

**Internationaal overzicht
effectieve interventies
in de jeugdzorg**

Carolien Konijn (red.)

NIZW Jeugd
Utrecht, april 2003

©2003 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Carolien Konijn (red.)
Leonieke Boendermaker
Emily Cavelaars
Marieke Kroneman

Het rapport 'Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg' vormt onderdeel van een reeks van publicaties die NIZW Jeugd over resultaatbepaling in de jeugdzorg uitbrengt.

Bij verwijzing naar, aanhalen van of citeren uit het rapport is de volgende referentie te gebruiken:

C. Konijn (Red.)
Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg
Utrecht: NIZW, 2003

ISBN 90-5957-076-6

NIZW-bestelnummer E 229021

Dit rapport is te verkrijgen via www.jeugdzorg.nl of te bestellen bij:

NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail Bestel@nizw.nl

Inhoudelijke informatie over deze publicatie is te verkrijgen bij

NIZW Jeugd
Telefoon (030) 230 63 53
E-mail: c.konijn@nizw.nl

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Effectieve jeugdzorg: veel onderzochte doelgroepen en interventies.....	7
2.1 Inleiding.....	7
2.2 De zoektocht.....	7
2.3 Gevonden meta-analyses en reviews.....	8
2.4 Onderzochte problemen.....	9
2.5 Onderzochte interventies.....	12
2.6 Conclusies	15
2.7 Literatuur	18
3. Effectieve interventies voor jeugdigen met ADHD	19
3.1 Inleiding.....	19
3.2 Nadere omschrijving van ADHD	20
3.3 Meta-analyses en reviews.....	21
3.4 Behandeling.....	22
3.5 Conclusie.....	26
3.6 Literatuur.....	31
4. Effectieve interventies bij jeugdigen met depressie.....	33
4.1 Inleiding.....	33
4.2 Nadere omschrijving depressie	34
4.3 Behandeling.....	36
4.4 Conclusies	41
4.5 Literatuurlijst	46
5. Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis	48
5.1 Inleiding.....	48
5.2 De betekenis en de prevalentie van gedragsstoornissen.....	48
5.3 Gevonden meta-analyses en reviews.....	50
5.4 Behandeling.....	50
5.5 Conclusies	57
5.6 Literatuur	62
6. Toepassingsmogelijkheden voor de wetenschappelijke kennis	64
6.1 Inleiding.....	64
6.2 Definities van begrippen	64
6.3 Voorbeeld: zorgprogramma PATCH	65
6.4 Tot slot.....	69
6.5 Literatuur	70

Bijlage

1. Inleiding¹

De laatste jaren is er toenemende interesse om de resultaten van de jeugdzorg aan een nauwkeurige beschouwing te onderwerpen. Beleidsmakers, die medeverantwoordelijk zijn voor de financiering van de zorg, willen meer inzicht in de resultaten en opbrengsten van de inspanningen. De instellingen zelf, of hun koepelorganisaties, zijn in toenemende mate geïnteresseerd in hun eigen resultaten, in een vergelijking daarvan met elkaar en in de aspecten waarin zij hun deskundigheid verder kunnen ontwikkelen. Voor de verdere ontwikkeling van de zorg en voor de cliënten zelf is het – last but not least – belangrijk te weten wat werkt en wat niet, waar de zorg dringend hulpvormen dient te ontwikkelen en wat nader onderzocht dient te worden.

Het NIZW heeft - in 2001 in samenwerking met het Trimbos-instituut – binnen- en buitenlandse literatuerbestanden verkend om na te gaan wat op dit moment bekend is over effectieve interventies in de jeugdzorg. In dit rapport gaan we in op de resultaten van de internationale meta-analyses en overzichtsartikelen.

Onze verkenning richt zich op de volgende vragen:

1. Welke interventies zijn tot nu toe onderwerp van effectiviteitsonderzoek geweest? Welke typen interventies blijven tot nu toe buiten beschouwing van de onderzoeksliteratuur?
2. Welke problemen van cliënten zijn in deze onderzoeken betrokken geweest? Welke problemen komen in de onderzoeken niet aan de orde?
3. Welke interventies zijn effectief voor relatief omvangrijke probleemgroepen zoals jeugdigen met ADHD, depressie of ernstige gedragsstoornissen?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we gevestigde nationale en internationale literatuerbestanden: PsychINFO (psychologische literatuur), Medline (medische literatuur), ERIC (opvoedkundige en onderwijsliteratuur) doorzocht. Welke zoektermen we daarbij hebben gebruikt, geven we in hoofdstuk 2 aan.

Omdat de hoeveelheid van primaire effectstudies op internationaal niveau nauwelijks te overzien is, hebben we ons in deze eerste verkennende studie beperkt tot zogenoemde reviews en meta-analyses. Het betreft studies die een reeks aan onderzoeken naar dezelfde interventie(s) bij een bepaalde doelgroep overzichtelijk op een rij zetten (reviews). Sommige van deze studies tellen de gevonden effectmaten bij elkaar zodat een gemiddeld effect kan worden berekend.

Enkele kanttekeningen

Voor we ingaan op de resultaten van de zoektocht eerst enkele kanttekeningen. Een eerste kanttekening bij de gevonden meta-analyses en overzichtsartikelen is dat bijna alle gerapporteerde studies in de internationale databestanden afkomstig zijn uit de Verenigde Staten. In Nederland zijn nog maar weinig kwalitatief goede effectonderzoeken naar interventies in de jeugdzorg verricht (Boendermaker, Van der Veldt en Booy, 2003). Wel vonden we twee recente Nederlandse meta-analyses. Deze zijn echter gebaseerd op niet-Nederlandse, grotendeels Amerikaanse, primaire studies (Klein Poelhuis, IJendoorn en

¹ In deze publicatie wordt geregeld gesproken over 'cliënt', 'ouder', 'hulpverlener' e.d. Voor het gemak wordt vaak in de hij-vorm naar personen verwezen. Bedoeld wordt dan hij/zij. Waar het woord 'cliënt' wordt gebruikt, kan 'cliëntsysteem' worden gelezen.

Juffer, 2000; Leseman, Otter, Blok en Deckers, 1998 en 1999). Maar is het erg dat onze kennis over de effecten op dit moment vooral afhankelijk is van Amerikaanse studies? Om deze vraag te beantwoorden is het belangrijk te weten of interventies die in Amerika werken ook in de Nederlandse situatie effectief zijn. Daarvan weten we nog onvoldoende af maar er is ons – aan de andere kant - ook geen onderzoek bekend dat aangeeft dat de werkzaamheid van interventies in Amerika en Nederland zou verschillen.

De tweede kanttekening betreft de methodologie van de primaire studies. Wat betreft de resultaten van een interventie maakt men doorgaans onderscheid tussen efficacy (werkzaamheid) en effectiviteit (doeltreffendheid) (zie ook Van Yperen, 2003). Het merendeel van de gevonden onderzoeken naar interventies richt zich op de werkzaamheid: onder gecontroleerde omstandigheden (streng geselecteerde diagnostische groepen, protocollair uitgevoerde behandelingen, goed getrainde behandelaars, etc.) wordt het effect nagegaan van de onderzochte interventie zonder versturende variabelen. Dat wordt gedaan in studies volgens het Randomized Clinical Trial model (RCT) of het dubbelblind onderzoek. Hierbij worden personen at random (als bij toeval) toebedeeld aan verschillende condities: meestal betreft dit placebo en de onderzochte interventie, soms ook ‘geen behandeling’. Bij het zogenoemde dubbelblind onderzoek weten noch de proefpersoon noch de behandelaar tot welke conditie de cliënt behoort. Uiteraard kan deze laatste vorm van onderzoek alleen plaatsvinden bij farmacotherapie; bij een psychologische interventie is dit onmogelijk. Bij onderzoek naar de werkzaamheid van de interventie is de interne validiteit hoog: we weten precies wat we meten. Zulk onderzoek geeft antwoord op de vraag of een interventie *in principe* werkzaam kan zijn. De generaliseerbaarheid naar de dagelijkse praktijk (externe validiteit), die meestal veel grilliger is dan de gecontroleerde onderzoekssituatie, is meestal gering.

Daarnaast is er - minder vaak - onderzoek gedaan naar de uitkomsten van interventies in de dagelijkse praktijk (doeltreffendheid van de behandeling). De externe validiteit wordt gewaarborgd door een grootschalige opzet en zoveel mogelijk verschillende praktijken in het onderzoek te betrekken (multi-site of multi-centre onderzoek). Wat we precies meten, welke variabelen het effect (mede)bepalen, is dan meestal minder duidelijk dan in een RCT. Maar wel wordt helder of de interventie in ‘de’ praktijk wel of niet werkt.

In de geraadpleegde databestanden zijn de onderzoeken met hoge interne validiteit (bewijs voor werkzaamheid) meer vertegenwoordigd dan die met hoge externe validiteit (bewijs voor effectiviteit). Shadish, Matt, Navarro en Phillips (2000) zijn nagegaan in hoeverre de mate van controle in de studie en de mate van ‘representatief voor de dagelijkse praktijk’² samenhangt met de uitkomsten van psychologische interventies. De verwachting was dat de effecten in de gecontroleerde studies groter zouden zijn dan die in de dagelijkse praktijk. Dit blijkt echter niet het geval. Het verschil in (positief) effect was er niet of nauwelijks.

Enkele belangwekkende Amerikaanse studies over het algemene effect van jeugdzorg

Naar aanleiding van de discussie over de gecontroleerde situaties in de effectonderzoeken, werd een reeks onderzoeken gedaan in de dagelijkse praktijk. De beroemdste studie is die in Ford Bragg (Bickman, 1996). In dit onderzoek werd de behandeling van jeugdigen twee

² ‘Representatief voor de praktijk’ is geoperationaliseerd als gewone heterogene problematiek, hulpverlening in gewone praktijkinstellingen en niet de universiteit (zoals in Amerikaanse onderzoeken wel eens het geval is), geen speciaal getrainde hulpverleners, geen behandelprotocol, heterogeen samengestelde cliëntenpopulatie qua persoonskenmerken, et cetera.

staten met elkaar vergeleken: een staat waarin de zorg traditioneel werd gegeven (care as usual) en een staat waarin de zorg was geherstructureerd en verbeterd (de toegang was verbeterd en de zorg gesubstitueerd: veel residentiële hulp was omgezet in ambulante). Men vond echter geen verschillen in klachtverbetering tussen de jeugdigen in de twee staten. Wel waren de cliënten meer tevreden over de geherstructureerde zorg en werden in die staat meer cliënten geholpen maar de zorg was ook duurder geworden. Nogal tegenvallende resultaten dus.

In deze situatie wordt de vraag of psychische hulp wel zinvol is, steeds opportuner. Angold, Costello, Burns, Erkanli en Farmer (2000) rapporteren over de Great Smokey Mountain Study. In dit onderzoek zijn kinderen van negen, elf en dertien gedurende vier jaren gevolgd. De eerste conclusie uit deze studie is dat heel algemeen de zorg de kinderen bereikt die het nodig hebben en niet onnodig wordt ingeschakeld. Kinderen met psychische klachten die werden behandeld, zijn vergeleken met kinderen die geen behandeling kregen. Het bleek dat kinderen die behandeld werden bij aanvang van de hulp meer klachten hadden dan de anderen en dat de klachten voorafgaand aan de hulp ook verslechterden. De andere kinderen hadden minder klachten en deze werden zonder hulp langzaam minder. De tweede conclusie is dat als wordt gecorrigeerd voor het verschil in hoeveelheid klachten bij aanvang van de hulp, de hulp echt tot verbetering van de problematiek leidt (vermindering van klachten). Hoe meer behandelsessies, hoe meer verbetering. Vanaf acht behandelsessies zet de verbetering echter pas in. De derde conclusie is dat de psychosociale problematiek (breder dan de directe klachten) op een termijn van een jaar nog niet verbetert als gevolg van de hulp. Ditzelfde geldt voor de invloed die de problematiek van de kinderen heeft op de ouders. Waarschijnlijk is de meetperiode van een jaar te weinig om hierin verbetering te kunnen meten, suggereren de onderzoekers.

Belangrijkste bijdrage van de Great Smokey Mountain Study is dat het aangeeft dat psychische hulp helpt. Dat sommige andere onderzoekers dat bewijs niet vonden, heeft volgens de onderzoekers te maken met een tekort aan power van de studies (te weinig respondenten om verschillen te vinden). In hun studie hebben ze uiteindelijk – na vier jaar – een respons van bijna 1000 kinderen, waarvan ongeveer de helft hulp heeft gehad. In andere effectonderzoeken zijn er vaak maar enkele tientallen kinderen per onderzoeksconditie.

Opbouw van het rapport

Nu we weten dat jeugdzorg (ook in de dagelijkse praktijk) helpt, moeten we nog kijken welke interventies voor wie het beste geschikt zijn, aldus de onderzoekers. Dat geldt ook voor ons. In dit rapport zullen we vooral de discussie op het laatste punt voortzetten.

In hoofdstuk 2 geven we de zoektocht in de internationale literatuurbestanden weer. Daarna vatten we voor een aantal probleemgroepen de conclusies van de gevonden meta-analyses en reviews samen. Hoofdstuk 3 gaat over effectieve interventies aan jeugdigen met een aandachtstekortstoornis (ADHD). Hoofdstuk 4 over wat we weten over de aanpak van depressie bij jeugdigen. In hoofdstuk 5 vatten we samen welke interventies het meest geschikt lijken voor jongens met ernstige gedragsproblemen.

Maar wat is het nut van deze informatie voor de praktijk? Wat kan men doen met de gevonden wetenschappelijke kennis? Hierop gaan we - tot slot - in in hoofdstuk 6.

Literatuur

- Angold, A., E. J. Costello, B.J. Burns, A. Erkanli & E. Farmer (2000). Effectiveness of nonresidential speciality mental health services for children and adolescents in the 'real' world. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (2), 154-160.
- Bickman, L. (1996). A continuum of care. More is not always better. *American Psychologist*, 51, 689-701.
- Boendermaker, L., M.C. van der Veldt & Y. Booy (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Klein Poelhuis, C., R. van IJzendoorn & F. Juffer (2000). Het effect van het Gordon Ouderprogramma, de 'Parent Effectiveness Training': een meta-analyse. *Pedagogiek*, 20 (3), 227-237.
- Leseman, P.P.M., M.E. Otter, H. Blok & P. Deckers (1998). Effecten van voor- en vroegschoolse educatieve centrumprogramma's: een meta-analyse van studies gepubliceerd tussen 1995 en 1996. *Nederlands tijdschrift voor opvoeding, vorming en onderwijs*, 14 (3), 134-154.
- Leseman, P.P.M., M.E. Otter, H. Blok & P. Deckers (1999). Effecten van voor- en vroegschoolse educatieve centrumprogramma's: een aanvullende meta-analyse van studies gepubliceerd tussen 1985 en 1996. *Nederlands tijdschrift voor opvoeding, vorming en onderwijs*, 15 (1), 28-37.
- Shadish, W.R., G.E. Matt, A.M. Navarro & G. Phillips (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126 (4), 512-529.
- Yperen, T. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.

2. Effectieve jeugdzorg: veel onderzochte doelgroepen en interventies

Carolien Konijn en Emily Cavelaars

2.1 Inleiding

Het NIZW heeft in samenwerking met het Trimbos-instituut een aantal internationale literatuurbestanden verkend om na te gaan wat op dit moment bekend is over de effectiviteit van de interventies in de jeugdzorg. In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van deze zoektocht. Welke interventies in de jeugdzorg zijn op hun effect onderzocht en welke problemen van cliënten betreft dit? Deze globale analyse van wat er bekend is, is een eerste stap om de effectiviteit van de jeugdzorg te onderzoeken. De tweede stap bestaat uit het beoordelen van de kwaliteit van de gevonden studies en het samenvatten van de resultaten voor een aantal groepen cliënten. Deze samenvattingen zijn verderop in dit rapport te vinden.

2.2 De zoektocht

De internationale literatuurverkenning richtte zich op de volgende vragen:

- Welke interventies in de jeugdzorg zijn tot nu toe onderwerp van effectiviteitonderzoek geweest? Welke typen interventies blijven tot nu toe nagenoeg of geheel buiten beschouwing van de onderzoeksliteratuur?
- Welke cliënten (met welke problemen) zijn in deze onderzoeken betrokken geweest? Welke cliënten komen in de onderzoeken niet of nauwelijks aan de orde?

De zoektocht naar literatuur waarmee we deze vragen kunnen beantwoorden, is uitgevoerd in de databestanden PsycINFO, ERIC, Medline, Adlib (bibliotheek Trimbos-instituut) en die van het Cochrane centrum. PsycINFO is met name gericht op psychologische studies, ERIC op opvoedkundige en onderwijskundige literatuur, Medline op medische publicaties en Adlib – de databank van het Trimbos-instituut – betreft een mengeling hiervan. Het Cochrane centrum is een Amerikaanse instelling die inmiddels in vele landen een lokaal centrum heeft. Reviewers beoordelen voor een bepaalde probleemgroep - diagnosegroep - primaire studies en meta-analyses op hun kwaliteit en nemen deze beoordelingen op in een specifiek literatuurbestand. Dit bestand bevat dus geen primaire studies maar besprekingen ervan. In vergelijking met de volwassenenzorg zijn er op het gebied van de jeugdzorg echter nog niet veel studies in het bestand van het Cochrane centrum opgenomen.

De zoektocht is uitgevoerd met de volgende trefwoorden:

- child*, adolescent* en indien de database de mogelijkheid gaf, zoals bij PsycINFO en Medline, dan werd bij “age group” Childhood (0-12 year) en Adolescents (12-18 year) aangevinkt;
- efficacy, effectiveness, eff*, evaluation;
- intervention*, treatment, treatment outcome;
- meta-analysis of review.

De volgende selectiecriteria zijn gehanteerd:

- periode 1995-2002;
- journal articles, book chapters;

- er moet sprake zijn van effectstudies in de meta-analyse of review;
- effectiviteitonderzoek op gebied van de jeugdzorg (youth care, mental health care).

2.3 Gevonden meta-analyses en reviews

Omdat de hoeveelheid van primaire effectstudies op internationaal niveau nauwelijks te overzien is, hebben we ons in deze eerste verkennende studie beperkt tot zogenoemde reviews of overzichtartikelen en meta-analyses. Het betreft studies die een reeks aan onderzoeken naar dezelfde interventie(s) bij een bepaalde probleemgroep overzichtelijk op een rij zetten (reviews) of de gevonden effectmaten volgens een bepaalde procedure bij elkaar optellen om een gemiddeld effect te berekenen (meta-analyse).

De verkenning in de literatuurbestanden leverde in eerste instantie 1375 titels op. In PsycINFO vonden we 86 meta-analyses en 46 reviews, in ERIC 41 meta-analyses en 401 reviews, in MedLine 406 meta-analyses en 294 reviews, en in Adlib 100 effectstudies. Ten slotte leverde de database van het Cochrane centrum diverse aanvullingen op. Van alle onderzoeken is op grond van de titels en de samenvatting (abstracts) nagegaan of het daadwerkelijk voor ons relevante literatuur betrof. Een aantal studies is om de volgende redenen *niet* geselecteerd:

- de probleemgroep bestond hoofdzakelijk uit personen ouder dan 18 jaar;
- de probleemgroep valt buiten die van de jeugdzorg (bijvoorbeeld ernstige mentale retardatie);
- de onderzochte interventie behoort niet tot de jeugdzorg; het betrof bijvoorbeeld het effect van een medische ingreep anders dan medicatie (dit gold met name voor studies in MedLine), het effect van diëten bij kinderen met overgewicht (als enig probleem) en het effect van bepaalde lesmethoden op school (dit gold met name voor studies in ERIC waarin veel onderzoeken naar het verbeteren van schoolvaardigheden zoals lezen, schrijven, et cetera zijn opgenomen);
- effectonderzoek waarin niet de effectiviteit van een interventie wordt onderzocht maar bijvoorbeeld het effect van een psychiatrische stoornis op het sociaal functioneren of het effect van consultatie;
- studies in een taal die we niet of voldoende machtig zijn (Russisch, Spaans en Frans; dit betrof drie studies).

Op grond van deze uitsluitingen bleven er 206 reviews en meta-analyses over. Bij nadere bestudering van de geselecteerde artikelen hebben we nog 15 studies laten afvallen. Het betreft studies die het effect onderzoeken van preventieve interventies en onderzoeken naar de behandeling van verslavingsproblemen. Hoewel preventie - het voorkomen van het ontstaan van problemen - tot de taken van de jeugdzorg behoort, vinden we dat in een overzicht van de effectiviteit van de jeugdzorg deze preventieve taak los van de behandeling en begeleiding moet worden geanalyseerd. Onze zoektermen waren ook niet specifiek gericht op het vinden van preventieve interventies en zal daarom ook niet compleet zijn. Bovendien zijn er al een paar analyses op dit terrein gedaan (Gageldonk en Rigter, 1998; Gageldonk en Cuijpers, 1998; Cuijpers en Bohlmeijer, 2001). Uiteindelijk hebben we voor het overzicht 191 meta-analyses en reviews uit de vijf databases geselecteerd³ (tabel 2.1).

³ De bronverwijzingen naar de 191 studies zijn beschikbaar bij het Expertisecentrum Jeugdzorg van NIZW Jeugd.

Tabel 2.1 Frequentie van relevant bevonden artikelen per database

Databestanden	N	%
PsycINFO	70	37
ERIC	17	9
Medline	81	42
Bibliotheek Trimbos	6	3
Cochrane	17	9
<i>Totaal</i>	<i>191</i>	<i>100</i>

Uit tabel 2.1 blijkt dat databases van PsycINFO en Medline verreweg de meeste artikelen opleveren, respectievelijk 37% en 42%. ERIC leverde relatief weinig artikelen op (9%) omdat het met name artikelen bevat op het gebied van het onderwijs en minder op dat van de jeugdzorg. Het Cochrane centrum leverde nog 17 (9%) aanvullende studies. De bibliotheek van het Trimbos-instituut bevat weinig meta-analyses en reviews en leverde zodoende slechts 3% van het aantal.

De 191 studies betreffen 113 (59%) reviews en 78 (41%) meta-analyses. Reviews zijn overzichtsartikelen. Aan meta-analyses worden meer eisen gesteld. Deze analyseren de gegevens uit primaire effectstudies opnieuw en berekenen een gemiddeld effect voor de onderzochte interventie bij een bepaalde probleemgroep. Dit is echter pas mogelijk als de onderzochte probleemgroep en interventies gelijksoortig zijn en het effect op een gelijke manier gemeten. Overigens bleek bij nadere bestudering de term meta-analyse menig keer ten onrechte in de trefwoorden te zijn opgenomen; het betrof dan weliswaar een nauwkeurig overzicht van de gevonden effecten maar geen nieuwe analyse van de gegevens en geen berekening van een gemiddeld effect van de onderzochte interventies.

Voor deze eerste analyse hebben we nog geen beoordeling gemaakt van de kwaliteit van de onderzoeken. Dat hebben we wel gedaan voor een aantal groepen cliënten waarvoor in de hoofdstukken hierna de effectiviteit van de interventies beschrijven. Voor nu zijn we vooral geïnteresseerd in de probleemgroepen en interventies waarop onderzoekers zich richten.

2.4 Onderzochte problemen

Tijdens het analyseren van de titels en de samenvattingen werd al duidelijk dat het merendeel van de studies betrekking heeft op de *mental health care for children and adolescents* (jeugd-GGZ). In Amerika bestaat het veld van de jeugdzorg voornamelijk uit instellingen voor jeugd-GGZ. Deze zorgsector is in Amerika veel breder en omvangrijker dan die in Nederland. In Amerika hebben juist de welzijnssector en de jeugdbescherming minder middelen en voorzieningen (vgl. Janssen en Konijn, 2000). De vernieuwingen en onderzoeken in de jeugdzorg betreffen dan ook meestal de jeugd-GGZ en de problemen van cliënten zijn merendeels geclassificeerd met *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM; American Psychiatric Association, 1994). Tweederde van de gevonden effectiviteitstudies binnen de jeugdzorg richt zich dan ook op interventies voor kinderen en adolescenten met problemen die gedefinieerd worden door een psychiatrische (DSM-IV) diagnose. In éénderde van de studies is de problematiek van de onderzochte jeugdigen minder nauwkeurig omschreven. Dit betreft onderzoeken naar jeugdigen met emotionele en externaliserende problemen, lichamelijke en psychosomatische problemen, problemen als gevolg van echtscheiding en van mishandeling.

