische en sociale interventies**

Alle interventies bij kinderen met problemen dienen contextueel te zijn en rekening te houden met zijn levensomstandigheden en zijn omgeving.

### **8.2.1 Ambulant**

In contact met kinderen en jongeren die tekenen van gedragsmoeilijkheden vertonen – **kinderen en jongeren die moeilijk zijn en in moeilijkheden verkeren**, in het bijzonder met gedragsstoornissen – doen ouders, leerkrachten en andere betrokken volwassenen er goed aan het probleem te zien in de context waarin het kind leeft. In eerste instantie kunnen ze proberen met eigen middelen het probleem aan te pakken.

Indien nodig kan er hulp gezocht worden bij andere mensen uit de directe omgeving van het kind en het gezin in wie men vertrouwen heeft en die bereid en gemotiveerd zijn om te helpen.

**Daarnaast kan men ook een beroep doen op bestaande hulp- en zorgverleningsinstanties voor advies en behandeling.** Deze instanties bieden naast opvoedingsadvies ook andere vormen van behandelingen.



**Wanneer de gedragsproblemen niet van die aard zijn dat een doorverwijzing naar professionele hulp nodig is, wordt er gekozen voor ondersteuning van school en gezin. Tegelijkertijd worden herbeoordelingen voorzien om te kijken hoe de moeilijkheden evolueren.**

Gelet op de grote neuroplasticiteit van de hersenstructuren bij kinderen en jongeren zijn herbeoordelingen aangewezen die kunnen toelaten op het gepaste moment de juiste hulp in te zetten.

In alle gevallen van gedragsstoornissen zijn veelvuldige gevarieerde interventies, gericht op de verschillende leefcontexten van de jongeren, nodig en ze moeten over voldoende lange tijd voortgezet worden (familie, school, vrije tijd,...).

**De interventie moeten getrapt aangeboden worden en aangepast aan de ernst van de moeilijkheden. Zodra er een aanwijsbaar gedragsprobleem geïdentificeerd wordt, heeft men te vaak de neiging om bij reeds gespecialiseerde tweedelijnszorg hulp te zoeken. Deze toevloed van vragen veroorzaakt onvermijdelijk overbelasting en lange wachttijden voor de opvang. Voor beginnende problematiek kan echter het hulpaanbod op de eerste lijn zoals dat geboden wordt in opvoedingswinkels of door hiertoe opgeleide hulpverleners van Kind en Gezin en CLB of hiertoe opgeleide leerkrachten, volstaan. Het voordeel van deze eerstelijnszorg is dat de drempel voor het vragen van hulp laag is en dat deze daardoor toegankelijker is voor iedereen.**

Instellingen op de tweede lijn van de hulpverlening zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen ingeschakeld worden voor gezinnen met kinderen en jongeren die grotere moeilijkheden vertonen. Om deze instellingen toe te laten correct en snel in te gaan op de hulpvraag moeten er voldoende middelen voorzien worden. Dit houdt naast schaalvergroting in dat de hulpverleners specifiek opgeleid worden om empirisch gevalideerde opvoedingsondersteuning te bieden. Het opleiden van hulpverleners op 2de lijn in actuele programma's voor behandeling van moeilijke kinderen en jongeren, gebaseerd op recent wetenschappelijk onderzoek, zoals het *Triple P*-programma kan hier nuttig zijn.

Beschouw het verstrekken van hulp bij gedragsproblemen en opvoedingsondersteuning als onderdeel van mentale gezondheidszorg en zorg voor terugbetaling binnen een duidelijk kader waarin gedefinieerd wordt wie de verstrekkers van deze hulp zijn, waarin criteria voor duur en intensiteit van de hulpverlening worden geconcretiseerd en waarin voorzien wordt in evaluatie en kwaliteitscontrole.

Zorg ervoor dat deskundigen niet-medici opgenomen worden in het systeem van verstrekken van deze 'gezondheidszorgen' en maak werk van erkenning van deze nieuwe gezondheidszorgberoepen, met name orthopedagogen en klinisch psychologen met een specialisatie in kinder- en jeugdproblematiek

In geval van meer ernstige gezinsproblematiek kan functionele gezinstherapie aan huis een uitkomst bieden.

Bij complexe problematiek is multisystemische therapie waarbij op diverse systemen (thuis, school, vrienden, buurt, ...) tegelijk gewerkt wordt meest aangewezen.