Gedragsproblemen

Bij jeugdigen met gedragsstoornissen is de effectiviteit van de interventies het meest frequent onderzocht (tabel 2.2). Het gaat hierbij om 58 studies, 30% van het aantal meta-analyses en

reviews. Daarvan vormen jeugdigen met ADHD de groep die het meest frequent zijn onderzocht (24 van de 58 studies). ADHD en de behandeling hiervan met medicatie (Ritalin) krijgt de laatste jaren in Nederland maar zeker ook in Amerika veel aandacht in de media. Dat er dan ook veel aandacht van onderzoekers is voor deze groep is dan niet verwonderlijk. De meest onderzochte interventies bij jeugdigen met ADHD zijn medicatie en individuele cognitieve gedragstherapie, vaak in combinatie met elkaar (zie ook tabel 2.4 verderop).

Tabel 2.2 Overzicht probleemgroepen in meta-analyses en reviews effectiviteit jeugdzorg (n=191)

<i>Probleemgroep</i>	<i>Frequentie</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Jeugdigen met gedragsstoornissen:</i>		
ADHD	24	
Agressie / Boosheid (Anger)	7	
Antisociaal / Delinquent / Conduct Disorder	16	
Externaliserend gedrag / milde gedragsproblemen	7	
Emotionele en gedragsproblemen	3	
Oppositieele stoornis	1	
Subtotaal	58	30
<i>Angst en Stemningsstoornissen:</i>		
Angststoornis	6	
Obsessief-compulsieve stoornis	5	
Post Traumatische Stress Stoornis	4	
Hechtingsstoornis	1	
Depressie	29	
Bipolaire stoornis	1	
Subtotaal	46	24
<i>Lichamelijke / Psychosomatische problemen</i>		
Enuresis nocturna en encopresis	3	
Slaapproblemen	1	
Chronisch zieken	1	
Pijnklachten (hoofdpijn, etc.)	5	
Subtotaal	10	5
<i>Eetproblemen</i>		
Anorexia en Bulimia		5
<i>Gezinsproblemen:</i>		
Scheiding van ouders	1	
Mishandelde kinderen (lichamelijk en seksueel)	10	
Subtotaal	11	6
<i>Schizofrenie</i>		
		2
<i>Autisme</i>		
		3
<i>Diverse probleemgroepen</i>		
- Jeugdigen met meervoudige problematiek	20	
- Niet nader omschreven probleemgroep (bijvoorbeeld 'adolescenten' of 0-13 jarigen)	27	
Subtotaal	47	25
Totaal	191	100

Daarnaast zijn de meta-analyses en reviews naar interventies bij 'gedragsstoornissen' voornamelijk gericht op jeugdigen met een ernstige gedragsstoornis (conduct disorder), antisociaal of delinquent gedrag. Dit type gedrag trekt ook veel aandacht en is een maatschappelijk probleem. Bij deze jeugdigen is individuele (cognitieve) gedragstherapie het meest frequent onderzocht op hun resultaat, samen met secundaire preventieve interventies. Twee meta-analyses van de resultaten van multisysteemtherapie zijn gericht op deze groep jeugdigen met ernstige gedragsstoornissen. Jeugdigen met mildere gedragsproblemen, komen minder vaak aan bod in meta-analyses en reviews; bij hen zijn het effect van een sociale vaardigheidstraining en van ouderbegeleiding het meest onderzocht.

Angst- en stemmingsproblemen

Na jeugdigen met gedragsstoornissen is het grootste deel van de meta-analyses en reviews gericht op angst- en stemmingsstoornissen (24% van de studies); het merendeel betreft jeugdigen met depressie. Het aantal onderzoeken naar depressie (29) overstijgt zelfs het aantal naar ADHD (24). De onderzoeken naar interventies bij angststoornissen betreffen het meest frequent de ongedifferentieerde angststoornis en de obsessief-compulsieve stoornis (dwanggedachten en -handelingen). Zowel bij angst als depressie zijn de werkzaamheid van medicatie en individuele cognitieve gedragstherapie het meest vaak onderzocht (tabel 2.4).

Meervoudige en diverse problemen

De derde groep studies betreft jeugdigen met meervoudige problemen, diverse probleemgroepen of ruim omschreven groepen zoals ‘adolescenten’ of ‘jeugdigen in de schoolleeftijd’ (25% van de studies). Vaak betreft het studies die een bepaalde interventie als onderwerp van onderzoek hebben waarbij het de vraag is voor welke probleemgroepen deze het beste werkt. Zo is bijvoorbeeld de meta-analyse voor spel(psycho)therapie onderzocht: voor welke groepen kinderen tot 12 jaar heeft deze interventie het grootste effect. Dat bleek overigens te gelden voor kinderen met emotionele problemen.

Daarnaast betreft het twintig onderzoeken naar interventies voor jeugdigen met meerdere diagnoses zoals ADHD, conduct disorder en depressie, of depressie en een obsessief-compulsieve stoornis. Per studie richt men zich op het resultaat van interventies bij jeugdigen met een bepaalde combinatie van problemen. In de praktijk hebben veel jeugdigen immers vaak niet één maar meerdere problemen (co-morbiditeit). Het merendeel van het traditionele gecontroleerde effectonderzoek richt zich echter op jeugdigen met één diagnose; jeugdigen met meerdere problemen worden doorgaans van de onderzoeken uitgesloten. Omdat het dus merendeels jeugdigen met een combinatie van psychiatrische diagnoses zoals ADHD, depressie, angst betreft wordt ook in deze studies veelvuldig de werking van medicatie en individuele cognitieve gedragstherapie onderzocht (tabel 2.4).

Gemiste probleemgroepen?

Om na te gaan welke probleemgroepen van de jeugdzorg afwezig zijn in de verzameling van meta-analyses en reviews, hebben we tabel 2.2 naast de tabel ‘Aard van de problematiek van cliënten’ van het Intersectorale Informatiesysteem voor de jeugdzorg gelegd (vgl. Bekhoven, Boelhouwers, Bothof, Konijn en Van Yperen, 2000), dat een overzicht geeft van alle mogelijke problemen van jeugdigen waar de Nederlandse jeugdzorg zich op richt.

Over het algemeen zijn belangrijke probleemgroepen ook vaak onderwerp van onderzoek. De bevinding dat de effectiviteit van interventies voor jeugdigen met ADHD en depressie het meest onderzocht zijn, komt overeen met die van Burns, Hoagwood en Mrazek (1999). We komen daarnaast, ook samen met Burns e.a. (1999), tot de conclusie dat interventieonderzoek zich echter relatief minder vaak richt op diagnosegroepen zoals obsessief-compulsieve stoornis, bipolaire stoornis, eetstoornis, schizofrenie, paniekstoornis en post traumatische stressstoornis. Hieraan voegen we toe dat ook kinderen met moeilijk behandelbare problemen zoals autisme en andere pervasieve stoornissen minder aandacht krijgen als het gaat om werkzaamheid en doeltreffendheid van interventies. We vonden in ons overzicht wel vijf meta-analyses naar interventies bij jeugdigen met autisme maar onderzoeken naar de veel vaker voorkomende diagnose PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anders omschreven) zijn geheel afwezig. Bij deze jeugdigen is de effectmaat 'voortgang in problematiek', die in het meeste effectonderzoek wordt gehanteerd, een discutabele. De

jeugdigen kunnen immers meestal niet ‘genezen’ van hun probleem; het gaat bij hen eerder om het draaglijker maken van het probleem en behandeling van bijkomende problemen zoals slaapproblemen. Bij een dergelijke probleemgroep zou een effectmaat zoals ‘kwaliteit van leven’ beter passen, maar deze wordt nog niet vaak toegepast in effectonderzoek. Meta-analyses en reviews hiernaar zijn, bij gebrek aan primaire studies, dan uiteraard ook niet mogelijk.

Ook psychosociale problematiek is minder vaak onderwerp van onderzoek. Zo zou men onderzoek verwachten naar adoptieproblematiek, identiteitsproblemen bij adolescenten en specifiek naar acculturatieproblemen, meer onderzoek naar problemen als gevolg van de echtscheiding van ouders (we vonden maar één meta-analyse), pesten en opvoedingsproblemen zoals opvoedingsonzekerheid of een inadequate opvoedingsaanpak. Het is mogelijk dat de laatstgenoemde soorten problematiek vaker richtpunt zijn van preventieprogramma's dan van begeleiding en behandeling. Ook naar mildere gedragsproblemen wordt beduidend minder onderzoek gedaan dan naar ernstiger vormen zoals ADHD, conduct disorder of antisociaal gedrag.

2.5 Onderzochte interventies

We zijn nagegaan op welke interventies de effectstudies betrekking hebben en hanteerden daarbij de volgende indeling:

- psychotherapie: diverse behandelvormen waarbij psychische problemen worden besproken en doorgewerkt met een daartoe opgeleide psychotherapeut. Het kan gaan om diverse vormen van psychotherapie: (cognitieve) gedragstherapie, psychoanalytische therapieën, speltherapie, groepstherapie. Er is een onderscheid in psychotherapie voor het kind, de ouder(s) en het gezin.
- farmacotherapie: behandeling met medicatie
- begeleiding: praktische ondersteuning en/ of gesprekken, al dan niet gecombineerd met het aanleren van vaardigheden waardoor de draagkracht ten opzichte van de draaglast wordt vergroot. Er is begeleiding van het kind, de ouders en het gezin.
- biologische therapie: behandelvormen die hun werking via het lichaam uitoefenen (met uitzondering van medicatie/ farmacotherapie) zoals ontspanningstechnieken, electroconvulsie therapie (ECT; elektroshocktherapie), dans- en bewegingstherapie, biofeedback therapie, lichamelijke oefeningen, zelfverdediging.
- pleegzorg: opvang van jeugdigen in een gewone gezinssituatie, waarbij de pleegouders worden begeleid door de jeugdzorg.

Psychotherapie

De effectiviteit van psychotherapie bij jeugdigen is relatief vaak onderzocht (43% van de studies; tabel 2.3). Hierbij gaat de meeste aandacht uit naar individuele (cognitieve) gedragstherapie. Dit wordt toegepast bij de meest frequent onderzochte diagnosegroepen zoals ADHD en andere ernstige gedragsstoornissen, angststoornissen en depressie. Maar ook gezinstherapie komt vaak aan bod. Naast jeugdigen met angststoornissen en depressie wordt dit vaak toegepast bij jeugdigen met eetstoornissen. Op een relatief nieuwe interventie zoals multisysteemtherapie (MST) zijn reeds twee meta-analyses gericht; deze zijn geanalyseerd in het hoofdstuk dat gaat over behandeling van jongeren met een ernstige gedragsstoornis (hoofdstuk 5). Overigens blijkt het daarbij te gaan om één meta-analyse waarin slechts drie primaire studies zijn betrokken en één meta-analyse waar MST een van de onderzochte interventies betreft (vertegenwoordigd met een primaire studie). Erg veel onderzoek is er dus nog niet gedaan naar MST. Psychotherapie voor ouders is ook niet vaak onderzocht (vijf

studies). Deze studies betroffen ouders van kinderen met ernstige en milde gedragsproblemen, mishandelde kinderen en autisten (tabel 2.4; zie einde van dit hoofdstuk). Bij interventies gericht op ouders gaat het vaker om ouderbegeleiding (negen overzichtsstudies); het betreft dan merendeels ouders van kinderen met ernstige en milde gedragsproblemen, kinderen met een angststoornis of depressie en autistische kinderen.

Tabel 2.3 **Overzicht van interventies in meta-analyses en reviews van effectiviteit van jeugdzorg***

<i>Interventies</i>	<i>Frequentie</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Psychotherapieën (subtotaal):</i>	106	43
a. Kind:		
- individuele gedrags- en psychotherapie	81	
- groepsgedragstherapie voor kinderen	7	
b. Ouder(s):		
- gedragstherapie voor ouders	5	
c. Gezin:		
- gezinstherapie	11	
d. Multisysteemtherapie	2	
<i>Farmacotherapie</i>	81	33
<i>Begeleiding (subtotaal):</i>	35	15
a. Kind		
- gedragsbegeleiding of training	7	
- sociale vaardigheidstraining voor kinderen	7	
- rehabilitatievorm: herstel maatschappelijk functioneren door o.a. overlevingstochten	2	
- gedragsinterventie op school	5	
b. Ouders		
- oudertraining / begeleiding	9	
c. Gezin:		
- gezinsbegeleiding	2	
d. Overige vormen (o.a. psycho-educatie)	3	
<i>Biologische therapieën</i>	18	8
<i>Pleegzorg</i>	3	1
Totaal	244	100

* Per effectiviteitsstudie zijn analyses van meerdere interventies mogelijk (als bijvoorbeeld twee therapievormen met elkaar worden vergeleken). Het absolute aantal interventies (244) komt zodoende niet overeen met het totaal aantal artikelen (191).

Farmacotherapie

De effectiviteit van farmacotherapie is na psychotherapie het meest frequent onderzocht (33% van de studies) en wel bij jeugdigen met ADHD en depressie, de meest onderzochte diagnoses (tabel 2.3). Daarnaast zijn medicijnen vaak onderdeel van de behandeling van jeugdigen met meerdere problemen. Ook jeugdigen met angststoornissen krijgen vaak medicatie. Bij jongeren met schizofrenie is het de enige onderzochte interventie in de meta-analyses en reviews (tabel 2.4).

Begeleiding

De derde groep interventies betreft begeleidingsvormen van kind, ouders en gezin (15% van de studies). Het merendeel is gericht op de jeugdigen: gedragstrainingen, sociale vaardigheidstrainingen, gedragsinterventies op school en interventies waarin gewerkt wordt aan rehabilitatie, herstel van het maatschappelijk functioneren. Overlevings- ('Survival'-) tochten met delinquente jongeren zijn hieronder gevat. Sociale vaardigheidstraining en ouderbegeleiding zijn het meest onderzocht bij jongeren met milde gedragsproblemen. Gedragsinterventie op school is vaak onderdeel van de behandeling van jeugdigen met ADHD.

Lichaamsgerichte therapieën

De vierde groep interventies betreft biologische of lichaamsgerichte interventies zoals ontspanningsoefeningen en bewegingstherapie (8% van de studies). Deze interventies zijn het meest frequent onderzocht bij jeugdigen met psychosomatische problemen, maar ook is het onderdeel van de behandeling van jeugdigen met ADHD. Dit betreft onderzoek naar het effect van een bepaald dieet omdat ADHD ook wel in verband wordt gebracht met allergieën voor bepaalde voedingsstoffen (onder meer kleur- en smaakstoffen).

Pleegzorg

Tot slot is pleegzorg onderwerp van studie maar niet zo vaak (1%). Het betreft drie overzichtstudies. De resultaten van deze vorm van jeugdzorg, die in ons land steeds meer in belang toeneemt, verdienen meer aandacht. De meta-analyses en reviews die wij aantreffen, hebben specifiek het resultaat van (therapeutische) pleegzorg voor delinquente jeugdigen en jeugdigen met meervoudige psychische problematiek onderzocht, en niet de doorsnee populatie (tabel 2.4).

Gemiste interventies?

Om na te gaan of in de meta-analyses en reviews belangrijke interventies ontbreken hebben we tabel 2.3 naast een tabel voor registratie van zorgactiviteiten gelegd (Van Yperen, Konijn en Ten Berge, 1999). Deze tabel maakt een onderscheid in activiteiten gericht op de jeugdige alleen, de primaire opvoeders, gezinnen en overige activiteiten. Bij de activiteiten gericht op de jeugdigen valt op dat zorg gericht op het maatschappelijk functioneren in de meta-analyses niet veel aan bod komt. Er zijn twee meta-analyses naar interventies gericht op rehabilitatie, hieronder valt ook een survivaltocht voor delinquente jongeren. Terugkeer-naar-huis projecten, na een residentieel verblijf, waarbij veel aandacht is voor het maatschappelijk functioneren, zouden vaker kunnen worden onderzocht op hun doeltreffendheid. Waarschijnlijk is het type onderzoek dat dit vergt – longitudinaal onderzoek met het risico van veel uitval uit de onderzoeksgroep – lastig uit te voeren en daarom minder beschikbaar.

Voorts zijn meta-analyses en reviews van casemanagement geheel afwezig. Waarschijnlijk zijn er voor een meta-analyse op dit moment nog te weinig primaire effectstudies beschikbaar. Burns e.a. (1999) vonden zeven gecontroleerde studies in de periode van 1985 tot 1995;

Janssen en Konijn (2000) vonden voor de periode na 1995 nog zes studies⁴. Maar belangrijker is dat de onderzochte interventies nog te weinig vergelijkbaar zijn. Casemanagement is immers een relatief nieuwe interventie waar diverse modellen bij de uitvoering worden gehanteerd. Burns e.a. (1999) spreken dan ook van een aanzienlijke variatie in de uitvoering van casemanagement en in de mate waarin deze zijn geïmplementeerd. Voor verdere ontwikkeling van het casemanagement en van het effectonderzoek ernaar is overeenstemming nodig over een paar modellen.

Tot slot zou de aandacht voor ouders en hun opvoedingsvaardigheden ook moeten toenemen. Veel jeugdproblematiek heeft baat bij - in ieder geval óók - aandacht voor de ouders, opvoedingsvaardigheden en het gezinsfunctioneren. In de meta-analyses en reviews is echter 86% van de onderzochte interventies gericht op de jeugdigen (individueel of in groepen). Slechts 14% is gericht op ouders en gezinnen.

2.6 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we een begin gemaakt met het overzicht over wat er internationaal bekend is over de werkzaamheid en doeltreffendheid van interventies in de jeugdzorg en een eerste stap gezet om deze gegevens te analyseren. We hebben ons in eerste instantie gericht op de vraag welke onderwerpen en interventies zijn onderzocht in meta-analyses en reviews waarin vele primaire onderzoeken zijn samengevat.

In de internationale literatuurbestanden overheersen de onderzoeken die binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn verricht. De meest voorkomende probleemgroepen van de interventies zijn jeugdigen met psychiatrische (DSM-IV) diagnoses: ernstige gedragsstoornissen (zoals ADHD, conduct disorder en anti-sociaal gedrag), jeugdigen met angst- en stemmingsstoornissen (merendeels depressie), anorexia nervosa en jeugdigen met meervoudige problematiek (co-morbiditeit). Daarnaast komen interventies voor mishandelde kinderen, jeugdigen met psychosomatische problemen en kinderen met problemen als gevolg van echtscheiding van hun ouders aan bod. In vergelijking met de intersectorale registratietabel voor de problematiek van cliënten in de Nederlandse jeugdzorg, komen we tot de conclusie dat er (te) weinig meta-analyses en reviews gericht zijn op jongeren met identiteitsproblemen, acculturatieproblemen, schizofrenie, obsessief-compulsieve stoornissen (dwanggedachten en -handelingen), bipolaire stoornissen (manisch depressief), PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anders omschreven) en adoptieproblematiek. Gepeste jeugdigen en ouders met opvoedingsproblemen komen ook niet of nauwelijks aan bod maar wellicht zijn interventies aan deze groepen vaker preventief en niet curatief van aard. Preventieve interventies vallen buiten het bestek van deze studie.

De meest frequent onderzochte interventies zijn individuele (cognitieve) psychotherapie en medicatie. Deze interventies worden vaak toegepast bij veelvuldig onderzochte probleemgroepen: jeugdigen met een depressie, een angststoornis, ADHD of een andere ernstige gedragsstoornis. Bij jeugdigen met mildere gedragsproblemen zijn een sociale vaardigheidstraining en ouderbegeleiding het meest onderzocht. Bij bijna eentiende van de meta-analyses en reviews vormen biologische, lichaamsgerichte interventies zoals ontspanningsoefeningen, diëten, biofeedback, beweging en dans richtpunt van de studie. De werkzaamheid van deze interventies worden bij jeugdigen met ADHD (diëten),

⁴ Voor een overzicht van de effecten van casemanagement zoals deze in internationale primaire studies naar voren komen, zie C. Konijn (2001).

psychosomatische klachten, milde gedragsproblemen, angst en depressie onderzocht. Overige interventies zijn slechts een enkele maal onderwerp van een meta-analyse, waarbij het vooral opvallend is dat de resultaten van pleegzorg – dat de laatste jaren steeds meer in belang toeneemt – nog maar zo weinig zijn onderzocht. De drie reviews die we aantreffen onderzoeken dan ook nog het effect ervan voor delinquente jongeren en jongeren met meervoudige psychiatrische problematiek, en niet voor de doorsnee pleegkinderen met mildere problematiek. Daarnaast concludeerden we dat interventies gericht op het maatschappelijk functioneren van jeugdigen, casemanagement en interventies voor ouders en gezinnen vaker op hun effect onderzocht kunnen worden. Deze komen niet of nauwelijks aan bod in de meta-analyses en reviews.

Nu we een globaal overzicht hebben over het onderzoek naar interventies in de jeugdzorg, gaan we voor een aantal probleemgroepen de gevonden resultaten van het effect weergeven. Dit kan aanleiding geven voor tal van vervolgactiviteiten voor de verdere ontwikkeling van de jeugdzorg. Ten eerste kunnen werkzaam gebleken interventies nader onderzocht worden in de Nederlandse hulpverleningspraktijk, reeds in Nederland werkzaam en doeltreffend gebleken interventies in richtlijnen worden omgezet of op andere manieren in de praktijk geïmplementeerd. Voor probleemgroepen voor wie geen interventies effectief beschikbaar blijken te zijn zullen meer adequate interventies ontwikkeld moeten worden. Ten tweede is van belang na te gaan op welke manieren effectiviteit in de studies is geoperationaliseerd (welke effectmaten en instrumenten zijn gebruikt) en op welke manier deze instrumenten of maten gebruikt kunnen worden om in de dagelijkse hulpverleningspraktijk de eigen zorg meer resultaatgericht te monitoren. Dit komt in de navolgende hoofdstukken een voor een aan de orde.

Tabel 2.4: Onderzochte interventies bij probleemgroepen in meta-analyses en reviews naar de effectiviteit van de jeugdzorg

Probleemgroep / Interventie	ADHD (n=24)	Antisociaal, agressief, delinquent (n=23)	Mildere gedrags- en emotionele problemen (n=11)	Angst- stoornis (n=16)	Depressie (n= 30)	(Psycho)- somaatich probleem (n=10)	Eetpro- bleem (n=10)	Gezins- probleem (n=11)	Autisme (n=5)	Schizo- frenie (n=4)	Diverse proble- men (n=47)	Totaal (n=191)
Farmacotherapie	21	3		9	22	3	5		1	4	13	81
Psychotherapie:												
Individuele gedrags- of psychotherapie jeugdigen	10	9	2	7	14	6	8	4			20	80
Spel(psycho)therapie											1	1
Groepstherapie jeugdigen					1			3			3	7
Gedragstherapie ouders		2	1					1	1			5
Gezinstherapie				2	3	1	5					11
Multisysteem-therapie		2										2
Begeleiding:												
Gedragsbegeleiding jeugdigen		1							4		2	7
Sociale vaardigheidstraining	1		4		1				1			7
Gedragsinterventie op school	3		1					1				5
Rehabilitatie (incl. overlevingstochten)		2										2
Ouderbegeleiding of training	1	1	3	2	1				1			9
Gezinsbegeleiding			1					1				2
Overige vormen begeleiding (o.a. psycho-educatie)							1				2	3
Biologische / lichamelijke therapieën	4		1	1	1	6					5	18
Pleegzorg		1									2	3
Totaal	40	21	13	21	43	16	19	10	8	4	48	243

2.7 Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual for mental disorders (4th. Edition)*. Washington DC: Author.
- Bekhoven, C. van, K. Boelhouwers, A. Bothof, C. Konijn & T. van Yperen (2000). *Intersectorale registratie van problematiek en resultaat in de jeugdzorg II. Over de invoering van de ISIS-tabellen 'Aard van de problematiek van cliënten' en 'Beëindiging van de zorg'*. Utrecht: Trimbos-instituut / NIZW.
- Burns, B.J., K. Hoagwood & P.J. Mrazek (1999). Effective treatment for Mental Disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (4), 199-253.
- Cuijpers, P. & E. Bohlmeijer (2001). *Preventie van psychische problemen vanuit de geestelijke gezondheidszorg. De effecten van groepsgerichte interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gageldonk, A. van & P. Cuijpers (1998). *Effecten van verslavingspreventie; een overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gageldonk, A. van & H. Rigter (1998). *Preventie van psychische en gedragsproblemen: ene beknopt overzicht van de stand van de wetenschap*. Utrecht: Zorg Onderzoek Nederland (ZON)/Trimbos-instituut.
- Janssen, M. & C. Konijn (2000). *Zorgprogrammering in den vreemde*. Utrecht: NIZW/ Projectgroep Zorgprogrammering.
- Yperen, T.A. van, C. Konijn & I. ten Berge (1999). *Ontwerp van een instrument voor de registratie van gewenste en uitgevoerde zorg. Beknopt verslag van een pilotstudie ten behoeve van de jeugdzorg in de provincie Gelderland*. Utrecht: NIZW / Trimbos-instituut.

3. Effectieve interventies voor jeugdigen met ADHD

Carolien Konijn

3.1 Inleiding

De laatste jaren is in Nederland grote belangstelling voor de diagnosestelling en de behandeling van jeugdigen met Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Diverse krantenartikelen en televisiedocumentaires zijn aan het onderwerp gewijd. In de media vraagt men zich af of alle kinderen die als zodanig zijn gediagnostiseerd ook daadwerkelijk ADHD hebben en of de frequentie waarmee medicijnen voor deze kinderen worden voorgeschreven wel verantwoord is (Zembla, 2000; Van der Sman, 2001). Er zijn hierover zelfs vragen gesteld in de Tweede Kamer aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De bezorgdheid is vooral gelegen in het gevaar voor bijwerkingen, illegaal gebruik en misbruik van het middel, de economische en maatschappelijke gevolgen van de toename van voorgeschreven recepten en de relatieve effectiviteit en veiligheid van interventies zonder medicatie (vgl. Klassen, Miller, Raina, Lee en Olsen, 1999; Te Hennepe, De Lange en Pieters, 2001).

Kinderen met ADHD vertonen druk, impulsief gedrag en kunnen hun aandacht slecht bij hun bezigheden houden. Daarom heet de stoornis in de volksmond ook wel: Alle Dagen Heel Druk. Kinderen met ADHD hebben over het algemeen slechte schoolresultaten, veel conflicten, slechte relaties met leeftijdgenoten, familie en leraren, en een lage zelfwaardering (Klassen e.a., 1999). ADHD is een ernstige en duurzame stoornis van de psychische ontwikkeling, die zich manifesteert vanaf de vroege jeugd (bijna altijd vóór het vijfde jaar) en kan blijven bestaan tot in de adolescentie en de volwassenheid (Boer, Buitelaar, Van Daalen, Gunning, Minderaa en Westerman, 1999). Bij sommigen leidt de stoornis op den duur tot delinquent, antisociaal of crimineel gedrag (Klein en Manuzza, 1991). De schattingen van het percentage kinderen met ADHD dat ook als volwassene deze stoornis nog heeft, lopen uiteen van 10% tot 60%, met een gemiddelde van 30% (Gezondheidsraad, 2000).

ADHD is geen nieuw probleem. Drukke en hyperactieve kinderen zijn er altijd al geweest, is de stellige overtuiging (Renssen, 2001), maar ze worden telkens anders aangeduid. Zo hadden we in de zestiger- en zeventiger jaren veel MBD-kinderen, kinderen met een *minimal brain dysfunction* (klein hersenletsel); tegenwoordig komen we deze term niet meer tegen. Ondanks het verlaten van de term, wordt hersenbeschadiging overigens nog steeds als één van de oorzaken van ADHD beschouwd.

Het is sinds jaren bekend dat 'psyche stimulerende' medicatie - zoals methylfenidaat dat met de merknaam Ritalin op de markt is gebracht - een gunstige invloed heeft op het beloop van ADHD. Bezorgdheid hierover is in de media vaak ter sprake gekomen omdat het zou leiden tot veel ten onrechte gestelde diagnoses. Met een psychostimulantium functioneert namelijk iedereen beter; men kan zich beter concentreren en gaat cognitief beter presteren. In de VS nam het aantal diagnoses in het laatste decennium schrikbarend toe en 30% tot 50% van de verwijzingen naar GGZ-voorzieningen in Amerika betreft tegenwoordig kinderen met mogelijk ADHD (Greenhill, 1998).

In de VS is ADHD inmiddels een groot gezondheidsprobleem geworden. In Nederland kijkt men dan ook met argusogen naar deze ontwikkeling, die tegelijkertijd de ernst van het probleem alsook het belang van een heldere aanpak onderstreept. Bij de Nederlandse Riagg's melden zich ook veel ouders met hun kinderen in verband met ADHD-symptomen: 45% van de aangemelde jeugdigen heeft aandachtsproblemen en 47% problemen in de agressieregulatie (Vermande, Faber en Hutschemaekers, 1997). In de dagbehandelings- en klinische voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie neemt de laatste jaren het aantal kinderen met ADHD ook enigszins toe: in 1994 had nog 6% van de opgenomen jeugdigen ADHD en 7% van de kinderen in dagbehandeling, in 1996 was dat 8% respectievelijk 16% geworden. Op psychoses en autisme na, is het de meest voorkomende diagnosegroep in de dagbehandelingscentra (GGZ Nederland, 1997).

De prevalentiecijfers van ADHD in de algemene bevolking variëren van 3% tot 5% van de kinderen in de schoolleeftijd (Cantwell, 1996). De Gezondheidsraad (2000) gaat voor Nederland uit van 2% van de kinderen tot 14 jaar. In Nederland komt dat neer op 40.000 kinderen in die leeftijdsgroep en per jaar zo'n 4000 nieuwe diagnoses. ADHD komt vier maal vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

In het laatste kwartaal van 1999 kregen ongeveer 19.000 kinderen in de leeftijd van 6 tot en met 15 jaar Ritalin voorgeschreven; dit betreft ongeveer 1% van de leeftijdscategorie. Het piekgebruik ligt rond het tiende levensjaar. Van 1998 op 1999 is het gebruik van Ritalin onder kinderen met ongeveer 60% gestegen (Borst-Eilers, 2001). Volgens Verhulst en Van der Ende (1997) zoeken over het algemeen een kwart tot een derde van de jeugdigen met een probleem hulp bij een instelling. In het geval van ADHD zou dat de helft zijn: dit betekent dat of de prevalentiecijfers onjuist zijn of dat kinderen met ADHD relatief vaak hulp zoeken. De eerste optie is niet aannemelijk, de laatste is mogelijk. Vanwege de in de media breed uitgemeten werkzaamheid van Ritalin zouden ouders van kinderen met dit probleem relatief vaak hulp kunnen zoeken. Ook is het mogelijk dat het medicijn in een aantal gevallen ten onrechte wordt uitgeschreven aan kinderen die eigenlijk geen ADHD hebben. Gedegen onderzoek naar de betrouwbaarheid van de diagnosestelling is echter nog niet gedaan. Conclusie is wel dat het aantal kinderen met ADHD ook in Nederland aanzienlijk is en de maatschappelijke discussie over de diagnosestelling en de effectiviteit van de behandeling hevig woedt.

In dit hoofdstuk gaan we in de onderzoeksliteratuur na welke bewijzen er bestaan voor de werkzaamheid van de psychestimulerende medicijnen en van andere (psychologische) vormen van behandeling. Voor de zoekstrategie naar meta-analyses en reviews over de behandeling van ADHD, verwijzen we naar hoofdstuk 2 in dit rapport⁵. Behalve op de aldus gevonden literatuur gaan we in op het advies dat de Gezondheidsraad in het najaar van 2000 heeft uitgebracht over de diagnostiek en behandeling van ADHD.

3.2 Nadere omschrijving van ADHD

In de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wordt Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit als volgt beschreven. Er zijn drie typen: het concentratiezwakke type, het hyperactieve / impulsieve type en het gecombineerde type. Bij het eerste type heeft het kind minstens zes van de negen

⁵ De analyse van de publicaties over de behandeling van kinderen met ADHD is verricht in opdracht van GGZ Nederland ter voorbereiding van het brancherapport voor de GGZ in 2001.

kenmerken die getuigen van een aandachtstekortstoornis. Bij het tweede type heeft het minstens zes van de negen hyperactieve en impulsieve kenmerken.

Een aandachtstekortstoornis blijkt uit de volgende kindkenmerken:

- heeft te weinig aandacht voor details of maakt slordigheidfoutjes in schoolwerk;
- heeft moeite aandacht te houden bij werktaken of spel;
- luistert vaak niet wanneer men hem aanspreekt;
- volgt instructies niet op om werktaken af te maken;
- heeft moeite taken en activiteiten te organiseren;
- heeft vaak geen zin in het uitvoeren van taken die enige mentale inspanning vereisen;
- verliest vaak dingen die nodig zijn om taken uit te voeren;
- is vaak snel afgeleid;
- is vergeetachtig bij dagelijkse activiteiten.

Hyperactiviteit blijkt uit:

- fladdert vaak met handen of voeten of gilt in stoel;
- loopt vaak weg van plaats in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt te blijven zitten;
- is rusteloos: loopt vaak rond en klimt extreem in situaties waarin dat niet hoort;
- kan moeilijk rustig spelen;
- is vaak gedreven bezig (*driven by a motor*)
- praat vaak excessief.

Impulsiviteit blijkt uit:

- geeft antwoord voordat de vraag is gesteld;
- heeft moeite de beurt af te wachten;
- interrumpeert vaak en mengt zich in andermans gesprekken of spelletjes.

In vergelijking met de derde herziene versie van de DSM is de omschrijving in de vierde versie (DSM-IV) nauwer omschreven. Er zijn subtypen gemaakt en het pervasieve karakter (niet situationeel gebonden) is geëxpliciteerd. De klachten dienen zich in twee van drie leefsituaties van kinderen voor te doen (thuis, school, spel met leeftijdgenoten).

3.3 Meta-analyses en reviews

Van de 24 oorspronkelijk geselecteerde titels in de periode 1995-2002 – zie hoofdstuk 2 in dit rapport - bleken acht meta-analyses en reviews te voldoen aan de volgende criteria⁶:

- betreft studies met een controle- of vergelijkingsgroep, random clinical trial of dubbelblinde toewijzing aan de experimentele en controlegroep⁷,
- er is op een gestructureerde manier gezocht in gerenommeerde internationale databestanden (onder meer PsycINFO, Medline) met welomschreven zoektermen en de periode waarin de literatuur gepubliceerd is;
- er is helder omschreven welke in- en exclusiecriteria voor de primaire studies zijn toegepast en de selectie is door twee personen onafhankelijk van elkaar gedaan;
- van de oorspronkelijke studies zijn de onderzochte interventies, gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies helder beschreven;
- de conclusies komen logisch voort uit de gepresenteerde data en lijken gerechtvaardigd en valide.

⁶ Deze criteria zijn afgeleid van de richtlijn voor het beoordelen van de kwaliteit van systematische reviews, opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Dutch Cochrane Centre, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Institute for Medical Technology Assessment (iMTA), College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VVIK).

⁷ Bij sommige studies werden ook ongecontroleerde studies geselecteerd (zie tabel 3.1); de conclusies zijn echter alleen gebaseerd op de resultaten van gecontroleerde studies.

Aan deze acht studies hebben we nog twee reviews uit 1993 toegevoegd waarnaar veelvuldig werd verwezen in meer recente artikelen. Het totaal aan geselecteerde meta-analyses en reviews reikt conclusies aan voor het totaal aan interventies voor kinderen met ADHD. Relevante gegevens van de tien publicaties - drie meta-analyses en zeven reviews - staan weergegeven in tabel 3.1 (zie einde van dit hoofdstuk). Gemiddeld heeft elke meta-analyse of review de gegevens samengevat of herberekend tot een gemiddeld effect van zo'n twintig studies - vanaf de zeventiger jaren gepubliceerd - waar bij elk zo'n 616 jeugdigen, merendeels jongens, zijn betrokken. De leeftijd van de kinderen loopt van 4 à 5 jaar tot 16 à 18 jaar. Aan de behandeling van hele jonge kinderen, jonger dan zes jaar, zijn nog geen meta-analyses gewijd. De Gezondheidsraad (2000) geeft op basis van een paar primaire studies aan dat bij medicatie voor jonge kinderen terughoudendheid gepast is omdat wel bekend is dat zij - meer dan oudere kinderen - gevoelig zijn voor de bijwerkingen. Naar de meest geschikte behandeling voor deze leeftijdsgroep dient echter nader onderzoek plaats te vinden. Uitzondering op deze kenmerken van de publicaties is de review van reviews van Swanson, Pfiffner, Wigal en McBurnett (1993) die de conclusies van 341 reviews vanaf 1937 samenvatten: traditionele beschrijvende overzichtsartikelen, meta-analyses en reviews voor het algemene publiek. Gezien het belang van deze studie, is deze door ons tevens meegenomen.

3.4 Behandeling

Nolan en Carr (2000) vatten het geheel aan behandelingen van kinderen met ADHD historisch gezien samen. Kinderen met ADHD of MBD werden vroeger behandeld met individueel georiënteerde speltherapie gebaseerd op psychodynamische of cliënt gecentreerde theorieën. Naar het effect hiervan is weinig empirisch (en in het geheel geen gecontroleerd) onderzoek gedaan en al helemaal niet gecontroleerd. Vervolgens ontwikkelde men begin jaren zeventig een zelfinstructie (training) op cognitieve gedragstherapeutische basis met het doel controle te krijgen over de impulsen. Ook werd er een straf- en beloningssysteem opgesteld waarin het gedrag van kinderen met ADHD werd beïnvloed. Het principe hierbij is dat het kind de consequenties van het gedrag direct dient te ervaren: gewenst gedrag dient direct geprezen te worden of beloond, en ongewenst gedrag genegeerd of onmiddellijk bestraft. Daarnaast kwamen er gedragstrainingen voor ouders en leerkrachten om de omgeving van het kind te beïnvloeden. De ouders krijgen psycho-educatie, leren van modelgedrag, krijgen video-feedback in de training. Vanwege een vermeend verband tussen ADHD en voedselallergieën zijn ook zogenoemde oligo-antigene dieetmaatregelen uitgetprobeerd. Tot slot kregen de kinderen farmacologische behandeling: voornamelijk psychostimulantia (methylfenidaat). De laatste jaren is de aandacht gevestigd op een gecombineerde farmacologische en gedragstherapeutische behandeling.

De tien overzichtsartikelen geven de resultaten weer van onderzoek naar de werkzaamheid van:

- medicatie (psychostimulantia, antidepressiva, stemmingsstabilisator);
- psychologische interventies bij de jeugdigen en de ouders (zelfinstructie aan de kinderen en andere cognitieve gedragsstrategieën, oudertraining, mediatietherapie aan de ouders, biofeedback / ontspanning) en
- interventies op school (sociale vaardigheidstraining, straf- en beloningssysteem).

Meta-analyses en reviews over de werkzaamheid van diëten hebben wij in de periode vanaf 1995 tot nu niet gevonden. De Gezondheidsraad (2000) heeft echter op grond van een aantal primaire studies geconcludeerd dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de

werkzaamheid van diëten op de kernsymptomen van ADHD: hyperactief gedrag, aandacht tekort, tegenvallende leerprestaties, gebrekkige sociale interactie.

Van de tien geselecteerde overzichtsartikelen richten zich zeven op de werkzaamheid van diverse medicaties (farmacotherapie), vier op diverse psychologische interventies en drie studies vergelijken de werkzaamheid van medicijnen en psychologische interventies met elkaar (Hinshaw, Klein en Abikoff, 1998; Klassen e.a., 1999; Nolan en Carr, 2000).

Farmacotherapie

In zeven meta-analyses en reviews (Connor, Fletcher en Swanson, 1999; Greenhill, 1998; Klassen e.a., 1999; Nolan en Carr, 2000; Schacher en Tannock, 1993; Silva, Munoz en Alpert, 1996; Swanson e.a., 1993) zijn de gegevens bijeengebracht van studies naar de werkzaamheid van:

- psychostimulantia: methylfenidaat (merknaam Ritalin), pemoline en dextroamfetamine;
- antidepressiva: carbamazepine, clonidine, desipramine, imipramine, bupropion, venlafaxine;
- stemmingsstabilisator: selectieve serotonine heropname remmers (zogenoeten SSRI's).

In de laat zeventiger jaren zijn er drie invloedrijke reviews naar het effect van methylfenidaat gedaan onder andere door Barkley in 1977 (Swanson e.a., 1993). Hierin werd geconcludeerd dat stimulantia op de korte termijn bij 75% van de kinderen een positief effect heeft; op de lange termijn is er echter geen effect op leerprestaties en sociaal gedrag te voorspellen. Begin jaren tachtig zijn er ook drie invloedrijke meta-analyses gedaan op de korte termijneffecten van stimulantia bij ADHD. Op basis van deze drie meta-analyses is het gemiddelde effect van medicatie op gedrag en aandacht .83 (groot effect) en op IQ en leerprestaties .35 (klein effect) (Swanson e.a., 1993).

In meer recente reviews is de algemene conclusie dat psychostimulantia zoals methylfenidaat bij zo'n 70% á 95% van de kinderen met ADHD goed werkt, tegenover maar 10% bij placebo (Greenhill, 1998; Klassen, 1999; Schacher en Tannock, 1993; Swanson e.a., 1993). Andere psychostimulantia zoals pemoline en dextroamfetamine laten vergelijkbare resultaten zien (Greenhill, 1998). Deze medicijnen kunnen worden voorgeschreven als methylfenidaat bij een jeugdige niet aanslaat of als er ernstige bijwerkingen optreden. Als alternatief voor stimulantia is er enig bewijs van de werkzaamheid van tricyclische antidepressiva zoals desipramine en imipramine (Swanson e.a., 1993; Greenhill, 1998). Ook bij behandeling met deze medicijnen boekte zo'n 70% van de kinderen vooruitgang. Voordeel is dat antidepressiva langer werken en dat ze niet onder de Opiumwet vallen zoals methylfenidaat en dextramfetamine. Dit maakt namelijk het voorschrijven van psychostimulantia bij adolescenten tot een riskant zaak; vanwege het euforiserende effect en de mogelijkheid van verslaving is de kans op misbruik van het middel aanwezig (Gezondheidsraad, 2000). Over de werkzaamheid van clonidine, ook een moderne antidepressiva, zijn de onderzoekers het niet eens en voor dat van carbamazepine bestaat maar weinig bewijs (Silva e.a., 1996; Greenhill, 1998; Connor e.a., 1999). Daarnaast is onderzocht of stemmingsstabilatoren zoals selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's), die veel worden toegepast bij mensen met depressie, werken bij kinderen met ADHD. Hiervoor is echter geen bewijs gevonden (Greenhill, 1998).

Psychostimulantia, en met name methylfenidaat, werken dus het beste bij kinderen met ADHD. Maar er zijn nog wel een aantal problemen bij behandeling met (alleen) methylfenidaat. Ten eerste zijn de effecten vooral op de korte termijn onderzocht. Het effect van langdurig gebruik van methylfenidaat is eigenlijk niet bekend. De Gezondheidsraad haalt wel onderzoek aan over schadelijke bijwerkingen op de langere termijn van andere

psychostimulantia (amfetamines): schade aan zenuwstelsel en hart- en bloedvaten, dwanghandelingen, motorische stoornissen en psychotische beelden. Onderzoek naar lange termijn effecten van het gebruik van methylfenidaat is dus geboden. Ten tweede – zo zagen we in de onderzoeken - beperken de positieve effecten zich tot gedrag en aandacht, en hebben ze niet of nauwelijks betrekking op de leerprestaties. Medicatie alleen lost dus niet alle problemen op; ze zou aangevuld dienen te worden met in ieder geval interventies op school. Ten derde slaat bij ongeveer 30% van de kinderen die methylfenidaat krijgen, de medicatie niet aan of zij hebben last van bijwerkingen zoals vermindering van eetlust, inslaapproblemen, maagpijn, hoofdpijn, angstigheid, nervositeit, slechte stemming, verminderde spontaniteit (DuPaul en Eckert, 1997). Deze kinderen dienen een alternatieve behandeling te krijgen. Ten vierde is het positieve effect van methylfenidaat gevonden bij kinderen met alleen ADHD. In de praktijk hebben jeugdigen vaak meerdere problemen; in het geval van ADHD is de co-morbiditeit met een ernstige gedragsstoornis (conduct disorder) en oppositionele stoornis groot. Of psychostimulantia ook voor hen de meest aangewezen behandeling is, weten we nog niet. Systematisch onderzoek hiernaar is nog niet gedaan. Ten vijfde wordt in de meeste gevallen de medicatie binnen twee jaar gestopt en is er geen resteffect nadat de farmacologische effecten zijn weggeëbd (Swanson, 1993). Met andere woorden, als men stopt met de medicijnen komen de symptomen direct weer terug; methylfenidaat is een oplossing op korte termijn voor de kernsymptomen, maar niet voor de lange termijn voor de stoornis. Daarom komt men de laatste jaren in de literatuur steeds vaker de conclusie tegen dat voor kinderen met ADHD farmacotherapie dient te worden aangevuld met psychologische behandeling van de jeugdige op school maar ook thuis. We gaan daarom na of, en zo ja welke, psychologische interventies helpen.

Psychologische interventies

In vier meta-analyses en reviews (DuPaul en Eckert, 1997; Hinshaw e.a., 1998; Nolan en Carr, 2000; Saile, 1996) komt de werkzaamheid van psychologische interventies aan bod. Er zijn interventies op school en thuis (met ouders):

- mediatietherapie via de leerkracht: straf- en beloningssysteem (*contingency management*) waarvan het direct reageren op ongewenst gedrag en nadrukkelijk positief reageren op goed gedrag de kern vormt;
- sociale vaardigheidstraining;
- speciale leerinstructies;
- cognitieve gedragsstrategieën (onder meer zelfinstructie);
- mediatietherapie via ouders (gedragstherapie);
- oudertraining.

DuPaul en Eckert (1997) onderzochten welke uitwerking de interventies op school hebben op de mate van probleemgedrag, de sociale interacties en de leerprestaties. De resultaten geven aan dat schoolgerichte interventies voor kinderen met ADHD leiden tot significante verbeteringen van het gedrag. Een straf- en beloningssysteem en specifieke leerinstructies hebben significant meer effect dan cognitieve gedragsprocedures. De effectgrootte is gemiddeld tot hoog, maar minder groot dan bij medicatie (DuPaul en Eckert, 1997; Hinshaw e.a., 1998). Nolan en Carr (2000) vonden echter dat één van de cognitieve gedragsprocedures - zelfinstructie bij de jeugdigen - een positief effect heeft voor 79% tot 90% van de kinderen volgens de ouders en leerkrachten. Saile (1996) vond daarentegen weer geen positief effect. De onderzoeksresultaten spreken elkaar op dit punt tegen. Andere cognitieve strategieën dan zelfinstructie blijken in ieder geval niet effectief, daarover is men het eens. Een sociale vaardigheidstraining helpt bij 85% van de kinderen met ADHD (Nolan en Carr, 2000). De interventies op school hebben een duidelijk effect op de mate van het probleemgedrag maar

veel minder op de leerprestaties. Het effect op het gedrag was twee tot drie keer zo groot als op de leerprestaties.

Gedragstherapie bij ouders of een oudertraining – als mediatietherapie⁸ - helpt volgens ouders en leerkrachten bij 73% tot 88% van de onderzochte kinderen met ADHD; het werkt beter bij kinderen tot 12 jaar dan bij adolescenten (Nolan en Carr, 2000).

Een combinatie van de bovengenoemde interventies werkt volgens de ouders en de leerkrachten positief op het probleemgedrag van bijna alle kinderen met ADHD (98%): mediatietherapie bij de ouders, zelfinstructie en een straf- en beloningssysteem op school. Overigens heeft biofeedback en ontspanningsoefeningen volgens Saile (1996) ook nog een meer dan gemiddeld positief effect voor het kind. Klinische vooruitgang na een combinatie van psychologische interventies in gedrag is echter merkbaar bij maar 36% tot 51% van de kinderen (Nolan en Carr, 2000). Psychologische interventies helpen minder goed dan medicatie, waar 70% tot 95% van de kinderen bij gebaat blijkt, zeker op de korte termijn (Hinshaw e.a., 1998).

Combinatie van farmacotherapie en psychologische interventies

Klassen e.a. (1999) komen tot de conclusie dat medicatie alleen het meest effectief is bij kinderen met ADHD, meer dan de combinatie van medicatie en gedragsinterventies. Gedragstherapie alleen is volgens hen niet effectief. Eigenlijk, concluderen Klassen e.a. (1999), kun je alleen met stelligheid zeggen dat medicatie alleen effectief is. Voor de andere conclusies bestaat te weinig grond omdat het aantal en de kwaliteit van de studies over de andere interventies gering is.