**Het is van belang een individuele behandeling te combineren met een contextuele benadering.**

In het Buitengewoon Onderwijs is het type 3 voorzien voor de opvang en het onderwijs aan kinderen met gedragsproblemen (zie bijlage 5). Het is van belang om bij de verwijzing van een kind naar het Buitengewoon onderwijs zorg te dragen voor de juiste keuze waarbij het kind het meest aangepaste onderwijs krijgt.

In het perspectief van de ondersteuning van de schoolinclusie, is het ook belangrijk om strategieën te ontwikkelen om kinderen en pubers met gedragsstoornissen in het gewone onderwijs te begeleiden. In dit opzicht zou het perspectief van de *Schoolwide Positive*

*Behavior Support* bij de centra voor leerlingenbegeleiding en de andere organismen die het inschrijvingsrapport afleveren, de gewone en gespecialiseerde scholen en ouderverenigingen beter bekend moeten zijn.

### **8.2.2 Residentiële aanpak**

**Interventies onder de vorm van plaatsing en vrijheidsberoving worden enkel gebruikt als andere mogelijkheden niet aangewezen zijn en de keuze van de instelling wordt afgestemd op de problematiek van de jongere.**

**De verslaggeving in de media van normoverschrijdend gedrag zoals agressie, geweldpleging, verkrachting en moord, moet op een doordachte wijze gebeuren.**

**De mogelijkheden van maatregelen gericht op reparatie van de veroorzaakte schade of het aangedane leed (dienst aan de gemeenschap) uit dienen uitgebreid te worden.**

Als de jongere niet in eigen gezin kan blijven, is voor een aantal van hen **pleegzorg** de beste oplossing. Promoot pleegzorg, maak het financieel aantrekkelijk voor de gezinnen maar maak tegelijk de kwaliteitseisen hoog genoeg. Begeleid de pleeggezinnen intensief en voer kwaliteitscontroles uit.

Als plaatsing na al de voorgaande maatregelen nodig is, dient een gepaste instelling gekozen te worden. Ook de opvang en behandeling van kinderen en jongeren met multipale problematiek (**psychiatrische en gedragsproblemen**) dienen aangepaste instellingen voorhanden te zijn waar zowel de gedragsproblemen als de psychiatrische problematiek kan behandeld worden.

Naast de bestaande mogelijkheden voor plaatsing in instellingen, zijn er residentiële behandelingsmogelijkheden die in ons land niet gebruikt worden. Durf creatief en zonder vooroordelen na te denken over alternatieve behandelingsmogelijkheden. Voor jongeren wiens socialisatie niet in de opvoeding is gebeurd en die bijgevolg niet beschikken over de basisvaardigheden van zelfcontrole en prosociaal gedrag om in gemeenschap goed te functioneren is een *crash course* om deze vaardigheden alsnog onder de knie te krijgen een zinnig alternatief. Mits doordacht opgebouwd en professioneel uitgevoerd kan een intensieve training in groep onder de vorm van een 'opvoedingsstage' binnen een zeer gestructureerd kader goede resultaten opleveren. In deze opvoedingsstage leert de jongere diverse zelfcontrolevaardigheden zoals uitstel van beloning, tolerantie van frustratie en weerstand tegen verleiding. Hij leert in groep leven, limieten respecteren, de consequenties van eigen gedrag aanvaarden. Prosociale vaardigheden zoals luisteren, helpen, ruilen, geven komen aan bod, net als leiding geven en verantwoordelijkheid voor anderen opnemen. Zelfzorgvaardigheden op vlak van hygiëne, huishouden, financiën en administratie worden geleerd. De jongeren krijgen ook de kans om interesses te ontwikkelen en kennis te maken met andere vormen van ontspanning dan diegene die ze al kennen. In de vorming en de opleiding worden werkhoudingen en beroepsvaardigheden geleerd. Biedt hen de mogelijkheid om een andere dan deviant identiteit te ontwikkelen door hun sterktes en talenten te erkennen en te bevestigen. Geef hen de kans op slaagervaringen en positieve sociale relaties. Werk aan opbouw van een positief gevoel van zelfwaarde door vooral gebruik te maken van bekrachtiging van sterktes en prosociaal gedrag en door zo weinig mogelijk gebruik te maken van negatieve maatregelen.

De nood aan hulp en zorg van jongeren in moeilijkheden vraagt om een diversiteit aan interventiemogelijkheden (ambulant, residentieel). De coördinatie tussen deze interventievormen moet bevorderd worden (zorgnetwerken en zorgcircuits).