Nolan, Carr (2000) en Hinshaw e.a. (1998) zijn het niet eens met deze conclusie. Nolan en Carr analyseerden negen studies naar gecombineerde behandelingen: vijf studies naar de werkzaamheid van zelfinstructie gecombineerd met een psychostimulantium en vier studies naar medicatie (psychostimulantium) gecombineerd met oudergedragstherapie en/of een schoolinterventie. In het algemeen zijn de onderzochte psychologische interventies alle werkzaam, het effect wordt echter versterkt door de combinatie met een stimulantium (Nolan en Carr, 2000; Hinshaw e.a., 1998). Bovendien concluderen de onderzoekers dat een psychologische behandeling met een lage dosis psychostimulantium even effectief is als medicatie alleen met een hoge dosis stimulantium. Waarschijnlijk is een combinatietherapie van een lage dosis stimulantium, een psychologische interventie bij het kind, de ouders en de leerkracht op school het meest effect ook op de langere termijn (9 maanden) (Nolan en Carr, 2000; Hinshaw, 1998). Aanwijzingen voor dit laatste zijn echter maar in één studie gevonden en vraagt om replicatie.

⁸ Mediatietherapie is therapie aan de ouders met het doel een positief effect op de stoornis of het probleem van hun kind.

De Amerikaanse MTA-studie: multi treatment of ADHD

Klassen e.a. (1999) aan de ene kant en Swanson e.a. (1993), Nolan, Carr (2000) en Hinshaw e.a. (1998) aan de andere kant zijn het dus niet met elkaar eens. Klassen e.a. stellen dat medicatie alleen het meest effectief is bij ADHD en de anderen stellen dat medicatie weliswaar effectief is maar dat - mede vanwege de effecten voor de langere termijn - aanvullende psychologische interventies nodig zijn. Er is echter onvoldoende empirisch bewijs voor deze laatste conclusie. Midden jaren negentig is er daarom in Amerika een vijfjarig grootschalig onderzoek van start gegaan dat dit bewijs moet gaan leveren (Pelham, 1999; MTA-cooperative Group, 1999). Het National Institute of Mental Health (NIMH) heeft het *Multimodal Treatment* onderzoek naar ADHD (MTA-studie), uitgevoerd bij zes universiteitsklinieken. Vier condities zijn onderzocht: (1) medicatie alleen, (2) gedragstherapie alleen, (3) een combinatie van gedragstherapie en medicatie, (4) reguliere hulp (*care as usual* inclusief medicatie). Er is dus geen controlegroep zonder behandeling. Het gaat er in feite om of de onderzochte condities meer effect opleveren dan de hulp die gewoonlijk wordt gegeven. De steekproef betreft 579 kinderen van 7 tot 10 jaar; bij elke instelling zijn 96 kinderen geselecteerd. De behandelingen hebben 14 maanden geduurd, langer dan de tot nu toe onderzochte. De onderzoeksmetingen hebben plaatsgevonden bij aanvang van de interventie, na 9 maanden, 14 maanden en 24 maanden.

De gedragstherapie bestaat uit (groeps)trainingen voor ouders, therapie bij het kind en inschakeling van de leerkracht op school. Daarnaast zijn de kinderen op zomerkamp geweest, met een regime gebaseerd op straf en beloning. De medicatie betrof methylfenidaat met een maandelijkse controle. De combinatietherapie is door een team gegeven; de resultaten van de gedragstherapie en de medicatie zijn gezamenlijk geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Er zijn zes uitkomstmaten onderzocht: (1) ADHD-symptomen, (2) mate van antagonistisch en agressief gedrag, (3) sociale vaardigheden, (4) mate van angst of depressie, (5) verstandhouding tussen ouders en kinderen, (6) leerprestaties. Ouders hielden maandelijks de bijwerkingen van de medicatie bij.

De kinderen van alle vier behandelcondities zijn vooruitgegaan, alleen de mate waarin verschilt. Op de kernsymptomen van ADHD (aandachtstekort en hyperactiviteit) geeft medicatie relatief gezien de meeste vooruitgang, zowel de medicatie alleen als de gecombineerde behandeling. De geringste verbetering is gemeten in de reguliere ambulante behandeling. Buitelaar (2000) stelt: "Omdat de combinatietherapie op twaalf van de negentien uitkomstmaten als beste uit de bus kwam en de dosering methylfenidaat lager was dan bij medicatie alleen, was deze behandeling in feite superieur." Ook stelt hij dat de behandelingen in het onderzoek beter zijn dan de reguliere maar in de praktijk te intensief om te realiseren. Er zullen de komende jaren nog veel publicaties verschijnen over de resultaten van dit onderzoek. Deelanalyses zullen veel duidelijk maken over wat goed is voor welke deelprobleemgroep. Zo bleek al dat kinderen uit sociaal zwakke kinderen beter af zijn met gedragstherapie of de combinatietherapie dan met medicatie alleen.

3.5 Conclusie

Bij jeugdigen met ADHD zijn twee typen van behandeling effectief gebleken. De eerste is het verstrekken van medicatie: het psychostimulantium methylfenidaat (in Nederland onder de merknaam Ritalin verkrijgbaar). Het onrustige en impulsieve gedrag van kinderen met ADHD verbetert ermee in 70% tot 95% van de gevallen. Als methylfenidaat niet aanslaat of ernstige bijwerkingen heeft, lijkt ook dextroamfetamine of soms een antidepressivum bruikbaar.

Methylfenidaat en dextroamfetamine vallen onder de Opiumwet. De effecten van medicatie op de langere termijn zijn nog onduidelijk. Methylfenidaat heeft positieve effecten bij kinderen vanaf zes jaar. Kinderen jonger dan 6 jaar blijken relatief gevoelig voor bijwerkingen. Bij adolescenten is met het oog op het euforiserende effect en de mogelijkheid van verslaving extra voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven van methylfenidaat.

De tweede werkzame vorm van behandeling van kinderen met ADHD is een combinatie van gedragstherapeutische interventies: mediatietherapie (behandeling van het kind via de ouders) en een straf- en beloningssysteem in de klas (via instructie van de leerkracht). Beide psychologische interventies zijn gebaseerd op dezelfde principes. Het kind dient de consequenties van het gedrag direct te ervaren: gewenst gedrag dient direct geprezen of beloond te worden, en ongewenst gedrag genegeerd of onmiddellijk bestraft. Daarnaast kunnen zelfinstructie van kinderen en sociale vaardigheidstrainingen effectieve vormen van hulp zijn. Deze kunnen de aandacht versterken en de impulsiviteit verminderen.

Medicatie is effectiever dan psychologische interventies, maar een combinatie van deze interventies verdient wellicht de voorkeur. Door de combinatie met psychologische interventies kan de dosis medicatie lager zijn en bovendien zouden de effecten langer kunnen aanhouden. Dit is echter nog niet onomstotelijk bewezen; het wordt momenteel onderzocht in de Amerikaanse MTA-studie van het National Institute of Mental Health in de VS.

De genoemde medicamenteuze en psychologische interventies zijn effectief voor verbetering van het gedrag; positieve effecten op de ook vaak problematische leerprestaties van jeugdigen met ADHD zijn nog niet gebleken.

Van een bepaald type (psycho)therapie is gebleken dat deze duidelijk niet effectief is voor jeugdigen met ADHD. Cognitieve therapieën - behalve zelfinstructie - zijn voor de behandeling van jeugdigen met ADHD niet effectief gebleken.

Tot slot, ADHD komt vaak bij jeugdigen voor samen met een oppositionele stoornis en een ernstige gedragsstoornis (conduct disorder). Kinderen met een co-morbide conduct disorder hebben een slechtere prognose dan kinderen met alleen ADHD. In de onderzoeken is echter onvoldoende onderzocht wat voor de verschillende deelgroepen van kinderen met ADHD werkzaam is. In de recente MTA-studie wordt ook dit aspect onderzocht.

Tabel 3.1: Overzicht gegevens meta-analyses en reviews over de effectiviteit van de behandeling van kinderen met ADHD

<i>Auteurs</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht</i>	<i>Co-morbiditeit</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Duur behandeling / follow-up</i>	<i>Effectmaat / meetinstrument</i>	<i>Conclusie</i>
Connor e.a., 1999	11 studies waarvan 8 gecontroleerd	150	8 - 16 jaar >50% jongens	8 van de 11 (CD, autisme, tics)	Clonidine (CLON) (antidepressivum)	3 - 51 weken	vragenlijsten voor ouders, leerkrachten en oordeel clinicus	CLON heeft middelgroot effect (d=0.58) volgens leerkrachten, clinici en ouders.
DuPaul en Eckert, 1997	63 studies waarvan 15 met controlegroep	637	5-15 jaar; 65% studies alleen jongens; 31% gemengd.	bij 27% van de studies	Mediatietherapie via leerkracht; Interventies op school (sociale vaardigheidstraining, speciale leerinstructie, cognitieve gedrags-interventie.)	1-12 weken bij 22% studies; bij 78% geen follow-up	leerprestatie, gedrag, sociale interactie	schoolinterventies: significant effect op gedrag (minder op leerprestaties); straf / beloning + specifieke leerinstructie meer effect dan cognitieve strategieën.
Greenhill, 1998	20 studies naar psychostimulantia: 18 crossover + 2 gecontroleerd met wachtlijstgroep + 18 studies naar andere medicatie waarvan alleen de conclusies worden weergegeven	743	range 6-17 jr. en 1 studie 18-60 jaar	In 2 studies (angststoornis en tics)	<u>Psychostimulantia:</u> (20 studies) Methylfenidaat (MPH), Pemoline (PEM); Dextroamfe-tamine (DEX) <u>Antidepressiva:</u> (11 studies) Clonidine (CLON), Desipramine (TCA), bupropion (BUP), venlafaxine (VEN). <u>Stemmingsstabilisator</u> (7 studies): SSRI's	2-12 weken	gedrag en aandacht, hyperactiviteit en agressie, Connors Rating scale (4 studies)	MPH: bij 70% tot 95% gedrag beter: bij 53% tot 61% aandacht beter. DEX en PEM: vergelijkbaar met MPH. CLON: 61% tot 70% boekt vooruitgang; onderzoekers niet eens over werkzaamheid. TCA's duren langer en behoren niet tot de verboden drugs. Effect vergelijkbaar met MPH. BUP: 70% boekt vooruitgang. VEN: bij 40% tot 60% van de kinderen nemen ADHD-symptomen af; maar er is geen vergelijking met MPH gemaakt. SSRI's: geen bewijs van werkzaamheid bij ADHD
Hinshaw e.a., 1998	11 studies, vergeleken met alternatieve behandeling	485	4-14 jaar	Niet vermeld	Mediatietherapie via ouders Mediatietherapie via leerkracht (straf- en beloningssysteem)	2 - 5 maanden	gedrag, schoolklas observaties, verbetering van symptomen, leerprestaties, aandacht en zelfvertrouwen	- gedragstherapie via ouders + consultatie leerkracht positief effect, maar minder groot dan medicatie. Effect van hoge dosis medicatie is gelijk aan gedragstherapie ouders en lage dosis medicatie. Straf- en beloningssysteem op school heeft positief maar minder groot effect dan medicatie.
<i>Auteurs</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht</i>	<i>Co-morbiditeit</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Duur behandeling / follow-up</i>	<i>Effectmaat / meetinstrument</i>	<i>Conclusie</i>

Klassen e.a., 1999	26 studies: 21 vergeleken met placebo, 3 met wachtljst en 2 met gedragsinter- ventie.	999	0-18 jaar; 69%-100% jongens	In 15 studies niet; in 11 wel (Oppositionele stoornis en ge- dragsstoornis)	Methylfenidaat (MPH) Gedragsinterventie	7 - 28 dagen; één studie: 120 dagen. Studies gedrags- interventie: 5 à 6 mnd.; één studie 2jr.	Gedragsvra- genlijst voor ouders (ACPRS*) en voor leerkracht (ACTRS*)	Medicatie alleen is effectief vergeleken met controlegroep; andere onderzoeken (vgl. MPH en gedragsinterventie) te gering in aantal en kwaliteit om conclusie te trekken.
Nolan en Carr, 2000	20 studies vergeleken met wachtljstgroep of alternatieve behandeling	825	3-18 jaar; 88% jongens	Internalise-rende gedrags- problemen; ODD, CD	(zelfinstructie) (3 studies); sociale vaardigheidstraining (SOVA; 1 studie); mediatie-therapie via ouders (3 studies); combinatie psychologische int. (ouders, kind en school) (4 studies); combi. Stimulantium en psychologische interventie (9 studies)	4-16 weken; bij 4 studies na 2 maanden follow up.	gedrag volgens leerkracht, ouders en zelfrapportage; zelfvertrouwen en leerprestatie; zelfcontrole, agressie	- zelfinstructie positief effect voor 79- 90%. Effect lange termijn onbekend. - meer abstracte zelfinstructie is effectiever dan concrete. - andere cognitieve therapieën niet effectief; - SOVA. Bij 84-86% pos. effect. Effect lange termijn onbekend. - mediatietherapie helpt bij 73 - 88% kinderen tot 18 jr; beter voor kinderen tot 12 jr dan 12-18 jr. Langetermijn effect onbekend. - combinatie psychologische interventie: effect bij 36 tot 51%; bij 73 tot 76% beter gedrag dan bij één interventie; Mediatetherapie ouders+zelfinstructie+ straf- en beloning op school: bij 98% beter dan geen interventie. Geen effect op leerresultaten. - zelfinstructie + medicatie beter dan zelfinstructie alleen of placebo, maar niet meer bij follow-up; - mediatietherapie+stimulantium is beter dan mediatherapie alleen maar niet bij medicatie alleen. - combinatie van 3 interventies had na 9 maanden wel beter resultaat dan medicatie alleen. - geen conditie positief effect op leerprestaties.

<i>Auteurs</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht</i>	<i>Co-morbiditeit</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Duur behandeling / follow-up</i>	<i>Effectmaat / meetinstrument</i>	<i>Conclusie</i>
Saile, 1996	27 studies; alle met vergelijkingsgroep	1507	gem leeftijd 8,9 jaar; range 4-13 jaar; driekwart tot alleen maar jongens	Geen	Diverse psychologische interventies	4-16 weken	ACPRS*; zelf-rapportage; IQ en leerprestaties, gedrags-observaties	gemiddeld effect van onderzochte interventies is .45; gedragstherapeutische technieken, biofeedback en ontspanning en oudertraining hadden relatief hoge effecten.
Schacher en Tannock, 1993	18 studies: 11 RCT's en 7 quasi-experimenteel	531	7-12 jaar; geslacht niet vermeld	4 van de 18 (leesproblemen, gedragsstoornis)	Methylfenidaat (MPH) (17 studies); Dextroamfetamine (DEX) (1 studie); Oudertraining (1 studie), Imipramine (IMI) (1 studie)	3-7 maanden	gedrag, cognities, leerprestaties, sociale relaties, zelfvertrouwen	MPH: positief effect. RCT's geven groter effect dan andere studies (methodologische opzet heeft dus effect op resultaten). DEX: positief effect op gedrag maar niet op leerprestaties. IMI: gelijk effect als MPH maar 2x zoveel afvallers bij IMI en 2x zoveel kinderen met bij-effecten.
Silva e.a., 1996	10 studies waarvan 3 vergeleken met placebo	284	0-18 jaar; geslacht niet vermeld	niet vermeld	carbamazepine (CBZ) (antidepressivum)	1 – 8 weken; 1 studie 8 jaar (open studie)	geen vragenlijsten; slechts één studie: PTQ en (A)CPRS*.	Conclusie op basis van drie gecontroleerde studies: CBZ: bij 70% nemen symptomen van ADHD af.
Swanson e.a. (1993)	341 studies in drie meta-analyses	niet vermeld	niet vermeld	niet vermeld	Methylfenidaat	niet vermeld	(1) gedrag en aandacht, (2) IQ en leerprestaties	Op gedrag is een groot effect van stimulantia (.83); op IQ en leerprestaties klein effect (.35). Effecten op langere termijn onbekend.

* ACTRS = ADD-H comprehensive teacher rating scale

ACPRS = Abbreviated Conners parent rating scale (or hyperactivity index)

3.6 Literatuur

Meta-analyses en Reviews:

- Connor, D., K. Fletcher & J. Swanson (1999). A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1551-1559.
- DuPaul G.J. & T.L. Eckert (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *School Psychological Review*; 26, 5-27.
- Greenhill, L. (1998). Childhood attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological treatments. In: P. Nathan en J. Gorman (eds.). *A guide to treatments that work* (p.42-64). New York: Oxford University Press.
- Hinshaw, S. R. Klein & H. Abikoff (1998). Childhood attention deficit hyperactivity disorder: nonpharmacological and combination approaches. In: P. Nathan en J. Gorman (eds.). *A guide to treatments that work* (p.26-41). New York: Oxford University Press.
- Klassen, A., A. Miller, P. Raina, S.K. Lee & L.Olsen (1999). Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different management strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1007-1016.
- Nolan, M. & A. Carr (2000). Attention deficit hyperactivity disorder. In: A. Carr (ed.). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families* (p. 65-101). London/New York: Routledge.
- Saile H. (1996). Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlung hyperaktiver Kinder. *Zeitschrift Klinische Psychologie*, 25, 190-207.
- Schacher R, & R. Tannock (1993). Childhood hyperactivity and psychostimulants: a review of extended treatment studies. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 3, 81-97.
- Silva, R., D. Munoz & M. Alpert (1996). Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (3), 352-358.
- Swanson, J.M., L.J. Pfiffner, T. Wigal, & K. McBurnett (1993). Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: a review of reviews. *Exceptional Children*, 60, 154-162.

Overige relevante literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual for mental disorders (4th. Edition)*. Washington DC: Author.
- Boer, F., J.K. Buitelaar, E. van Daalen, W.B. Gunning, R.B. Minderaa & G. Westerman (1999). *Richtlijn diagnostiek en behandeling ADHD (kinderen en adolescenten)*. Amsterdam: Boom / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Borst-Eilers (2001). Antwoord van de minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 31 maart 2000 op vragen van de leden Van Vliet en Lambrechts (beide D66) op 14 maart 2000 over het toenemend gebruik van Ritalin door kinderen naar aanleiding van een Zembla documentaire over dit onderwerp.
- Buitelaar, J.K. en J.J.S. Kooij (2000). Aandachtstekortstoornis- hyperactiviteitstoornis (ADHD). Achtergronden, diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144: 1716-1723.

- Buitelaar, J. (2000). Beproefd. Medicatie en gedragstherapie bij kinderen met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 565-571.
- Cantwell, D. (1996). Attention Deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (8), 978-987.
- Gezondheidsraad (2000). *Diagnostiek en behandeling van ADHD*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatie nr 2000/24).
- GGZ Nederland i.s.m. Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (1997). *Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGGz). Landelijke tabellen psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken 1996*. Utrecht: GGZ Nederland/SIG. (Idem 1994).
- Gunning, W.B. (red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij kinderen en jeugdigen met ADHD*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hennepe, M. te, M. de Lange & T. Pieters (2001). *Medicamenteus ingrijpen in de psyche*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Klein, RG & S. Manuzza (1991). Long-term outcome of hyperactivity children: a review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 383-387.
- MTA-cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- National Institute for Clinical Excellence (2000). *Guidance on the use of methylphenidate (Ritalin, Equasym) for attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) in childhood*. Technology Appraisal Guidance no. 13. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Pelham, W.E. (1999). The NIMH multimodel treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: just say yes to drugs alone? *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 981-990.
- Overtoom, C. (1998). *Pharmacological effects on attention and inhibition in children with attention-deficit hyperactivity disorder*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Renssen, H. van (2001). Psychiater is weer de baas van ADHD. *Volkskrant* dd. 9 juni 2001.
- Sman, J. van der (2001). Grote druktemakers. *Elsevier* dd. 21-4-2001 p. 116-117.
- Taylor, E., J Sergeant, M Doepfner e.a. (1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 7:1-16.
- Verhulst, F. en J. van der Ende (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.
- Vermande, M., E. Faber en G. Hutschemaekers (1997). *Vraag- en aanbod in de Riagg-jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zembla (2000). Televisiedocumentaire over het toenemend gebruik van Ritalin door kinderen op 9 maart 2000.

4. Effectieve interventies bij jeugdigen met depressie

Carolien Konijn en Marieke Kroneman

4.1 Inleiding

Depressie is niet alleen voorbehouden aan volwassenen. Hoewel het vaak niet als zodanig wordt herkend, komt depressie ook voor bij kinderen en jongeren. De behandeling van een depressie bij een jeugdige is echter niet zo maar een afgeleide van de behandeling die wordt toegepast bij een volwassene. In dit hoofdstuk bespreken we de effecten van verschillende behandelingsmethoden bij kinderen en adolescenten aan de hand van zestien meta-analyses en systematische overzichtsartikelen. In hoofdstuk 2 selecteerden we 29 reviews en meta-analyses over de behandeling van jeugdigen met depressie. Zestien daarvan voldeden aan de criteria: (1) studie met een controle- of andere vergelijkingsgroep, (2) heldere omschrijving van de in- en exclusiecriteria voor de studies, (3) de onderzochte interventies, effectmaten en conclusies zijn helder beschreven, (4) de conclusie vloeit logisch voort uit de gepresenteerde gegevens.

Depressie is van de psychische problemen het vaakst voorkomende probleem bij volwassenen (Ruwaard en Kramers, 1993; Maas, Gijsen, Lobbe en Poos, 1997). Bij kinderen komen gedragsproblemen het meest frequent voor, gevolgd door angst- en stemmingstoornissen, waaronder depressie.

Behalve dat depressie vaak voorkomt, kan het ook heel ernstig zijn. Depressieve mensen doen vaker een zelfmoordpoging, zodat er bij depressie een reëel risico op overlijden is. Onder 15- tot 24-jarigen is het zelfs de belangrijkste doodsoorzaak; per 100.000 adolescenten vinden er 14 geslaagde zelfmoordpogingen plaats. Daarbij moet worden aangetekend dat het aantal geslaagde zelfmoordpogingen dat als zodanig wordt herkend en geregistreerd, slechts het topje van de ijsberg is (Wolters, Diekstra en Kienhorst, 1987).

Symptomen

Depressie bij kinderen en adolescenten gaat gepaard met verschillende verschijnselen afhankelijk van de ontwikkelingsfase van de jeugdige, de sekse en etniciteit. Ook vertonen depressieve jeugdigen gelijksoortige symptomen als bij volwassenen zoals sombere stemming, verlies van belangstelling voor en plezier in activiteiten. Meisjes laten symptomen zien die lijken op de symptomen van volwassenen. Depressieve jongens rapporteren gevoelens van minachting en walging van zichzelf. Ook vertonen ze *acting-out* gedrag (Mohr, 1998).

Depressieve kinderen laten meestal meer angstsymptomen (waaronder fobieën en hechtingsangst) zien dan volwassenen, somatische klachten en gehoorhallucinaties. Ook reageren jeugdigen nogal eens met veel temperament, irritatie en gedragsproblemen in plaats van hun gevoelens verbaal te uiten of verdrietig te zijn (o.a. Walter, 1996). Bij adolescenten kan een toename van het gewicht een verschijnsel van depressie zijn. Terwijl bij kinderen toename van het gewicht met het toenemen van de leeftijd juist achterwege blijft (Laraia, 1996).

Depressieve adolescenten slapen vaak veel en lang in tegenstelling tot depressieve volwassenen die meestal aan slaapgebrek lijden. Misschien omdat hun cognitieve

ontwikkeling nog niet voltooid is, hebben jeugdigen minder dan volwassenen last van visuele hallucinaties en serieuze zelfmoordpogingen. Depressieve adolescenten hebben over het algemeen meer slaap- en eetstoornissen, zelfmoordgedachten en verslechtering van functioneren dan jongere kinderen maar meer gedragsproblemen en minder neurovegetatieve symptomen (verlies van eetlust en energie) dan volwassenen (AACAP, 1998).

Diagnostiek

Depressie bij kinderen werd tot de jaren zeventig van de vorige eeuw verondersteld niet te bestaan omdat de persoonlijkheid van kinderen nog niet voldoende ontwikkeld is, of slechts een variant te zijn op de normale ontwikkeling (Steingard, DeMaso, Goldman, Shorrock en Bucci, 1995; Mulligen, 2002). De diagnose 'depressie' bij jonge kinderen is nog steeds omstreven. Er is in de wetenschappelijke literatuur veel discussie of deze diagnose bij kinderen wel adequaat gesteld kan worden. Velen vinden dat dit pas in de adolescentie mogelijk is. Tegenwoordig zijn er diagnostische instrumenten voor depressie bij kinderen ouder dan 8 jaar. Deze hebben een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid maar een minder goede test-hertestbetrouwbaarheid omdat de problematiek bij deze leeftijdsgroep - kinderen vanaf 8 jaar – instabiel is. Ook is de overeenstemming tussen beoordeling van ouders en kind laag (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent en Kaufman, 1996a). Onlangs is een diagnostisch instrument ontwikkeld voor kinderen van 6 tot 8 jaar. Uit eerste gegevens blijkt een goede betrouwbaarheid en validiteit, maar het instrument is nog niet vaak toegepast (Mulligen, 2002).

Maar ook de diagnostiek van depressie bij adolescenten is moeilijk. Bij hen wordt de diagnose 'depressie' nogal eens over het hoofd gezien en daardoor niet behandeld. Misvattingen over wat passend gedrag is in de adolescentie zijn daar de oorzaak van. Zo komt men de volgende misvattingen tegen (Walter, 1996):

- puberale onrust hoort bij een gezonde ontwikkeling;
- depressie hoort bij de adolescentie en jeugdigen komen daar vanzelf uit;
- de ellende waarvan adolescenten spreken lijkt relatief onschuldig in vergelijking tot de vaak ernstige problemen van volwassenen, waardoor ze niet serieus genomen worden.

Andere redenen waarom depressie vaak niet wordt geconstateerd, zijn:

- adolescenten wenden zich niet graag tot autoriteitsfiguren zoals hulpverleners voor hulp;
- huisartsen nemen soms onvoldoende tijd om naar adolescenten te luisteren;
- ouders, leerkrachten en hulpverleners missen vaak specifieke kennis over depressie bij adolescenten en de behandeling ervan (Walter, 1996).

4.2 Nadere omschrijving depressie

Depressie of *Major Depression Disorder*, zoals het in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) heet, kan worden gediagnosticeerd als een kind:

- minstens twee weken een verandering van stemming heeft (depressief, geïrriteerd en/of gebrek aan interesse en plezier);
- duidelijke verminderde eetlust, gewicht, slaap, activiteit, concentratie, energieniveau, zelfwaardering en motivatie.

Deze symptomen moeten een duidelijke verandering betreffen met voorgaand functioneren van de jeugdige en leiden tot verandering in relaties en activiteiten. Bovendien moeten de symptomen niet samenhangen met gebruik van verslavende middelen, met medicijngebruik, met andere psychiatrische stoornissen, verlies van een belangrijke persoon of somatisch ziek zijn.

Depressie wordt onderscheiden van een dysthyme stoornis. Dit betreft een verandering in stemming op de lange termijn, is minder intens maar meer chronisch (AACAP, 1998).

Risicofactoren dat depressie ernstiger wordt en tot in de volwassenheid terugkeert, zijn:

- een van de ouders is depressief of heeft een andere psychiatrische stoornis;
- de eerste episode is op jonge leeftijd;
- er zijn steeds terugkerende depressieve episodes;
- meisje zijn (zij hebben twee tot vier maal zoveel kans op depressie dan jongens).

Co-morbiditeit

Naast de depressie in strikte zin, hebben depressieve jeugdigen vaak (90%, AACAP, 1998) ook nog andere problemen. Zij presenteren niet goed op school, hebben problemen in het gezin en de ouders hebben moeite met de opvoeding. De depressieve symptomen hebben op vele mensen in de omgeving van de jeugdige effect (AACAP, 1998).

Depressieve adolescenten hebben vaker dan volwassenen ook nog andere psychische problemen (co-morbiditeit). Depressie komt dan samen voor met een angststoornis, eetstoornis, ernstige gedragsproblemen, oppositionele stoornis, aandachtstekortstoornis, riskant alcohol- of drugsgebruik en persoonlijkheidsproblematiek (Walter, 1996; Steingard e.a., 1995).

De stoornis gaat samen met tijdelijke lichte terugval in verbale prestaties, cognitieve stoornissen en blijvende problemen in sociaal functioneren zoals gebrek aan sociale vaardigheden en aangeleerde hulpeloosheid ('learned helplessness'). Ook het gezin van het kind als geheel gaat slechter functioneren. Door de psychosociale gebreken bij het kind kan het problemen krijgen met zijn zelfwaardering, met de ontwikkeling van leeftijdgebonden interactievaardigheden en met de schoolprestaties (Steingard e.a., 1995). Bovendien hebben deze kinderen een verhoogde kans op verslaving, somatische ziekte, tienerzwangerschap, negatieve levensgebeurtenissen, een beperkt functioneren in werk, bij opleiding en psychosociale problemen. Jong volwassenen (tot 24 jaar) die ernstige depressie hebben gehad, maken minder vaak hun opleiding af, verdienen minder geld, maken relatief vaak stressvolle levensgebeurtenissen mee en hebben een hogere kans op druggebruik (Lewinsohn en Clarke, 1999).

Prevalentie

Uit diverse buitenlandse epidemiologische studies blijkt dat bij 0,4% tot 2,5% van de kinderen en bij 2 tot 8% van de adolescenten op een bepaald moment gemeten depressie wordt geconstateerd (dit wordt puntprevalentie genoemd) (Steingard e.a., 1995; Hazell, O'Connell, Heathcote, Robertson en Henry, 1995; Birmaher e.a., 1996a; Laraia, 1996; Kutcher, 1997; Lewinsohn en Clarke, 1999). Als men aan adolescenten vraagt of zij ooit in hun leven last hebben gehad van een depressieve episode (lifetime-prevalentie), dan blijkt ongeveer 18 tot 24% daar een positief antwoord op te geven (Mueller en Orvaschel, 1997). Toen deze vraag aan adolescenten die in een internaat wonen werd gesteld, antwoordde maar liefst 59% bevestigend (Steingard e.a., 1995).

Het percentage adolescenten dat ooit een depressieve episode heeft meegemaakt, komt overeen met die onder volwassenen, hetgeen suggereert dat depressie vaak in de adolescentie begint (Birmaher e.a., 1996a). Walter (1996) wijst erop dat veel meer adolescenten (zo'n

50%) wel eens symptomen van depressie ervaren. Het is dus belangrijk de mate en de ernst van de depressie te doorgronden.

In Nederland is bij onderzoek onder adolescenten van 13 tot 18 jaar gebleken dat 2,8% een depressieve episode had; als alleen de jongeren worden geteld die psychisch disfunctioneren als gevolg van depressie dan is dat 1,2% (Konijn en Verhulst, 1997). Dit percentage is aan de lage kant, vergeleken met de range die uit de internationale literatuur (2 tot 8%) naar vorne komt; wellicht wijst dit erop dat een depressieve episode onder Nederlandse jeugdigen relatief minder vaak voorkomt dan onder met name Amerikaanse jeugdigen. Ongeveer 15% tot 20% van de Nederlandse adolescenten zegt ooit wel eens een depressieve episode te hebben gehad; ook deze percentages zijn in vergelijking met die uit de internationale studies aan de lage kant.

Verder wijzen Verhulst, Donker en Hofstra (2001) erop dat ook in Nederland depressie onder jonge kinderen minder vaak voorkomt dan onder adolescenten. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. De verhouding jongens: meisjes is bij kinderen 1:1 en bij adolescenten 1:2. Deze tendens zet zich door in de volwassenheid. Bij volwassenen komt depressie vooral voor bij vrouwen.

Meestal duurt een episode van depressie zes tot acht weken, maar bij een op de vijf depressieve adolescenten duurt de episode langer dan een jaar en bij een op de tien langer dan twee jaar (Walter, 1996).

Hulpzoekgedrag

Depressieve jeugdigen zijn niet snel geneigd hulp te zoeken en als zij hulp hebben, haken ze vaak af. De behandeling dient daarom ook een voorlichtend element (psycho-educatie) te bevatten, niet alleen voor de jeugdige zelf maar ook voor het gezin en de leerkracht (AACAP, 1998).

4.3 Behandeling

Onderzoek naar de behandeling van depressie bij jeugdigen is schaars en we kunnen een aantal kanttekeningen plaatsen bij het beschikbare onderzoek.

Ten eerste is het beschikbare onderzoek is gebaseerd op klinische experimenten; omstandigheden die in de praktijk van de jeugdzorg niet voorkomen. In strikt geprotocolleerde klinische experimenten is het vooral de *werkzaamheid* van een behandeling die gemeten wordt. In hoeverre de conclusies voor de dagelijkse jeugdzorgpraktijk gelden is dan ook niet duidelijk. Voor het vaststellen van de *effectiviteit* van bepaalde behandelingen zou dan ook meer onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg moeten plaats vinden in plaats van in klinische situaties.

Ten tweede is veel kennis over de behandeling van depressie gebaseerd op onderzoek onder depressieve volwassenen. Omdat kinderen deels andere symptomen hebben maar vooral door hun ontwikkelingsstadium anders reageren op behandeling, dient men heel voorzichtig te zijn met het extrapoleren van deze conclusies naar jeugdigen (AACAP, 1998).

Ten derde betreft het onderzoek slechts kleine aantallen deelnemers per studie en worden nog maar weinig studies gecontroleerd. Studies met kleine aantallen leveren slechts significante

verschillen tussen de condities op als de verschillen groot zijn. Met studies onder kleine groepen deelnemers vindt men dus vaak minder significante verschillen. Als er geen controle plaatsvindt, kunnen de omstandigheden in de experimentele aanpak niet worden vergeleken met die in een gewone behandeling of geen behandeling waardoor geen conclusie getrokken kunnen worden of de ene behandeling beter is dan de andere.

Ten vierde merken we, samen met Kaslow en Thompson (1998), en Reinecke, Ryan en Dubois (1998), op dat het onderzoek meestal slechts een keer wordt uitgevoerd. Er vindt geen herhaling van onderzoek plaats dat de resultaten uit de eerste studie kan bevestigen of verwerpen. Er is dan niet duidelijk te onderscheiden of positieve resultaten voortkomen uit een gebruikte (cognitieve gedrags)therapie of bijvoorbeeld uit de stijl van hulpverleners door de therapeut. Met andere woorden, zal eenzelfde aanpak met andere therapeuten dezelfde resultaten opleveren?

Tot slot worden onderzoeken met slechte resultaten vaak niet toegelaten voor publicatie. Dit betreft ook nogal eens onderzoek naar antidepressiva. Dit heeft tot gevolg dat wel bekend is wat wel werkt tegen depressie maar niet bekend is wat er niet werkt. Dat laatste is voor de praktijk van de jeugdzorg van even groot belang als het eerste.

Psychologische therapieën

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining, psychodynamische psychotherapie, interpersoonlijke psychotherapie en gezinstherapie. We geven de bevindingen hieronder weer.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Reinecke e.a. (1998) definiëren cognitieve gedragstherapie als: interventies met als doel emotionele en gedragsveranderingen te bewerkstelligen bij kinderen en adolescenten door hen te leren hun gedachten en denkprocessen te veranderen. Dit gebeurt op een open, actieve en probleemgerichte manier.

Cognitieve gedragstherapie is gericht op het behandelen van een gebrek aan zelfcontrole, negatief zelfbeeld, onvermogen in probleemoplossend gedrag, gebrek aan sociale vaardigheden. Allemaal zaken die niet specifiek zijn voor kinderen en jongeren met depressie maar wel in de behandeling van depressie door CGT belangrijke aanknopingspunten vormen (Reinecke e.a., 1998). De theoretische aanname is dat depressieve jeugdigen een verstoord beeld hebben van zichzelf, van de wereld en van de toekomst. Deze cognities worden in de therapie geïdentificeerd en veranderd. De jongeren leren in de therapie hun depressieve cognities te monitoren, hun activiteitsniveau te verhogen, het aantal positieve gebeurtenissen en interacties in hun dagelijks leven te verhogen, ontspanningsvaardigheden om stress aan te kunnen en meer adequate copingstrategieën te gebruiken (betere probleemoplossende vaardigheden).

Moore en Carr (2000) en Birmaher e.a. (1996b) concluderen dat individuele cognitieve gedragstherapie effectief is, evenals cognitieve gedragstherapie aan groepen adolescenten. Het resulteert snel in positieve effecten bij jeugdigen, sneller dan bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen en gezinstherapie. Oudertrainingen aan groepen ouders voegen aan dit effect weinig toe op de lange termijn maar wel op de korte termijn. De jeugdigen hebben het thuis makkelijker en de ouders kijken positiever naar hun depressieve kind (Moore en Carr, 2000). Ouderbegeleiding als aanvulling op cognitieve gedragstherapie leert ouders dezelfde onderhandelingen, conflictbeheersing en communicatietechnieken als de

adolescenten zodat ze beide over dezelfde probleemoplossende vaardigheden beschikken (Lewinsohn en Clarke, 1999).

Een aantal onderzoeken (ACAAP, 1998; Birmaher e.a., 1996b; Kaslow en Thompson 1998) laat zien dat cognitieve gedragstherapie in groepen duidelijk beter is dan niets doen om depressieve symptomen af te laten nemen en zelfwaardering te verbeteren. Bij ernstige vormen van depressie is cognitieve gedragstherapie wel vaak, maar niet altijd beter dan alternatieven zoals ontspanningsoefeningen en gezinsondersteuning. Individuele steun is echter minder werkzaam dan CGT.

Er is meer onderzoek onder jeugdigen nodig, vooral omdat een grote terugval bij de follow-up metingen suggereert dat een langdurende behandeling beter zou zijn. De meeste behandelingen duren namelijk maar zes tot twaalf weken. Birmaher e.a. (1996b) concluderen dat CGT op korte termijn beduidend betere effecten heeft op de depressieve symptomen dan ontspanningstraining. Op de langere termijn (bij follow-up gemeten) was het verschil nagenoeg nihil. Het effect van CGT nam af, maar dat van ontspanningstraining nam na verloop van tijd toe. Moore en Carr (2000) geven ook aan dat CGT sneller tot resultaten leidt dan ontspanningstraining. Maar na afname van symptomen zijn nog ongeveer twaalf sessies CGT nodig om terugval in symptomen te voorkomen.

Onderzoek naar het effect van veertien *groepssessies* CGT geeft aan dat deze zowel op de korte als de langere termijn effectief is (Moore en Carr, 2000; Reinecke e.a., 1998). Wellicht ligt hierin de meest kosten-effectieve behandeling. Meer onderzoek hiernaar, en naar een vergelijking met individuele CGT, is nodig om duidelijke conclusies te trekken. Deelname aan een groepstraining probleemoplossende vaardigheden is op korte en op langere termijn (9 maanden) effectiever dan een steungroepstraining (Birmaher e.a., 1996b).

Kaslow en Thompson (1998) concluderen op basis van zeven studies naar CGT aan groepen kinderen van 8 tot 13 jaar, dat cognitieve gedragstherapie effectief is voor het verminderen van depressieve symptomen. Ook bij follow-up gemeten na 4 weken of 2 jaar. De therapieessies duurden van 5 weken tot 15 weken.

Sociale vaardigheidstraining

In een sociale vaardigheidstraining beoogt men jeugdigen interpersoonlijke vaardigheden bij te brengen zodat sociale interacties positiever verlopen en zelfbeschadigende gedragspatronen doorbroken worden (Moore en Carr, 2000).

Op basis van negen studies concluderen Moore en Carr (2000) dat een sociale vaardigheidstraining niet effectiever is voor jeugdigen met een depressie dan een ondersteuningsgroep. Eerder rapporteerden we al dat een steungroep minder effectief is dan een groepstraining probleemoplossende vaardigheden; het cognitieve aspect in de behandeling blijkt van groot belang (Birmaher e.a., 1996b). Of deze conclusie ook geldt voor de sociale vaardigheidstraining is niet onderzocht.

Andere psychologische therapieën

Naast cognitieve gedragstherapie worden ook psychodynamische psychotherapie, interpersoonlijke psychotherapie en gezinstherapie bij depressieve jeugdigen toegepast. Er is echter maar weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid en effectiviteit van deze therapieën.

Bij interpersoonlijke psychotherapie probeert men depressie te verminderen door patiënten inzicht te laten krijgen in de interpersoonlijke processen die depressie bevorderen en in stand houden (Moore en Carr, 2000). Naar interpersoonlijke psychotherapie is slechts één (open, niet gecontroleerde) studie verricht; gecontroleerde studies zijn nog gaande (ACAAP, 1998). Over de effectiviteit is dus nog niets bekend.

Psychodynamische psychotherapie helpt adolescenten inzicht te krijgen in hun weerstand om met kritische relatieaspecten in heden en verleden om te gaan en de ambivalente gevoelens die ermee gepaard gaan te verwerken (Moore en Carr, 2000). Dit is in tegenstelling tot de hierboven genoemde psychologische hulpvormen geen kortdurende therapie.

Met gezinstherapie wil men gezinsinteractiepatronen en het normen- en waardensysteem van het gezin dat depressie in stand houdt veranderen. Daarnaast kan het gezin in de therapie beter worden toegerust om het depressieve kind te helpen door stemmingen te helpen reguleren en het kind positieve interacties te laten ervaren (Moore en Carr, 2000). Gezinstherapie is effectief voor jeugdigen met depressie en in ieder geval voor kinderen die rouwen om een ouder die ze verloren hebben. Maar cognitieve gedragstherapie heeft sneller resultaat dan gezinstherapie bij depressieve jeugdigen.

Overigens blijkt uit onderzoek dat co-morbiditeit met angststoornissen een minder gunstige behandeluitkomst geeft bij cognitieve gedragstherapie en bij gezinstherapie (Birmaher e.a., 1996b).

Farmacotherapie

Naar de effectiviteit van medicatie bij depressieve jeugdigen is nog maar weinig onderzoek gedaan in vergelijking met volwassenen (AACAP, 1998; Birmaher e.a., 1996b). Bovendien is de methodologie niet altijd even sterk. De onderzoeksgroepen zijn klein, meestal zijn alleen kinderen met milde en gemiddelde depressie onderzocht, effecten op langere termijn zijn niet onderzocht - de behandelduur is meestal 6 tot 8 weken (Birmaher e.a., 1996b; AACAP, 1998; Findling, Reed en Blumer, 1999). Tabel 4.1 geeft een overzicht van de middelen waar het hier om gaat.

Tabel 4.1: Overzicht medicatie bij depressie

Oudere middelen	Nieuwere middelen
Tricyclische antidepressiva (TCA's)	Selectieve Serotonine heropname remmers (SSRI's)
Imipramine	Fluoxetine
Amitriptyline	Sertraline
Nortriptyline	Paroxetine
Despramine	Fluvoxamine
Clomipramine	Serotonine-noradrenaline heropname remmers
Monoamine Oxidase remmers (MOAI's)	Venlafaxine
Phenelzine	Gemengde serotonine middelen
Tranylcypromine	Nefazodone

TCA's

In de periode 1965 tot 1998 is een tiental onderzoeken verricht naar tricyclische antidepressiva zoals imipramine bij jeugdigen; de helft bij kinderen en de andere helft bij adolescenten. In de meeste studies wordt geen grotere werkzaamheid gevonden van TCA's dan van placebo. Bij beide middelen wordt door minimaal 46% tot 80 à 100% van de

kinderen vooruitgang geboekt. Ook adolescenten laten geen significante vooruitgang zien van TCA ten opzichte van placebo-gebruik. Bij hen wordt een effect gevonden van 30-73% (Steingard e.a., 1995; Laraia, 1996; Birmaher e.a., 1996b; Findling e.a., 1999; Geller, Reising, Leonard, Riddle en Walsh, 1999; Hazell, O'Connell, Heathcote en Henry, 2000). Geller e.a. (1999) vinden slechts bij een studie in hun meta-analyse dat er een significant betere respons van depressieve adolescenten op TCA was dan op placebo.

Birmaher e.a. (1996b) en Findling e.a. (1999) schrijven het geringe verschil bij jeugdigen tussen het effect van medicatie en placebo toe aan het feit dat jeugdigen een hogere respons hebben op placebo dan volwassenen. Over het algemeen heeft 30 tot 40% van de volwassenen een positieve respons op placebo, bij jeugdigen is dat 50 tot 70%. Daarbij werkt men tot nu toe bij het farmacotherapeutisch onderzoek met kleine onderzoeksgroepen. Gezamenlijk geeft dit een verklaring voor de gevonden geringe (niet significante) effecten in het onderzoek. Bovendien speelt de instabiliteit van de depressieve symptomen bij jeugdigen mee. Tevens is mogelijk van invloed dat de onderzoeken zich vooral richten op jeugdigen met mildere symptomen en een hogere co-morbiditeit met gedragsproblemen. Wellicht is het effect groter bij jeugdigen met meer ernstige depressie. Ook zou het kunnen zijn dat de medicijnen minder gunstig werken bij jeugdigen vanwege hun andere hormoonhuishouding in vergelijking tot volwassenen (Birmaher e.a., 1996b; Findling e.a., 1999; Steingard e.a., 1995). Misschien dat om die reden ook andere doses medicatie nodig zijn dan tot nu toe onderzocht (Findling e.a., 1999).

Ondanks wisselende effecten van TCA's op depressieve symptomen bij kinderen en adolescenten bevelen enkele auteurs toch aan een TCA te gebruiken bij de behandeling van ernstige depressie bij jeugdigen (Hazell e.a., 1995; Steingard e.a., 1995). Het is belangrijk bij hen de symptomen van de depressie snel te onderdrukken. Daarnaast kunnen TCA's worden gegeven als andere behandelingen - zonder medicijnen - niet blijken te werken. Omdat TCA's zo succesvol zijn bij volwassenen en bovendien op de lange termijn werkzaam zijn, vinden Steingard e.a. (1995) dat het verantwoord is deze farmacotherapie ook toe te passen bij kinderen.

MAOI's

Onderzoek naar andere, meer moderne, antidepressiva zoals bupropion en monoamine oxidase remmers (MAOI's) lijkt te duiden op werkzaamheid bij depressiviteit, maar dit onderzoek is alleen nog maar bij volwassenen verricht (AACAP, 1998). Volgens Findling e.a. (1999) zijn MAOI's bij jeugdigen niet effectief. In een groep van 23 adolescenten die resistent waren tegen heterocyclische antidepressiva werd echter bij 70% een positief effect geconstateerd bij behandeling met MAOI (Emslie, Walkup, Pliszka en Monique, 1999). Als alternatieve behandeling voor diegenen die resistent zijn voor heterocyclische antidepressiva lijken ze dus wel bruikbaar.

SSRI's

De nieuwste medicijnen die bij depressie worden toegepast zijn de selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) zoals fluoxetine (in Nederland onder de merknaam Prozac op de markt gebracht). Er zijn vijf studies gedaan, waarvan er drie open (ongecontroleerd) en twee dubbelblind en placebo gecontroleerd. De open studies geven bij 70% tot 90% van de jeugdigen vooruitgang aan; een van de twee gecontroleerde studies gaf een significant verschil met placebo aan, de andere niet (Steingard e.a., 1995; Birmaher e.a., 1996b; Birmaher, 1998; AACAP, 1998; Findling e.a., 1999). De studie waarin geen significant effect

werd gevonden betrof een kleine onderzoeksgroep, de andere betrof het enige onderzoek onder een relatief grote groep (N=96).

In een meta-analyse naar studies uitgevoerd tussen 1986 en 1994 waarbij 428 kinderen en adolescenten betrokken zijn, blijkt dat SSRI's beter werkten dan placebo (Laraia, 1996). Net als bij volwassenen worden SSRI's beter verdragen dan TCA's, hetgeen de therapietrouw verhoogt. Emslie e.a. (1999) concluderen eveneens in een bespreking van zeven onderzoeken en enkele ongepubliceerde studies dat de gegevens steun geven aan de effectiviteit van SSRI's op de korte termijn bij behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten. Onderzoekers bevelen dan ook aan - wanneer men farmacotherapie toepast - te beginnen met een SSRI (Steingard e.a., 1995; Laraia, 1996).

Venlafaxine

Naar de werkzaamheid van Venlafaxine is (één dubbelblinde) studie bij adolescenten gedaan, maar men vond geen verschil met placebo (Emslie e.a., 1999; Birmaher, 1998; Findling e.a., 1999).

Nefazodone

Naar dit middel is één onderzoek gedaan onder jeugdigen met depressie. Het is verdraagbaar en laat bij 86% van de onderzochte kinderen en 69% van de adolescenten reductie van symptomen zien. Er zijn echter nog geen gecontroleerde studies gedaan (Findling e.a., 1999).