### 8.3 Transsectorialiteit

De aan de context (familie, school, wijk) inherente moeilijkheden waarin de jongere leeft, kunnen de gedragsstoornis bestendigen. In deze situatie is het belangrijk om de jongere uit het disfunctionele kluwen te halen. De interventies moeten vervolgens niet beperkt worden tot de jongere, maar zich ook richten op het gezin, de school en andere contexten waar de jongere deel van uitmaakt.

**Het is dus essentieel om in partnerschap en in een netwerk te werken. Vaak schaadt het gebrek aan integratie van het gevoerde beleid de doeltreffendheid ervan. Zo moeten de scheidingen tussen de verschillende sectoren (gezondheid, onderwijs, Justitie, Binnenlandse Zaken, ...) en de verschillende overheidsniveaus opgeheven worden om tot een geïntegreerde aanpak van deze problematiek te komen.** Daarvoor kan het misschien interessant zijn om een werkgroep ter zake op te richten waarin de verschillende bevoegde overheidsinstanties zetelen.

Het samenwerkingsprotocol inzake de zgn. "FOR K"-plaatsen tussen de federale overheid (Justitie en Volksgezondheid) en de deelgebieden vormt een mooi voorbeeld van partnerschap. Dit initiatief is bestemd voor delinquente jongeren die door de jeugdrechter geplaatst werden en bovendien psychiatrische stoornissen vertonen. Dit type initiatief kan zinvol uitgebreid worden tot andere problemen waarvoor een actiesynergie nodig is en waarvoor een samenwerking ertoe kan bijdragen om de bestaande maar te vaak versnipperde competenties beter te gebruiken.

### 8.4 Onderzoek en beleidsevaluatie

**Vaak wordt het gevoerde beleid niet beoordeeld: die leemte moet opgevuld worden en er moeten gegevens verzameld worden over de verschillende interventiestrategieën die de veldwerkers ontwikkelen om achteraf te beoordelen welke het meest doeltreffend zijn.**

Hiertoe is het noodzakelijk om meer retrospectieve en prospectieve studies te ondersteunen en om tot een interdisciplinaire aanpak te komen. Die studies moeten niet alleen indicatoren van geestelijke gezondheid in rekening brengen, maar ook peilen naar het algemene welbevinden en onbehagen van de jongere en naar zijn levensomstandigheden. Er moet eveneens meer aandacht zijn voor het ontwikkelingstraject van een jongere in de tijd en men mag zich niet enkel beperken tot momentopnames. Het opvolgen van kinderen en jongeren die risico lopen op de ontwikkeling van gedragsstoornissen kan helpen om tijdig mogelijke beschermde en risicofactoren te onderkennen zodat gepast gereageerd kan worden om de weerbaarheid van het kind te vergroten en zijn kwetsbaarheid te reduceren.

## 9. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk \* aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

Bijttebier Patricia	(Psychologie, KULeuven)
Celestin-Westreich Smadar*	(Psychologie, VUB)
Danckaerts Marina*	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, KULeuven)
Deboutte Dirk*	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, UA)
Decoene Stef	(Psychologie, KULeuven)
De Gucht Véronique*	(Sociale wetenschappen, Universiteit Leiden)
Depreeuw Eric	(Psychologie, KUB)
Devyver Jean-Claude	(Psychologie – criminologie)
François Anne	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, HUDERF – ULB)
Galand Benoît	(Psychologie, UCL)
Gauthier Jean-Marie	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, ULg)
Glazemakers Inge	(Psychologie, UA)
Grietens Hans	(Psychologie, KUL)
Lafosse Christophe	(Neuropsychologie, UA)
Macquet Claude	(Sociologie, ULg)
Magerotte Ghislain*	(Psychologie, UMH)
Pelc Isidore*	(Psychiatrie, ULB)
Roskam Isabelle	(Psychologie, UCL)
Roy Emmanuel	(Psychologie, UCL)
Smolders Christiaan	(Psychologie, KUL)
Spapen Patrick*	(Psychologie, Brugmann – ULB)
Stievenaert Marie	(Psychologie, UCL)
Van Broeck Nady	(Psychologie, UCL)
Vienne Philippe	(Sociologie, ULB)

De volgende personen werden gehoord:

De Vos Bernard	(Délégué Général aux Droits de l'Enfant)
De Rycke Lieven	(Kinderrechtencommissariaat)
Haerden Hilde	(Opvoedingswinkel Gent)
Mauroy Marie Christine	(ONE)
Remue Jean Claude	(Federaal politie)

Het voorzitterschap werd verzekerd door Isidore PELC en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD, Sandrine MARTIN, Anne Madeleine PIRONNET.