Overige behandelingen

Lichttherapie

Hiernaar zou meer onderzoek moeten komen onder jeugdigen. Er is één studie verricht en het middel is wellicht bruikbaar (Findling e.a., 1999).

Electroconvulsietherapie (ECT)

Electroconvulsietherapie of elektroshocktherapie wordt zelden toegepast, en pas als laatste redmiddel bij langdurende ernstige depressies. Er zijn slechts twee - kleine en niet gecontroleerde - studies verricht onder adolescenten. 63% Van de adolescenten bij wie ECT is toegepast heeft er baat bij (Findling e.a., 1999). Als niets anders meer mogelijk is, kan het een bruikbare behandeling zijn.

4.4 Conclusies

Er is maar weinig longitudinaal onderzoek gedaan en bovendien zijn de onderzoeksgroepen meestal klein; we weten nog onvoldoende over wat werkt en wat niet. Medicatie is ingrijpend en het beschikbare onderzoek wijst uit dat maar weinig goed lijkt te helpen. Cognitieve gedragstherapie laat echter goede resultaten zien. Onderzoek geeft aan dat in eerste instantie cognitieve gedragstherapie gegeven kan worden. Pas als deze therapie (na ongeveer zes tot twaalf weken) niet aan lijkt te slaan, kan men overgaan tot medicatie (of gecombineerde behandeling). Dan hebben moderne antidepressiva zoals SSRI's de voorkeur. Oudere antidepressiva zoals TCA's laten geen grote effectiviteit zien en hebben bovendien een groter risico op een fatale overdosis. Bij SSRI's is die kans nauwelijks aanwezig, de bijwerkingen zijn milder en het is gemakkelijker in het gebruik.

Medicatie alleen is volgens onderzoek slechts in geringe mate geschikt voor jeugdigen omdat jeugdigen naast de depressie ook nog zo vaak allerlei psychosociale, gezins- en leerproblemen hebben. Deze dienen ook tot de focus van de behandeling te behoren. Bovendien zou onderzoek naar langdurende hulp moeten plaatsvinden. Bij follow-up onderzoek laten de metingen namelijk aanzienlijke terugval zien.

Tabel 4.2 **Overzicht van gegevens meta-analyses en reviews over de effectiviteit van de behandeling van jeugdigen met depressie***

<i>Auteurs</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht</i>	<i>Co-morbiditeit</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Duur behandeling / follow-up</i>	<i>Effectmaat / meetinstrument</i>	<i>Conclusie</i>
AACAP, 1998	22 gecontroleerde studies	niet vermeld	niet vermeld	niet vermeld	CGT (7 studies) TCA's (13 studies) SSRI's (2 studies)	6-12 weken	Afname depressieve symptomen; zelfwaardering (bij CGT)	Weinig onderzoek; CGT is effectief; TCA's niet effectief, SSRI's wel, bovendien minder schadelijk. Aanbeveling: eerst CGT en evt. aanvullen met SSRI.
Birmaher e.a., 1996	16 studies (13 controle door placebo, 3 open)	336	164 kinderen en 172 adolescenten	soms vermeld, m.n. disruptief gedrag	TCA (11 studies), SSRI's (5 studies)	4-8 weken	Afname symptomen	TCA's niet effectief; effectiviteit SSRI's nog weinig onderzocht (lijken wel veelbelovend).
Birmaher, 1998	16 gecontroleerde studies	niet vermeld	niet vermeld	niet vermeld	TCA (13 studies) SSRI's (2 studies) Venlafaxine (1 studie)	6-12 weken	Afname depressieve symptomen	TCA's niet effectief, SSRI's wel en zijn bovendien minder schadelijk.
Findling e.a., 1999	16 studies (13 open en 3 dubbelblind)	454	6-18 jaar	Soms vermeld: ADHD, CD, angststoornis, borderline	SSRI's en andere moderne antidepressiva	7-12 weken	Afname symptomen	SSRI's zijn veiliger in gebruik dan TCA's. Nog te weinig onderzoek om voorlopig positieve resultaten definitief te bevestigen.
Hazell e.a., 1995	12 studies w.o. enkele dubbelblind gerandomiseerd	294	6-18 jaar in zes studies: 73 meisjes 86 jongens	Wel onderdeel beoordeling kwaliteit van de studies; meer niet vermeld	TCA versus placebo	niet vermeld	Afname symptomen	TCA niet effectiever dan placebo. De onderzoeker denkt dat het wegnemen van stressoren, plannen van behandeling, opnemen kind in instelling ook positief effect hebben.
Hazell e.a., 2000	12 studies dubbelblind gerandomiseerd	324	6-18 jaar	Vermeld worden ADHD en CD	TCA versus placebo	4-10 weken	Afname symptomen CDRS, BID, CDI, HAM-D)	Geen significant effect bij kinderen en adolescenten, maar wel trend van positief effect.

<i>Auteurs</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht</i>	<i>Co-morbiditeit</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Duur behandeling / follow-up</i>	<i>Effectmaat / meetinstrument</i>	<i>Conclusie</i>
Kaslow en Thompson, 1998	14 studies; controle niet vermeld	269 (<12 jr) + 508 (>12 jr) = 777	8-12 jaar (7 studies); 13-18 jaar (7 studies); geslacht niet vermeld	niet vermeld	. CGT (groep), . sociale vaardigheidstraining, . oudertraining, . zelfinstructie, . probleemoplossende vaardigheidstraining, . gezinstherapie	5-16 weken; follow-up na 1 maand tot 2 jaar.	afname symptomen (KSADS-P, KGAS, CGI, HDCL, HAMD, SADS, BID, CDI, CDRS(-R), CAS SCL-58, RDS, CPQ)	Bij kinderen: zelf-controle vaardigheden hebben groter effect op afname symptomen dan probleemoplossende vaardigheden. Bij adolescenten: CGT en IPT in een groep of individueel met of zonder oudertraining even effectief
Laraia, 1996	11 studies met controlegroep, 3 dubbelblind 16 open trials 29 casestudies	303 + 428 = 731	6-20 jaar niet vermeld	niet vermeld	TCA SSRI	niet vermeld	Afname symptomen	TCA niet beter dan placebo; SSRI beetje beter dan placebo (bij enkele kinderen veel beter).
Lewinsohn en Clarke, 1999	12 studies	niet vermeld	10-16 jaar	niet vermeld	CGT, sociale vaardigheidstraining, gezinstherapie, ontspanningstraining	5-8 weken	Afname symptomen	CGT heeft groot effect: bij 63% significante vooruitgang.
Moore en Carr, 2000	9 gecontro-leerde studies (4 USA, 3 UK, 2 Canada), 7 gerandomiseerd	349	9-18 jaar; 44% jongens, 56% meisjes.	in 3 studies vermeld: angstig en gedragsstoornis	. CGT (groep), . sovatraining, . oudertraining, . zelfinstructie, . probleemoplossende vaardigheidstraining, . gezinstherapie	5 studies met follow-up na minstens 6 maanden	afname symptomen (hulpverleners, zelfrapportage, ouders), verbetering gezinsrelaties (één studie).	CGT bij adolescenten effectief; leidt snel tot resultaat maar langere behandelduur is nodig om terugval te voorkomen. Groepstraining is ook effectief. Aanvulling met oudertraining heeft vooral op korte termijn positief effect op behandeling.
Reinecke e.a., 1998	6 studies gerandomiseerd en gecontroleerd	251	11-19 jaar 32% man 68% vrouw	niet vermeld	CGT; zelfcontrole; ontspanningstraining	7 weken; follow-up 1 maand tot 2 jaar	Afname symptomen	CGT kan als bruikbaar beschouwd worden voor het verminderen van depressie bij adolescenten en het effect blijft gehandhaafd gedurende langere tijd

<i>Auteurs</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht</i>	<i>Co-morbiditeit</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Duur behandeling / follow-up</i>	<i>Effectmaat / meetinstrument</i>	<i>Conclusie</i>
Steingard e.a., 1995	13 open trials; 8 placebo-gecontroleerd	244 in open studies; 279 gecontroleerde studies	2-5 jaar; 6-12 jaar; 13-18 jaar; 14-24 jaar; geslacht niet vermeld	niet vermeld	15 TCA 1 MAOI 2 TCA + lithium 3 fluoxetine	2-8 weken; een onderzoek duurde 16 weken	KSADS-P KGAS, CGI HDCL, HAMD, SADS BID, CDI CDRS(-R), CAS SCL-58, RDS, CPQ	Alleen in open trial positief effect van TCA gevonden; in gecontroleerde studie niet. Aanbeveling: als niets meer helpt, kinderen toch met farmacotherapie te behandelen.
Wernicke e.a., 1997	25 dubbelblind	niet vermeld	ouder dan 13 jaar (incl. volwassenen)	niet vermeld	Fluoxetine TCA's	niet vermeld	Afname symptomen vgs (HAMD21)	Gebruikers van fluoxetine hebben minder zelfmoordneiging dan gebruikers van placebo.

** Verklaring afkortingen:*

ADHD: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit
CD: conduct disorder; ernstige gedragsstoornis
CGT : cognitieve gedragstherapie
TCA : tricyclische antidepressiva
MAOI : monoamine oxidase remmers
SSRI : serotonine-noradrenaline heropname remmers
HAM-D : Hamilton Depression rating scale (meest gebruikte meetinstrument bij depressie).

4.5 Literatuurlijst

Meta-analyses en reviews:

- AACAP (1998). Practice parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (10), 63S-83S.
- Birmaher, B., N.D. Ryan, D. Williamson, D.A. Brent & J. Kaufman (1996a). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439
- Birmaher, B., N.D. Ryan, D. Williamson, D.A. Brent & J. Kaufman (1996b). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- Birmaher, B. (1998). Should We Use Antidepressants Medications for Children and Adolescents with Depressive Disorders? *Psychopharmacol Bulletin*, 34 (1), 35-39.
- Findling, R.L., M.D. Reed & J.L. Blumer (1999). Pharmacological Treatment of depression in Children and adolescents. *Paediatric Drugs*, 1 (3), 161-182
- Hazell, P., D. O'Connell, D. Heathcote, J. Robertson & D. Henry (1995). Efficacy of Tricyclic Drugs in Treating Child and Adolescent Depression: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 310, 897-901.
- Hazell, P., D. O'Connell, D. Heathcote & D. Henry (2000). Tricyclic Drugs for Depression in Children and Adolescents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Kaslow, N.J. & M.P. Thompson (1998). Applying the criteria for Emperically Supported Treatments to Studies of Psychosocial Interventions for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (2), 146-155
- Laraia, M.T. (1996). Current Approaches to the Psychopharmacologic Treatment of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 9 (1), 15-26.
- Lewinsohn, P.M. & G.N. Clarke (1999). Psychological Treatments for Adolescent Depression. *Clinical Psychological Review*, 19 (3), 329-334.
- Moore, M. & A. Carr (2000). Depression and Grief. In: Carr, A. (red) et al. (2000). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. New York, NY, US: Routledge. pp 203-232.
- Reinecke, M.A., N.E. Ryan & D.L. Dubois (1998). Cognitive-Behavioral Therapy of Depression and Depressive Symptoms during Adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child en Adolescent Psychiatry*, 37 (1), 26-34.
- Steingard, R.J., D.R. DeMaso, S.J. Goldman, K.L. Shorrock & J.P. Bucci (1995). Current Perspectives on the Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Children and Adolescents. *Harvard Review of Psychiatry*, 2 (6), 313-326.
- Wernicke, J.F., M.E. Sayler, S.C., Koke, D.K. Pearson & G.D. Tollefson (1997). Fluoxetine and Concomitant Centrally Acting Medication Use During Clinical Trials of Depression: the absence of an effect related to agitation and suicidal behavior. *Depression and Anxiety*, 6 (1), 31-39.

Overige literatuur

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical manual for mental disorders (4th. Edition)*. Washington DC: Author.
- Emslie, G.J., J.T. Walkup, S.R. Pliszka & E. Monique (1999). Nontricyclic Antidepressants: Current Trends in children and adolescents. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (5), 517- 528.
- Geller, B., D. Reising, H.L. Leonard, M.A. Riddle & B.T. Walsh (1999). Critical review of tricyclic Antidepressants Use in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (5), 513-516.
- Konijn, C. & F. Verhulst (1997). Psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen. In: I. Maas, R. Gijzen, I. Lobbezo & M. Poos (eindred). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/ Maarssen: RIVM/ Elsevier DeTijdstroom.
- Kutcher, S. (1997). Practitioner Review: the pharmacotherapy of adolescent depression. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 38 (7), 755-767.
- Maas, I. R. Gijzen, I. Lobbezo & M. Poos (Red.) (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/ Maarssen: RIVM/Elsevier DeTijdstroom.
- Mohr, W.K. (1998). Updating What we Know about Depression in Adolescents. *Journal of Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 36 (9), 12-19.
- Mueller, C. & H. Orvaschel (1997). The Failure of 'Adult' Interventions with Adolescent Depression: what does it mean for theory, research and practise? *Journal of Affective Disorders*, 44 (2-3), 203-215.
- Mulligen, J. (2002). *The assessment of depression in children aged 6 through 8*. Proefschrift Universiteit van Nijmegen.
- Ruwaard, D. & P.G.N. Kramers (Red.) (1993). *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Bilthoven/Den Haag: RIVM/Sdu Uitgeverij.
- Verhulst, F.C., A.G. Donker & M.B. Hofstra (2001). De ontwikkeling van antisociaal gedrag. In: Loeber, R.N., W. Slot & J.A. Sergeant (red.). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Walter, G. (1996). Depression in Adolescence. *Australian Family Physician*, 25 (10), 1575-1582.
- Wolters, W.H.G., R.F.W. Diekstra & C.W.M. Kienhorst (1987). *Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten*. Baarn: AMBO.

5. Effectieve interventies bij jongens met een gedragsstoornis

Carolien Konijn, Emily Cavelaars en Leonieke Boendermaker

5.1 Inleiding

Ernstige gedragsproblemen trekken vaak de aandacht. Jongeren die vechten, stelen, schelden, brandstichten, tasjes roven en andere strafbare feiten begaan, veroorzaken veel maatschappelijke overlast. De overlast is voor dagbladen, politie, justitie, vakpers en wetenschappers reden zich bezig te houden met de vraag wat de beste aanpak van het ernstig verstorende en delinquente gedrag zou zijn. Recent heeft men in Nederland een speciale onderzoeksgroep geformeerd om nu eens grondig overzicht te krijgen van wat we weten van het probleem, wat aan hulpverlening en maatregelen mogelijk is en wat blijkt te helpen (Loeber, Slot en Sergeant, 2001). Daarnaast heeft het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) een cultuursociologische analyse van het fenomeen ‘geweld onder jongeren’ uitgebracht (Van der Brink, 2001). Lange tijd dachten wetenschappers dat ‘niets hielp’ maar die conclusie lijkt nu toch enigszins voorbarig te zijn geweest. In de laatste tien jaar, de periode waarin we meta-analyses hebben verzameld, zijn er signalen dat er effectieve interventies zijn. Het ei van Columbus of de *magic bullet* is nog niet gevonden maar omdat sommige interventies beter helpen dan andere, geven ze wel aan in welke richting de beste aanpak gezocht kan worden.

In dit hoofdstuk geven we de resultaten weer van de meta-analyses en reviews die betrekking hebben op de behandeling bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen of antisociaal gedrag. Over interventies bij kinderen met milde gedragsproblemen vonden we ook enkele meta-analyses. Bij jonge kinderen en kinderen in de lagere schoolleeftijd is vaker sprake van milde dan van ernstige gedragsproblemen. Men probeert dan zo snel en adequaat mogelijk (preventief) in te grijpen zodat de problemen niet uitgroeien tot ernstiger. Zoals we in hoofdstuk 2 van dit rapport al stelden hebben we ons bij de zoektermen beperkt tot de curatieve jeugdzorg. Naar een volledig overzicht over preventieve interventies bij kinderen met gedragsproblemen hebben we dus niet gezocht. We beperken ons in dit hoofdstuk tot interventies bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen, ook wel antisociaal gedrag genoemd.

Allereerst gaan we nader in op wat een antisociaal gedrag of een gedragsstoornis inhoudt en hoe deze zich kan ontwikkelen. Daarna geven we weer op welke meta-analyses en reviews dit hoofdstuk is gebaseerd. Vervolgens geven we aan voor welke interventies het meeste bewijs van effectiviteit bestaat.

5.2 De betekenis en de prevalentie van gedragsstoornissen

Interventies voor jongeren met ernstige gedragsproblemen worden onderzocht bij jeugdigen met een gedragsstoornis, agressief gedrag, antisociaal gedrag, delinquent gedrag, een oppositionele stoornis. Er worden veel termen gebruikt om ernstige gedragsproblemen aan te duiden. In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) onderscheidt men de gedragsstoornis (*conduct disorder*) en de – mildere - oppositionele stoornis (*oppositional defiant disorder*).

Antisociaal gedrag komt in de DSM niet als classificatiecategorie bij problemen van jeugdigen voor. Wel kan antisociaal gedrag als eenmalig verontrustend gedrag, als zogenoemde V-code worden opgenomen in de classificatie zodat dit in de behandeling aandacht krijgt. Ook komt de term voor als er - bij volwassenen - sprake is van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Al deze termen duiden op een - van stoornis tot persoonlijkheidsstoornis weliswaar steeds ernstiger en hardnekkiger wordend - zelfde type gedrag. Het gaat bij jeugdigen met een oppositionele stoornis om openlijk (*overt*) en vaak verbaal storend gedrag: schelden, driftig worden, ruzie maken - vooral met volwassenen-, anderen de schuld geven van eigen fouten, snel geïrriteerd zijn. Bij jongeren met een gedragsstoornis (conduct disorder) gaat het meer om heimelijk (*covert*) afwijkend gedrag: ongehoorzaamheid, liegen, stelen, inbraak, vandalisme, autoriteitsconflicten, weggelopen van thuis, agressie naar dieren en mensen, vernielen van andermans eigendommen, brandstichting. Doorslaggevend kenmerk bij de ernstige gedragsstoornis is een aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen en bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden (Kazdin, 1997), vandaar de veelgehandeerde term 'antisociaal gedrag'.

Bij adolescenten komen beide typen gedrag voor, hoewel de oppositionele stoornis doorgaans bij de wat jongere kinderen voorkomt en het antisociale gedrag bij de wat oudere. Uit bevolkingsonderzoek onder 13- tot 18 jarigen in Zuid-Holland blijkt dat een gedragsstoornis bij 5,6% en een oppositionele stoornis bij 0,7% voorkomt (Verhulst, Donker en Hofstra, 2001). Voor conduct disorder verschilt de prevalentie niet veel van Amerikaanse. Kazdin (aangehaald in Brosnan en Carr, 2000) kwam tot een schatting van 2 tot 6%. Voor de oppositionele stoornis komt men in Amerika echter tot een veel hoger prevalentiecijfer: bij 15,4% van de adolescenten (Behan en Carr, 2000).

Over het beloop is bekend dat met name het agressieve en eerder genoemd heimelijke (*covert*) gedrag hardnekkig is. In het bevolkingsonderzoek in Zuid-Holland, vonden de onderzoekers namelijk een grote samenhang tussen agressief en delinquent gedrag bij de eerste en de zesde meting met een interval van veertien jaar. Antisociaal gedrag in de kindertijd of de adolescentie leidt dus vaak tot antisociaal gedrag in de volwassenheid (Verhulst e.a., 2001). Een gedragsstoornis komt ook vaak voor samen met andere stoornissen zoals ADHD (bij 23% van de jeugdigen met een gedragsstoornis), angststoornis (bij 15%) of depressie (bij 17%) (Brosnan en Carr, 2000). Verder gaat de gedragsstoornis in de adolescentie vaak samen met riskant drug- en alcoholgebruik (Chamberlain en Rosicky, 1995).

De prevalentie van een gedragsstoornis onder jongens is beduidend groter dan onder meisjes. Hoewel de laatste jaren criminaliteit onder meisjes enigszins toeneemt (Keenan, Loeber en Green, 1999), is deze nog altijd veel lager dan onder jongens. De onderzoeken naar delinquentie en de behandeling van de gedragsstoornis zijn dan ook veelal verricht onder jongens. Het merendeel van de studies die het geslacht van de respondenten rapporteert, heeft betrekking op 75% tot 80% jongens (zie tabel 5.1). Onlangs deden Keenan e.a. (1999) een poging de hypothese te onderbouwen dat een gedragsstoornis bij meisjes mogelijk andere diagnostische criteria behoeft, een ander beloop heeft en ander behandelbeleid nodig heeft. Om deze hypothese te verwerpen of aan te nemen is echter onderzoek nodig dat zich specifiek richt op meisjes met een gedragsstoornis. De belangstelling hiervoor neemt, ook in Nederland, toe. Zo vonden Verhulst e.a. (2001) dat het agressieve en delinquent gedrag bij meisjes en vrouwen na veertien jaar nog hardnekkiger is dan bij jongens en mannen. Op dit moment is meer hierover echter niet

bekend. In dit hoofdstuk spreken we daarom over jongens en niet over jongeren om niet te verhullen dat we eigenlijk niet weten of de conclusies ook voor meisjes gelden.

5.3 Gevonden meta-analyses en reviews

Van de 21 oorspronkelijk geselecteerde meta-analyses en reviews over de behandeling van agressief en delinquent gedrag in de periode 1995-2001 – zie hoofdstuk 2 in dit rapport – bleken negen te voldoen aan de volgende criteria⁹:

- betreft pubers en adolescenten met ernstige gedragsproblemen (conduct disorder of oppositioneel gedrag),
- betreft studies met een controle- of vergelijkingsgroep, random clinical trial of dubbelblinde toewijzing aan de experimentele en controlegroep,
- er is op een gestructureerde manier gezocht in gerenommeerde internationale databestanden (onder meer PsycINFO, Medline, ERIC) met wel omschreven zoektermen en de periode waarin de literatuur gepubliceerd is;
- er is helder omschreven welke in- en exclusiecriteria voor de studies zijn toegepast en de selectie is door twee personen onafhankelijk van elkaar gedaan;
- van de oorspronkelijke studies zijn de onderzochte interventies, gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies helder beschreven;
- de conclusies komen logisch voort uit de gepresenteerde data en lijken gerechtvaardigd en valide.

Om de resultaten van diverse onderzoeken in een meta-analyse met elkaar te mogen vergelijken (bij elkaar op te tellen en een gemiddeld effect te berekenen) moeten de betrokken onderzoeken methodologisch goed zijn vormgegeven. Bovendien moeten de probleemgroep van de interventie, de interventie zelf en de uitkomstmaten (meetinstrumenten) vergelijkbaar zijn. Lang niet altijd wordt aan deze eisen tegemoet gekomen. Daarom hebben we de meta-analyses ook hierop beoordeeld. In overzichtsartikelen of reviews worden de gevonden resultaten van primaire studies nauwkeurig verslagen zonder een herberekening tot een gemiddeld effect.

Aan de negen studies hebben we één review van Kazdin (1997) toegevoegd. Hoewel het geen meta-analyse betreft en geen overzichtsartikel dat veel informatie geeft over de primaire studies waarop het is gebaseerd, is het in het praktijkveld een gezaghebbend artikel en geeft het een kort en bondig overzicht van ook in andere studies effectief gebleken interventies. Het artikel wordt dus gevalideerd door de andere. Het onderstaande is gebaseerd op tien meta-analyses en reviews. In tabel 5.1 zijn de kenmerken van de studies opgenomen.

5.4 Behandeling

In dit hoofdstuk richten we ons op de effectiviteit van interventies in de jeugdzorg en niet op politieke en justitiële maatregelen en afdoeningen. Voor een overzicht van de effectiviteit van de laatstgenoemde interventies, verwijzen we naar Van der Laan (2001).

⁹ Behalve de eerste zijn deze criteria afgeleid van de richtlijn voor het beoordelen van de kwaliteit van systematische reviews, opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Dutch Cochrane Centre, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Institute for Medical Technology Assessment (iMTA), College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VVIK).

jongens met een gedragsstoornis krijgen vaak een behandeling die gebaseerd is op het veranderen van cognities. Men gaat ervan uit dat agressieve jongens vaak problemen hebben met hoe zij de werkelijkheid waarnemen en verwerken. Zij neigen ernaar intenties van anderen ten onrechte als vijandig in te schatten, vooral in sociale situaties die onduidelijk zijn (Kazdin, 1997). Daardoor reageren ze meestal onnodig agressief en hebben ze als gevolg daarvan vaak gebrekkige en negatieve ervaringen in het interpersoonlijk verkeer. Ook binnen de gezinnen waar deze jongens opgroeien, is sprake van negatieve communicatiepatronen. De gezinsleden beschuldigen elkaar vaker dan in andere gezinnen, reageren defensief op elkaar en steunen elkaar minder (Alexander en Parsons, 1982, aangehaald bij Kazdin, 1997). Bovendien hebben de jongens nogal eens negatieve schoolresultaten en spijbelen ze vaker. Hun maatschappelijk carrière heeft daarmee niet de beste start.

De genoemde cognitieve therapieën zijn gebaseerd op de (sociale) leertheorie. Deze gaat ervan uit dat kinderen leren door positieve feedback en door imiteren van modelgedrag. Het is dus belangrijk dat de ouders en de school laten zien welke gedrag gewenst is, maar daarnaast kunnen ook anderen de rol van model vervullen (de behandelaar, een goede vriend of kennis). Ook gaat de leertheorie ervan uit dat ongewenst gedrag makkelijker wordt afgeleerd door gewenst gedrag te belonen dan door het ongewenste gedrag te bestraffen. Gedragsverandering is dus vooral gericht op het belonen van gewenst gedrag en als er gestraft wordt, is het direct, licht en gepast.

In de geanalyseerde studies komen de volgende typen behandeling voor jongens met antisociaal gedrag aan de orde:

1. Cognitieve gedragstherapie waarbij soms ook wordt gekozen voor een enkele cognitieve training zoals training probleemoplossende vaardigheden of woedebeheersing (*anger control*). Ook zelfinstructie of zelfregulering wordt wel toegepast. De trainingen kunnen zowel individueel als groepsgewijs worden gegeven.
2. Gedragstraining voor ouders, waarin ouders geleerd wordt het gedrag van hun kinderen positief te beïnvloeden door hun eigen (model)gedrag te veranderen.
3. (Functionele) gezinstherapie waarin zowel het gedrag van de ouders als dat van de kinderen positief wordt beïnvloed.
4. Multisysteemtherapie (MST) waarin alle problematische leefgebieden van de jongen (individueel, gezin, familie, school, werk, vrije tijd) richtpunt van interventies zijn.
5. Therapeutische pleeggezin, indien de jongen niet thuis kan blijven wonen.

We presenteren voor alle genoemde behandelingen welk bewijs er bestaat voor de werkzaamheid. Ook geven we aan voor welke interventies tot nu toe geen bewijs van effectiviteit is gevonden.

Cognitieve gedragstherapie en training in probleemoplossende vaardigheden

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is gericht op het veranderen van de cognities van de jongens over sociale situaties. Met een combinatie van technieken zoals ontspanning, cognitieve herstructurering, zelfmonitoring, het leren van probleemoplossende vaardigheden, het leren van woedebeheersing, proberen behandelaars de jongen een sociale situatie reëler in te laten schatten en meer gepast te laten reageren. Dat gebeurt door bekrachtiging van gewenst gedrag en indien nodig lichte en gepaste straffen: een straf- en beloningssysteem. De jongen leert zo het ongewenste gedrag te identificeren en op den duur te veranderen in meer geaccepteerd gedrag. Deze methode voor gedragsverandering is ontleend aan de sociale leertheorie. Gedrag dat eerst nog expliciet door de behandelaar

wordt beloond, zal op den duur door het uitblijven van negatieve reacties van de omgeving en door positieve interpersoonlijke relaties worden beloond.

CGT is effectief voor mensen met angststoornissen en depressie, maar ook voor jongens met (ernstige) gedrags- en agressiviteitsproblemen. Beck en Fernandez (1998) en Bennet en Gibbons (2000) vonden in hun meta-analyses een klein tot matig effect voor deze probleemgroep, dat echter ook bij een follow-up meting na twee jaar nog stand hield. Daarbij bleek dat adolescenten meer profiteren van deze vorm van hulp dan jongere kinderen, conform de cognitieve ontwikkeling. Ook concludeerden Bennet en Gibbons (2000) dat CGT bij jongens weliswaar effectief is maar dat een oudertraining meer resultaten lijkt te geven. Daarover straks meer.

Individuele cognitieve gedragstherapie heeft nogal eens te kampen met uitval. Uit onderzoek blijkt dat de jongens die voortijdig afhaken bij aanvang van de behandeling de meest ernstige problemen hadden. Ook blijkt dat als deze jongens wel in behandeling blijven, ze het beter doen dan anderen (Kazdin, 1997). Voorkomen van uitval is dus belangrijk. Kazdin (1997) geeft een aantal suggesties om afhaken van jeugdigen te voorkomen. Ten eerste kunnen in uitgebreide telefonische contacten met alle gezinsleden van de jongen voorafgaand aan de start van de behandeling de voordelen voor ieder gezinslid als gevolg van de vooruitgang van de jongen duidelijk gemaakt worden. Op het moment van obstakels in de behandeling kan het hele gezin opnieuw worden betrokken. Ten tweede kunnen tijdens de behandeling van de jongen enkele speciale sessies met de ouders worden gehouden waarin bronnen van stress (werkstress, onenigheid in het gezin) en ongerustheid aan bod kunnen komen. Ten derde kan in een voorbereidend gesprek met de jongen worden besproken waarom mensen in therapie gaan en wat het kan betekenen.

Onderdeel van CGT is de *problem solving skills training* (PSST; training probleemoplossende vaardigheden). Deze groepstraining bevordert de interpersoonlijke cognitieve probleemoplossende vaardigheden van de jongens (Kazdin, 1997). Geprobeerd wordt om de denkprocessen die de jongen toepast bij het reageren op interpersoonlijk verkeer te veranderen. Prosociaal gedrag wordt bevorderd door directe bekrachtiging en modelgedrag. Daarbij maken de trainers gebruik van spelletjes, rollenspelen, oefeningen, schoolse activiteiten en verhalen. In toenemende mate wordt het geleerde in de praktijk toegepast. De trainers hebben een actieve rol: modelgedrag, instructie, feedback, complimentjes.

PSST is volgens Kazdin (1997) *bewezen* werkzaam en volgens Brestan en Eyberg (1998) slechts *waarschijnlijk* werkzaam omdat alle onderzoeken naar deze training door teams onder leiding van Kazdin zijn verricht. Brestan en Eyberg vinden het belangrijk dat de werkzaamheid van interventies door minstens twee onafhankelijke onderzoeksteams bewezen wordt. Zij vinden anders de kans dat het positieve bewijs voortkomt uit vooringenomenheid van de onderzoekers te groot om van onbetwistbare werkzaamheid te spreken. In het onderzoek naar interventies bij jeugdigen met gedragsstoornissen komt echter het repliceren van onderzoek door andere onderzoeksinstituten niet vaak voor.

Programma's die de interpersoonlijke vaardigheden van jongens verbeteren, hebben volgens Lipsey en Wilson (1998) ook een bewezen positief effect voor jeugdige delinquenten. Zowel ambulante als residentiële vormen van deze interventie hebben goede resultaten. Oudere kinderen profiteren meer van PSST dan jongere, conform de cognitieve ontwikkeling (Kazdin, 1997).

Brestan en Eyberg (1998) vonden tot slot ook voldoende bewijs om te stellen dat de cognitieve trainingen voor woedebeheersing (*anger control*) waarschijnlijk effectief zijn voor jongens met gedragsstoornis. In Nederland wordt deze training ook op een paar plaatsen in de forensische psychiatrie voor jongeren toegepast.

Deze cognitieve trainingen worden groepsgewijs gegeven. Onderzoek wijst uit dat jongens die bij leeftijdgenoten worden geplaatst die allen antisociaal gedrag vertonen, geen vooruitgang laten zien. Terwijl jongens die in een groep worden geplaatst samen met jongens die geen afwijkend gedrag hebben, wel verbeteren (Kazdin, 1997). Qua problematiek gemengde groepen verdienen dus de voorkeur.

Gedragstraining voor ouders

In Amerika is een trainingsprogramma voor ouders van kinderen met gedragsproblemen ontwikkeld: *Living with Children* (Patterson en Gullion (1968), aangehaald bij Brestan en Eyberg, 1998). Deze interventie is inmiddels in veel verschillende trainingen omgevormd; het merendeel wordt aangeduid met de term *parent management training*, (PMT) of *behavioural parent training* (BPT). Deze trainingen zijn vaak onderzocht en blijken effectief in het veranderen van gedrag bij kinderen (Behan en Carr, 2000; Brosnan en Carr, 2000; Chamberlain en Rosicky, 1995; Kazdin, 1997). Brestan en Eyberg (1998) concluderen dat oudertraining de enige interventie voor jongeren met gedragsproblemen zijn waarvan de effectiviteit buiten kijf is omdat er in minstens twee van elkaar onafhankelijke en bovendien gecontroleerde studies de werkzaamheid overtuigend wordt aangetoond.

Kazdin (1997) geeft de volgende beschrijving. Het doel van de gedragsinterventie is om ouders te leren thuis het gedrag van hun kind meer prosociaal en minder afwijkend te maken (mediatietherapie). Individueel of in groepsbijeenkomsten¹⁰ leert een therapeut of trainer de ouders de interactie met hun kind dusdanig aan te passen zodat het doel wordt bereikt. Ouders wordt eerst geleerd het probleemgedrag te identificeren, te definiëren en te observeren. Om gedrag te evalueren, te bekrachtigen en te bestraffen dient men wel helder te hebben waar het probleem uit bestaat. Op basis van de leertheorie krijgen ouders een aantal technieken aangereikt om het probleemgedrag te helpen veranderen: manieren om goed gedrag positief te bekrachtigen, lichte en passende straffen toe te passen, te onderhandelen en afspraken te maken met hun kind. In sommige trainingen wordt ook met video gewerkt (laten zien van modelgedrag).

De ouders proberen het geleerde thuis in praktijk te brengen en op cursus worden hun ervaringen geëvalueerd. Als de ouders in de loop van de cursus steeds bekwaamer worden, wordt ook het gedrag op school onder de loep genomen.

Door het trainen van ouders en niet van kinderen, gaat men er niet vanuit dat de ouder-kind interactie geheel door ouders wordt bepaald. Wel is de hypothese dat als de ouders zich anders opstellen het andere reacties van hun kind oproept en zo vastgesleten interactiepatronen kunnen veranderen.

PMT en BPT zijn toegepast bij ouders van kinderen met gedragsproblemen van diverse leeftijden. De programma's blijken voor iedereen effectief, ook voor ouders van

¹⁰ Volgens Behan en Carr (2000) zijn de individuele en de groepstrainingen even effectief, maar de eerste duurt langer. Groepstrainingen zijn dus kosten-effectiever.

delinquente adolescenten (Kazdin, 1997) en kinderen met een oppositionele stoornis (Behan en Carr, 2000). Er is echter wel verschil in resultaat. Het aandeel van gezinnen dat profiteert loopt uiteen van 50% tot 95%. Het effect bij ouders met pubers en jongere kinderen is groter dan bij ouders met adolescenten. Ouders van adolescenten veranderen hun opvoedingsmaatregelen minder makkelijk en zij haken vaker voortijdig af. De toenemende rol van leeftijdgenoten op het leefklimaat van adolescenten en de hoeveelheid tijd dat buitenshuis wordt doorgebracht, maakt dat de trainingen daaraan aangepast dienen te worden, aldus Kazdin (1997). Tot nu toe is dat nog niet gebeurd.

Behan en Carr (2000) vonden een aantal studies die aangeven dat de combinatie van een training probleemoplossende vaardigheden voor de jongen en oudertraining het meest effectief is, ook nog bij een follow-up meting na een jaar.

Functionele gezinstherapie

Gezinstherapie wordt gedefinieerd als een psychotherapeutische interventie die gericht is op verandering van interacties tussen gezinsleden en ook op het verbeteren van het functioneren van het gezin als geheel, de subsystemen en de individuele leden (Chamberlain en Rosicky, 1995). Aangenomen wordt dat problematisch gedrag van kinderen de enige manier is waarop aan sommige intermenselijke functies zoals intimiteit, afstand bewaren en steun onder gezinsleden voldaan kan worden. Slechtlopende gezinsprocessen beletten dat deze functies op een rechtstreekse manier vervuld worden (Kazdin, 1997). Ook deze functionele gezinstherapie (*functional family therapy*; FFT) is, net als de PMT, BPT en PSST, gebaseerd op de sociale leertheorie. Omdat de leden van gezinnen met gedragsgestoorde kinderen elkaar vaker beschuldigen, defensief reageren op elkaar, elkaar minder steunen (Alexander en Parsons, 1982, aangehaald bij Kazdin, 1997) probeert de behandelaar de onderlinge communicatiepatronen te veranderen. In de therapie tracht men ouders en kinderen te leren elkaars verlangens te laten zien, elkaar positief te bekrachtigen, problemen constructief te bespreken en elkaar te helpen oplossingen te vinden.

Chamberlain en Rosicky (1995) analyseerden vijf gecontroleerde effectstudies naar gezinstherapie. De studies waren niet voldoende homogeen qua behandelmethode en onderzochte populatie zodat de gevonden resultaten niet bij elkaar genomen konden worden. Bij elk van de studies bleek dat de experimentele groep beter scoorde op recidive en probleemgedrag (zelfrapportage, geobserveerd en door ouders gerapporteerd) dan de onbehandelde controlegroep of de alternatieve behandeling (reguliere behandeling of aandacht). De studies betroffen echter tamelijk kleine onderzoeksgroepen (10 tot 30 gezinnen). Daarnaast blijkt dat veel gezinnen niet komen opdagen bij de behandeling of vroegtijdig afhaken. Tot slot betreffen de onderzoeken niet behandeling in de dagelijkse praktijk zodat wellicht de effecten wat overschat kunnen worden (Chamberlain en Rosicky, 1995). Maar ook Brosnan en Carr (2000) vonden bewijs van werkzaamheid. De positieve effecten – de helft minder recidive dan bij de controlegroepen – werden bovendien ook nog na 18 maanden en zelfs na 3,5 jaar gevonden.

Ondanks de kritische kanttekeningen blijft staan dat een gezinsgerichte behandeling voor deze probleemgroep in vergelijking met geen behandeling of de reguliere individuele benadering effectief kan zijn als voor de belangrijkste belemmering, de hoge drop-out, een oplossing wordt gevonden.

Multisysteem therapie

Bij multisysteemtherapie (MST) gaat men ervan uit dat een gedragsstoornis in stand blijft door factoren in het gezin, de familie, de school, in de omgang met leeftijdgenoten en door de woonomgeving (buurt). Als de veronderstelling is dat in al die systemen een mogelijke oorzaak voor de problematiek ligt, dient de behandeling ook op alle gericht te zijn (Henggeler en Borduin, 1990). Er wordt dus een pakket van interventies gericht op het gezin van de jeugdige met een gedragsstoornis. Ten eerste zijn dat verschillende gezinstherapeutische technieken om de communicatie en de onderlinge steunverlening te verbeteren. Ook kunnen eventuele relatieproblemen tussen de ouders en de ouder-kind-interactie worden besproken. Een oudertraining kan bovendien de opvoedingsvaardigheden verbeteren. Ten tweede richt MST zich op het gedrag van de jeugdige. Er kan een training 'woedebeheersing' worden ingezet of een training 'probleemoplossende vaardigheden'. Ten derde kunnen leerkrachten op school worden geadviseerd om bijvoorbeeld de jeugdige bij sociale activiteiten op school te betrekken. Ook kan – samen met de ouders - worden geprobeerd de jeugdige weg te houden van activiteiten met leeftijdgenoten die hem negatief beïnvloeden en hem in contact te brengen met anderen. Hoewel MST verschillende behandeltechnieken van uiteenlopende benaderingen omvat, is het meer dan louter een samennemen van technieken. De behandeling is gericht op onderlinge gerelateerde systemen en de wijze waarop deze elkaar beïnvloeden (Kazdin, 1997).

MST is geëvalueerd bij delinquente jongens, waaronder zedendelinquenten en gewelddadige misdaders, een groep ernstig antisociale en agressieve jongens. Resultaten wijzen uit dat MST de gedragsproblemen vermindert en het gezinsfunctioneren verbetert. Bovendien wordt de recidive – herhaling van de strafbare feiten, arrestatie en vastgezet worden – met de helft vermindert (Brosnan en Carr, 2000; Borduin, 1999; Kazdin, 1997). Dit is meer dan bij de reguliere interventies (proeftijd, jeugdreclassering, door de rechtbank opgedragen activiteiten, individuele therapie) wordt bereikt. Lipsey en Wilson (1998) berekenden dat gemiddeld genomen een interventie de recidive met zo'n 17% à 18% vermindert. Bovendien houdt het positieve resultaat lang stand; ook na twee en vier jaar zijn de jongens die MST kregen beduidend minder vaak gearresteerd dan anderen (Borduin, 1999).

Therapeutische pleeggezinnen

Therapeutische pleeggezinnen, ook wel *Teaching Family Home* genoemd, zijn een zeer intensieve interventie voor delinquente jongens die reeds enkele malen recidiveerden. Getrouwde paren (pleegouders), die gedegen zijn getraind in de principes voor gedragsverandering volgens de sociale leertheorie, vangen elk één jongen met ernstige gedragsproblemen op. Soms zijn er wel eigen kinderen van de pleegouders aanwezig, maar andere kinderen met gedragsproblemen worden beschouwd als een risicofactor voor verbetering (Brosnan en Carr, 2000; Chamberlain en Rosicky, 1995). De ouders treden op als therapeut en belangenbehartiger voor de jongen in de buurt. Ook de leerkracht wordt betrokken bij de poging om zowel thuis als op school de gedragproblemen te laten afnemen. Uiteindelijk zijn de jongens in staat weer terug te keren naar huis en naar hun reguliere school (Lipsey en Wilson, 1998). In een drietal effectstudies komt naar voren dat de recidive bij deze groep jongens in vergelijking met jongens die in een reguliere residentiële instelling waren geplaatst, veel minder is en dat na twee jaar de verbetering nog steeds aanwezig is. Ook bleek dat de hulp aan de onderzochte groep jongens minder kostte dan de reguliere hulp (Brosnan en Carr, 2000).

Overige interventies

Naast de genoemde interventies bij jongens met antisociaal gedrag zijn er nog vele waarvoor minder bewijs van werkzaamheid bestaat. Lipsey en Wilson (1998) hebben een groot aantal interventies voor delinquente jongens in effectiviteit vergeleken op basis van 200 onderzoeken. Het betreft een hernieuwde analyse van een studie van Lipsey op basis van 400 onderzoeken een aantal jaren daarvoor (Lipsey, 1995). Tot de interventies waarvoor onduidelijke effecten (soms positief, soms negatief) bestaan, behoren: leerprogramma's, gezinscounseling, groepscounseling en werkprogramma's. Interventies waarvoor tot nu toe geen of slechts weinig bewijs van werkzaamheid bestaat, zijn jeugdreclassering met verlaagde case-load, drugsvrije afdelingen in residentiële instellingen, survivaltochten. Duidelijk geen effect is gevonden bij vroegtijdige vrijlating en afschrikprogramma's (zoals een gevangenis bezoeken).

We gaan nader in op twee van hun bevindingen. Opvallend was dat individuele counseling, in tegenstelling tot eerdere bevindingen, effectief bleek voor delinquente jongens. In een ambulante setting geeft het zelfs het grootste gevonden effect in deze meta-analyse ($d = .46$; matig effect). Bij nadere beschouwing bleek dat Lipsey en Wilson een studie waarin jongens multisysteemtherapie kregen, hadden opgenomen in deze categorie. Wellicht dat het relatief grote effect hierdoor verklaard wordt; MST laat immers goede resultaten zien. De tweede bevinding die toelichting behoeft, is dat eerder bleek dat survivaltochten - zeker als deze vanuit een ambulante setting zijn ondernomen - geen positief resultaat opleveren. In een specifieke meta-analyse van dezelfde onderzoekers een paar jaren later bleek echter dat deze conclusie enigszins voorbarig is geweest (Wilson en Lipsey, 2000). In een meta-analyse van 28 studies naar het effect van survivaltochten bleek dat het effect niet erg groot is ($d = .24$) maar toch groter dan het eerder gerapporteerde ($d = .12$). Bovendien hebben de onderzoekers geanalyseerd welke elementen het meest effectief zijn aan een survivaltocht. De meest effectieve tochten hadden een duur van zes tot tien weken, een intensieve fysieke activiteit, en een duidelijk therapeutische component. Daarnaast is een follow-up behandeling voorwaarde voor succes.

Tot slot geven we nog enkele gegevens over minder gebruikelijke therapieën voor jongens met een gedragsstoornis: farmacotherapie en electroconvulsietherapie (ECT: electroshock therapie). Kwalitatief goede meta-analyses zijn hierover niet voor handen, wel een paar (matige) overzichtsstudies. Ten eerste geven Campbell, Kafantaris en Cueva (1995) aan dat het gebruik van lithium carbonaat voor kinderen met antisociaal gedrag waarschijnlijk niet werkzaam is. In drie onderzoeken is lithium superieur aan placebo maar in twee andere studies is placebo even effectief. Volgens Connor en Steingard (1996) is lithium niet effectief voor behandeling van agressiviteit en ook van moderne antidepressiva is de werkzaamheid niet bewezen. Ten tweede, in onderzoek naar elektroconvulsie therapie (ECT) hebben Baldwin en Oxlad (1996) een aantal casussen geanalyseerd van jeugdigen met diverse gedragsproblemen bij wie ECT werd toegepast. Bij agressiviteit en delinquentie zijn echter meer voorbeelden van tegenvallende dan van positieve resultaten bij deze aanpak te vinden.

5.5 Conclusies

Jongens met ernstige gedragsproblemen, agressief en delinquent gedrag of antisociaal gedrag, veroorzaken veel maatschappelijke overlast en trekken daarmee veel aandacht. Epidemiologisch onderzoek geeft aan dat zo'n 5% à 6% van de Nederlandse kinderen een gedragsstoornis heeft en bijna 1% een oppositionele stoornis. Vaak is bij hen sprake van co-morbiditeit, een combinatie van de gedragsstoornis met andere problemen zoals depressie, angststoornis of ADHD. In het verleden leek het alsof er nauwelijks iets hielp om de problemen bij deze jongens te verminderen. Tegenwoordig zijn er echter tekenen van werkzame interventies. Tien meta-analyses en overzichtsartikelen geven de volgende aanwijzingen.

Duidelijk effectief zijn de trainingen voor ouders van jongens met ernstige gedragsproblemen, gebaseerd op de sociale leertheorie. Hierover zijn alle onderzoekers het eens. Deze trainingen kunnen zowel individueel als groepsgewijs gegeven worden; groepen zijn echter kosten-effectiever. Voor jeugdigen met een oppositionele stoornis leidt een oudertraining in combinatie met een training probleemoplossende vaardigheden voor de jongen waarschijnlijk tot het beste resultaat. Ook voor agressieve en delinquente jongens is een dergelijke combinatie werkzaam. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit van de training woedebeheersing (*anger control*), die ook in Nederland op diverse plaatsen wordt toegepast.

De effectiviteit van cognitieve gedragsinterventies bij jeugdigen hangt samen met de leeftijd, de groepssamenstelling en getroffen maatregelen om uitval te voorkomen. De cognitieve gedragstrainingen zijn voor adolescenten effectiever dan voor jongere (basisschool) kinderen. Groepen met jongens met verschillende problemen laten meer verbetering zien dan groepen met alleen jongens met antisociaal gedrag. Om uitval te voorkomen kan men de gezinsleden van de jongen die een training volgt informeren over de doelen, de werkwijze, de voordelen die het voor hen heeft als hij de cursus afmaakt en de eventuele obstakels die er in de cursus zijn. Worden dergelijke maatregelen niet getroffen dan zullen de jongens met de ernstigste problemen eerder geneigd zijn af te haken en zal de training voor hen niet tot de gewenste resultaten leiden. Maken zij de cursus af dan is er grote kans dat het resultaat ook voor hen positief is.

Belangrijke conclusie is dat ouder- en gezinsparticipatie aan de effectiviteit van de (cognitieve) behandeling van jongens met antisociaal gedrag verhoogt. Naast oudertraining zijn daarom ook gezinstherapie en multisysteemtherapie (MST) effectief. Functionele gezinstherapie kan positieve effecten hebben op de communicatie in het gezin zodat men elkaar beter kan begrijpen, kan steunen als er moeilijkheden zijn en samen kan zoeken naar oplossingen. Grootste belemmering voor de effectiviteit van gezinstherapie is voortijdige uitval; specifieke maatregelen zullen dit moeten voorkomen. MST is effectief omdat het zich op meerdere determinanten en systemen tegelijkertijd richt. Ernstige vormen van gedragsproblemen zijn multicausaal; er is niet één oorzaak van de problemen aan te wijzen. De therapie dient dan ook multifocaal te zijn, met andere woorden: te focussen op meerdere aspecten van het leven van de jongen. Interventies voor de jongen (bijvoorbeeld het verbeteren van de probleemoplossende vaardigheden of de woedebeheersing) worden gecombineerd met gezins- en ouderinterventies (waaronder als het nodig is ook relatietherapie), interventies op school (advisering van de leerkracht) en in de vrije tijd

(actieve bemoeienis met de vrijetijdsbesteding en de relaties met leeftijdgenoten). Van MST is de verbetering van gedrag en gezinscommunicatie na twee tot vier jaar nog steeds aanwezig.

Voor jongens die vele malen recidiveerden en een intensieve interventie nodig hebben, is een therapeutisch pleeggezin mogelijk effectief. De pleegouders zijn getraind in de principes van gedragsverandering volgens de sociale leertheorie en zijn zowel therapeut als belangenbehartiger voor de jongen. Ook hier is de verbetering na twee jaar nog in stand gebleven. Bovendien blijkt een therapeutisch pleeggezin minder kostbaar dan een opname in een andere residentiële voorziening.

Tabel 5.1: Overzicht meta-analyses en reviews naar de effectiviteit van interventies bij jeugdigen met (ernstige) gedragsstoornissen

<i>Auteurs (in alfabetische volgorde)</i>	<i>Diagnose / Probleem</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht jeugdigen</i>	<i>Interventie(s)</i>	<i>Effectmaat</i>	<i>Duur follow-up</i>	<i>Conclusie</i>
Beck en Fernandez (1998)	Agressief en delinquent gedrag	50 studies met controlegroep	N=1640	12 jaar en ouder	Cognitieve gedragstherapie (CGT)	Probleemafname: zelfrapportage gedragsobservatie	Niet vermeld	Gewogen effectmaat CGT $d = .70$ (tamelijk groot effect), robuust verschil en interventies waren homogeen.
Behan en Carr (2000)	Oppositioneel-opstandig gedrag (ODD) Comorbiditeit aanwezig maar niet nader omschreven	24 studies: - voor- en nameting met controlegroep - random toewijzing	N=1179	3-14 jaar (gemiddeld 11 jaar) en hun ouders; 75% jongens; 48% één oudergezin	Diverse gedragstherapieën voor ouders (BPT)	Probleemafname: CBCL, gezinsinteractie, ouder-kind-interacties, oordeel leerkracht en zelfrapportage	2 maanden tot 1 jaar (15 studies); in 9 studies niet vermeld	Meest effectief is BPT gecombineerd met training probleemoplossende vaardigheden (na een jaar 50- 95% afname probleemgedrag op school en thuis). Individuele BPT is even effectief als in groep, maar wel duurder. Groepsbehandeling is dus kosteneffectief.
Bennett en Gibbons (2000)	Anti-sociaal gedrag	30 studies met controlegroep	N= 2040	5-18 jaar (gemiddeld 11 jaar); voornamelijk jongens.	Cognitieve gedragstherapie; gemiddeld 19 sessies; gemiddelde duur: 9 weken; 26 studies groepstherapie.	Probleemafname	1 tot 12 maanden; gemiddeld 5 maanden	Gewogen effectmaat $d = 0.23$ (klein tot matig effect). Significant positief effect houdt stand bij follow-up: gewogen effectmaat $d = 0.51$ (tamelijk groot effect). - CGT is effectiever voor adolescenten dan voor jongere kinderen. Alleen CGT voor kinderen met antisociaal gedrag lijkt minder effectief dan oudertraining.
Borduyn (1999)	Jeugddelinquentie	3 studies met controlegroep	N= 364	Adolescenten	Multisysteem therapie (MST)	Probleemafname (crimineel gedrag, druggerelateerde arrestaties)	2 – 4 jaar	MST is effectiever dan reguliere hulp (o.a. individuele therapie), ook op lange termijn, omdat het op meerdere determinanten (school, gezin, leeftijdgenoten) is gericht.
Brestan en Eyberg (1998)	Oppositionele stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD)	82 studies met controlegroep (één single case design) - 75% van de studies random toewijzing	N = 5272; 6-14 jaar (gemiddeld 10 jaar)	kinderen en adolescenten en hun ouders; 82% jongens; gemiddelde leeftijd 10 jaar (gegeven in 26 studies)	Diverse behandelingen: Oudertrainingen, woedebeheersings-training, interactietherapie ouder-kind, multisysteem therapie	Probleemafname	37% van de studies heeft gegevens over follow-up na zes maanden	Effectief: oudertraining (monitoren gedrag, beloning gewenst gedrag) en oudertraining met video modeling. Waarschijnlijk effectief: (jonge kinderen) oudertraining; (schoolgaande kinderen) training probleemoplossende vaardigheden; (adolescenten) woedebeheersing, assertiviteitstraining, MST, rationeel-emotieve therapie.

<i>Auteurs (in alfabetische volgorde)</i>	<i>Diagnose / Probleem</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht jeugdigen</i>	<i>Interventie(s)</i>	<i>Effectmaat</i>	<i>Duur follow-up</i>	<i>Conclusie</i>
Brosnan en Carr (2000)	Gedragsstoornis (CD) in ernstige en minder ernstige mate	15 studies met controlegroep (11 random toewijzing)	N= 1102	12-18 jaar	Oudertraining (BPT), functionele gezinstherapie, multisysteemtherapie (MST), therapeutische pleegzorg.	Probleemafname, recidive, gezinsfunctioneren	10 studies hebben een follow-up na een jaar	MST meest effectief voor jeugdige met ernstige CD; therapeutische pleegzorg geldt als alternatief. Voor jeugdige met minder ernstige CD: BPT of functionele gezinstherapie.
Chamberlain en Rosicky (1995)	Gedragstoornis (CD), delinquentie	7 studies met controlegroep (6 random toewijzing)	Aantal jeugdigen varieert per studie van 20 tot 158.	Adolescenten en het gezin	Gezinstherapieën, ook in therapeutische pleeggezinnen.	Probleemafname: aantal arrestaties, opnames, zelfrapportage, ouder rapportage en gedragsobservatie.	varieert van 7 maanden tot 2 jaar; 3 studies geen follow-up.	Gezinstherapie is significant effectiever dan geen of andere hulp, ook bij follow-up. Kanttekeningen bij resultaten: Er is veel drop-out en het betreft veelal onderzoekspopulaties en geen klinische waardoor het effect wrs. overschat wordt.
Kazdin (1997)	Gedragsstoornis (CD)	Review zonder exacte gegevens over studies	Niet vermeld	Niet vermeld	Probleemoplossen-de vaardigheids-training (PSST), oudertraining (PMT), functionele gezinstherapie (FFT), multi-systeemtherapie (MST).	<i>Probleemafname thuis en op school</i>	Follow-up tot een jaar	Genoemde interventies zijn veelbelovend, gemeten naar een viertal strenge criteria. De interventie is (1) theoretisch onderbouwd: relatie interventie en probleemgedrag (2) onderzoekbaar op relatie met probleem-gedrag (3) op effecten onderzocht (4) onderzocht op de werkzame bestanddelen. Aan het laatste criterium voldoet nog geen enkele interventie, aan de eerste drie wel.
Lipsey en Wilson (1998)	Jeugddelinquentie	200 studies met controle-groep (wacht-lijst of reguliere hulp); 75% random toewijzing of matching.	Niet vermeld	Van 10 tot 22 jaar, merendeels 14-17 jaar; 87% betrof alleen of merendeels jongens	Divers: o.a. training interpersoonlijke vaardigheden, gedragsinterventie, Kursushuis, counseling, survival tocht, beroepseducatie.	<i>Recidive (politiecontact, rechtbankcontact, heropname)</i>	Niet vermeld.	Ambulant grootste effect ($d=.49$ tot $.30$) bij: training interpersoonlijke vaardigheden, ind. counseling, gedragsinterventie en werkprogramma. Residentieel ($d=.44$ tot $.26$): training interpersoonlijke vaardigheden, gedragsinterventie, kursushuis, leefgemeenschap. Geen effect: survivaltocht, vroegtijdige vrijlating, beroepseducatie, afschrikprogramma, reclassering.

<i>Auteurs (in alfabetische volgorde)</i>	<i>Diagnose / Probleem</i>	<i>Aantal studies / mate controle</i>	<i>Aantal jeugdigen</i>	<i>Leeftijd en geslacht jeugdigen</i>	<i>Interventie(s)</i>	<i>Effectmaat</i>	<i>Duur follow-up</i>	<i>Conclusie</i>
Wilson en Lipsey (2000)	Delinquentie en antisociaal gedrag	28 studies met controlegroep waarvan 16 met random toewijzing.	N = 3000	10-18 jr (jongens 13-15 jaar)	Survivaltochten	Recidive en zelfrapportage delinquent gedrag. Daarnaast sociale vaardigheden, zelfwaardering, locus of control, aanpassing op school.	Geen follow-up	Gemiddeld genomen klein effect: $d = .24$. Ook voortgang op niet gedragsmatige effectmaten. Meest effectieve programma duur: 6 – 10 weken. Meest effectieve onderdelen zijn de intensiteit van de fysieke activiteit en de aanwezigheid therapeutisch component.

5.6 Literatuur

Meta-analyses en reviews

- Beck, R. & E. Fernandez (1998). Cognitive-behavioral Therapy in the Treatment of Anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy en Research*, 22 (1), 63-740.
- Behan J. & A. Carr (2000). Oppositional Defiant Disorder. In: Carr, A. (Ed) et al. *What works with children and adolescents? a critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. pp 102-130. New York, NY, US: Routledge.
- Bennett, D.S. & T.A. Gibbons (2000). Efficacy of Child Cognitive Behavioral Interventions for Antisocial Behavior: a meta-analysis. *Child en Family Behavior Therapy*, 22 (1), 1-15
- Borduin, C.M. (1999). Multisystematic Treatment of Criminality and Violence in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (3), 242-249.
- Brestan, E.V. & S.M. Eyberg (1998). Effective Psychosocial Treatment of Conduct-disordered Children and Adolescents: 29 years, 82 studies and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (2), 180-189.
- Brosnan, R. & A. Carr (2000). Adolescent Conduct Problems. In: Carr, A. (Ed) et al. *What works with children and adolescents: a critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. (pp. 131-154) New York, NY, US: Routledge.
- Chamberlain, P. & J.G. Rosicky (1995). The Effectiveness of Family Therapy in the Treatment of Adolescents with Conduct Disorders and Delinquency. *Journal of Marital en Family Therapy*. 21 (4). Special issues: The effectiveness of marital and family therapy (pp.441-459)
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner Review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62, 161-182.
- Lipsey, M. & D. Wilson (1998). Effective Interventions for Serious Juvenile Offenders: a synthesis of research. In: R. Loeder en D.P. Farrington (eds.) *Serious and violent juvenile offenders, risk factors and succesfull interventions*. Nembury Park, CA: Sage. (pp 313-345)
- Wilson, S.J. & M.W. Lipsey (2000). Wilderness Challenge Programs for Delinquent Youth: A meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation en Program Panning*, 23 (1), 1-12.

Overige relevante publicaties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual for mental disorders (4th. Edition)*. Washington DC: Author.
- Baldwin, S & M. Oxlad (1996). Multiple Case Sampling of ECT Administration to 217 minors: review and meta-analyses. *Journal of Mental Health (UK)*, 5 (5), 451-463.
- Brink, G. van der (2001). *Geweld als uitdaging. De betekenis van agressief gedrag bij jongeren*. Utrecht: NIZW.
- Campbell, M., V. Kafantaris & J.E. Cueva (1995). An update on the use of lithium carbonate in aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Psychopharmacol Bulletin*, 31 (1), 93-102.
- Connor, D.F. & R.J. Steingard (1996). A clinical approach to the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *Ann NY Acad Sci*, 794, 290-307.
- Henggeler, S. & C. Borduin (1990). *Family therapy and beyond: a multisystemic approach to problem solving*. Eugene, OR: Castalia Press.

- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*. vol. 66, no. 1, 19-36.
- Keenan, K., R. Loeber & S. Green (1999). Conduct disorder in girls: a review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (1), 3-19.
- Laan, P.H. van der (2001). Politie en justitie interventies bij gewelddadige en ernstig delinquentie jongeren. In: Loeber, R.N., W. Slot, J.A. Sergeant (red.). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: McGuire, J. (ed.). *What works? Reducing reoffending: guidelines from research and practice*. Chichester, England UK: John Wiley, p. 63-78.
- Loeber, R.N., W. Slot & J.A. Sergeant (red.) (2001). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verhulst, F.C., A.G. Donker & M.B. Hofstra (2001). De ontwikkeling van antisociaal gedrag. In: Loeber, R.N., W. Slot & J.A. Sergeant (red.). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

6. Toepassingsmogelijkheden voor de wetenschappelijke kennis

Carolien Konijn

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we tot slot kort in op de vraag hoe de wetenschappelijke kennis uit (overzichten van) effectstudies kunnen worden toegepast in de praktijk van de hulpverlening. Op basis van de inzichten uit wetenschappelijke onderzoeken krijgen we een indicatie van welke interventies werken en welke niet. Maar hoe kunnen we die inzichten zodanig overdragen dat de professionals deze ook daadwerkelijk gaan toepassen in de praktijk? Publicaties in een vaktijdschrift zijn daarvoor niet voldoende.

Richtlijnen, protocollen, zorgmodularisering en zorgprogrammering zijn instrumenten waarmee de kwaliteit van de jeugdzorg verhoogd kan worden omdat ze aangeven welke wenselijke situatie wordt beoogd. Ook voor cliënten zijn ze uitermate informatief; het verhoogt de transparantie van de jeugdzorg. Deze instrumenten zijn mogelijk geschikt voor implementatie van nieuwe inzichten in de jeugdzorg. Het gebruik van deze instrumenten is echter nog niet frequent en het blijkt lastig hulpverleners hiervoor voldoende te motiveren.

In dit hoofdstuk definiëren we eerst de gebruikte begrippen (richtlijn, protocol, module, zorgprogramma). Daarna geven we een voorbeeld van de wijze waarop wetenschappelijke kennis kan worden toegepast in een zorgprogramma voor jongeren met meervoudige problemen. We geven aan welke stappen zijn ondernomen om het programma te schrijven en om enkele organisatieaspecten te regelen die een goede uitvoering moeten garanderen.

6.2 Definities van begrippen

Voor een goed begrip definiëren we de gebruikte termen. Onder *richtlijnen* verstaan we, in navolging van Grol en Wensing (2001), systematische stellingen of aanbevelingen om hulpverlener en cliënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest gepaste of geschikte zorg bij een probleem. Richtlijnen geven antwoord op de vraag wat wanneer gedaan moet worden, en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen (Franx, Eland en Verburg, 2002). Richtlijnen vatten de stand van de wetenschap samen voor de behandeling van een bepaald probleem en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van hulpvragers. Voor richtlijnontwikkeling is consensus van betrokken wetenschappers, hulpverleners en cliënten nodig. Het is dus zeker geen rechtstreeks product van een overzichtstudie of meta-analyse; de resultaten uit de literatuur vormen wel de basis (*evidence-based clinical guidelines*). *Protocollen* bevatten aanbevelingen voor het handelen op basis van een geprogrammeerde beschrijving van het beleid (Grol en Wensing, 2001). Protocollen gaan in op de vraag wat hulpverleners in welke volgorde dienen te doen, zij informeren hen niet over onderliggende kennis en afwegingen (Franx e.a., 2002). *Zorgmodules* beschrijven afgebakende interventies voor een doelgroep in de jeugdzorg en *zorgprogramma's* beschrijven een samenhangend hulpaanbod voor een doelgroep (meerdere modules). Beide geven niet alleen antwoord op de vraag wat er wanneer dient te gebeuren, maar zeggen ook iets over de manier waarop de hulp gegeven wordt, zoals door welke

beroepsbeoefenaar, in welke setting en met welke frequentie (Van Yperen, Carati, Schuppert en Vermunt, 2000).

Als het gaat om het verbeteren van de effectiviteit van de jeugdzorg lijken zorgmodules of een zorgprogramma, gemaakt op basis van een richtlijn voor behandeling van bepaald probleem, een goede manier. Protocollen zijn voor aanwijzingen aan hulpverleners minder geschikt vanwege het ontbreken van argumentatie en overwegingen, en het dwingende karakter. Richtlijnen geven immers ruimte om - mits goed beargumenteerd - af te wijken van het voorgestelde.

De implementatie van richtlijnen blijkt echter een lastige zaak (o.a. Kaasenbrood, 1995). Hulpverleners lijken nogal eens te denken dat richtlijnen altijd dwingend opgevolgd moeten worden en verzetten zich hier bij voorbaat tegen. Richtlijnen zijn echter algemeen gesteld en dienen als leidraad te worden genomen bij het nemen van beslissingen; men kan met goede argumenten, na een degelijke afweging, voor individuele cliënten afwijken. Een cliënt kan dan weliswaar een andere behandeling krijgen dan wetenschappelijk bewijzen voor de hele probleemgroep als beste aangeven, maar de hulpverlener heeft een gedegen afweging gemaakt en geen intuïtieve zoals nu vaak het geval is. Een richtlijn is een *beslissingsondersteunend* instrument.

6.3 Voorbeeld: zorgprogramma PATCH

Aan de hand van een voorbeeld illustreren we welke rol wetenschappelijke kennis bij het verhogen van de effectiviteit van de jeugdzorg kan vervullen. In de regio Tiel is in de jaren 2000 en 2001 gewerkt aan het maken van een zorgprogramma voor jongeren met meervoudige problemen, PATCH genaamd (Konijn, 2001). De naam PATCH staat voor de instellingen op een synthesizer die samen een geluid vormen. Op oude synthesizers wordt dit gedaan door de verschillende modules waaruit de synthesizer bestaat met elkaar te verbinden via een patch-kabel. Zoals een PATCH-kabel zullen de diverse modules die de zorg voor jongeren met meervoudige problemen kent met elkaar moeten worden verbonden, meenden de betrokken hulpverleners in de regio.

De aanleiding voor het zorgprogramma was dat het hulpaanbod in de regio aan jongeren met ernstige emotionele, gedrags- verslavings- en/of psychiatrische problemen - met name dat vanuit de GGZ – niet voldeed. Op basis van een probleemanalyse kwam men tot het voorstel om niet alleen het GGZ-aanbod voor deze jongeren te verbeteren maar om een sectoroverschrijdend hulpaanbod te zoeken dat de expertise van de jeugd-GGZ, jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en verslavingszorg combineert (Bransen, 2000). Hulp aan jongeren met meervoudige problemen is niet iets dat één instelling alleen goed kan geven, luidt de analyse.

De recente ontwikkeling van zorgprogrammering is als methode aangegrepen om het sectoroverschrijdende hulpaanbod aan deze jongeren vorm te geven. Diverse instellingen kunnen hierbij een aanbod (module) formuleren op een deel van de hulpvragen van de probleemgroep. Een individuele cliënt kan – afhankelijk van zijn hulpvraag – een keuze maken uit de in het programma beschikbare modules. Op die manier kunnen diverse zorgmodules worden gecombineerd en kan het geheel aansluiten op de individuele zorgvraag.

Bij het opstellen van het zorgprogramma zijn de volgende stappen ondernomen:

1. Er is een projectteam samengesteld van hulpverleners van alle instellingen die in de regio bij de probleemgroep in de regio waren betrokken (jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, jeugd-GGZ en verslavingszorg). In dit team is - gebaseerd op de eigen hulpverleningservaringen - nagegaan welke probleemgroep precies werd beoogd, welke knelpunten er waren in de hulpverlening en wat verbetering zou kunnen brengen.
2. Er is een literatuurstudie gedaan naar wat volgens internationale bronnen een effectieve aanpak zou zijn van de problematiek bij de gedefinieerde probleemgroep. De literatuurstudie betrof behandeling van jongeren met meervoudige problemen waaronder ernstige gedragsproblemen (zie hoofdstuk 5 in dit rapport), drugs- en alcoholproblemen en (ernstige) psychische problematiek. Vanwege het intersectorale karakter van het programma is ook gezocht naar resultaten van casemanagement en vormen van samenwerking van instellingen (*wrap-around-services*). Voor een overzicht van de verzamelde kennis verwijzen we naar het rapport (Konijn, 2001).
3. Een aantal jongeren uit de probleemgroep is geïnterviewd om hun visie op de huidige kwaliteit van hulpverlening en hun wensen te vernemen.
4. Sleutelfiguren van een paar voorbeeldprojecten in Nederland voor jongeren met meervoudige problemen waaronder delinquentie (Derde Oever en De Fjord) zijn geconsulteerd om te profiteren van hun ervaringen.
5. Op grond van het voorgaande is een aantal modules (zorgeenheden) geformuleerd bij elk van de hulpvragen die de cliënten kunnen stellen. Op deze manier is een zorgprogramma geschreven dat bestaat uit een gecoördineerd aanbod van een aantal modules; een aanbod dat op basis van een intersectorale indicatiestelling en de hulpvraag van de cliënt tot stand komt.
6. Om de implementatiekansen te vergroten, is gezorgd voor breed draagvlak binnen de instellingen (informatie aan alle medewerkers) maar vooral binnen het management van de betrokken instellingen. Het project werd aangestuurd door een commissie waarin alle betrokken directeuren zitting hadden. Volgens de laatste berichten zijn de eerste stappen voor invoering van het programma reeds gezet.

Doelstelling programma

Doel van het zorgprogramma PATCH is hulp geven aan jongeren met meervoudige problemen, waaronder psychische problemen, problemen in het gezin, ernstige gedragsproblemen en/of problemen als gevolg van druggebruik. Hoofddoel van het programma is dat (1) de jeugdige of de ouders zodanig herstellen dat zij zelf de problemen weer kunnen oplossen (empowerment). Daartoe is een aantal subdoelen nodig te realiseren: (2) jeugdigen (sociale en leer) vaardigheden leren om zich te handhaven in de maatschappij, (3) zelfwaardering en competentie van de jeugdige verhogen, (4) meer cohesie in het gezin brengen zodat het steunend kan worden. De hulp dient hiermee te leiden tot een verhoging van de kwaliteit van leven van de cliënten. Soms gaat dit gepaard met een afname van problemen, soms met alleen stabilisatie van de problemen. Te hoge verwachtingen van vooruitgang bij deze doelgroep zijn volgens de hulpverleners in de regio Tiel een valkuil.

Conclusies uit de overzichtsstudies

De verkenning van wetenschappelijke literatuur wees uit dat voor jeugdigen met meervoudige problemen multisysteemtherapie (MST) het meest effectief is: interventies gericht op de jeugdige, de ouders, en de omgeving van de jeugdige i.c. werk, opleiding, relatie met leeftijdgenoten. MST is geschikt voor drie doelgroepen: jeugdige delinquenten, verslaafde of drugsgebruikende adolescenten en emotioneel sterk gestoorde jeugdigen; dit komt overeen

met de problemen van de doelgroep van het PATCH-programma. MST is meer effectief dan *home-based* hulpverleningsprogramma's (zoals Families First) en crisisinterventie programma's. De praktische hulp waar die programma's veelal op inzetten is wel belangrijk maar de therapeutische (gezins)interventies blijken belangrijker. Het succes van MST schuilt in het feit dat de multicausale aard van de problematiek een flexibele veelkoppige maar wel gerichte hulpverleningsstrategie nodig heeft (Henggeler e.a., 1994; Borduin, 1999).

Om deze interventies adequaat uit te voeren is een intensieve vorm van casemanagement nodig en intensieve samenwerking tussen instellingen (*wrap-around-services*). Het zorgprogramma voor jeugdigen met meervoudige problemen dient modules te bevatten die samen tegemoet komen aan een multisystemische benadering van de jongeren, een succesvol casemanagement en samenwerking tussen instellingen.

Zorgmodules

Bij het samenstellen van de lijst met modules is enerzijds gelet op de hulpvragen van de cliënten en de knelpunten in de huidige hulpverlening zoals de hulpverleners die ervaren. Anderzijds zijn de resultaten van de effectiviteitstudies meegenomen. Dit mondde uit in een lijst van 25 modules.

De hulpvragen van de jongeren zijn vooral gericht op diagnostisch onderzoek, psycho-educatie, lotgenotencontact, betere coördinatie van de hulp, af en toe gedogen van druggebruik en psychiatrische problematiek of het creëren van specifieke voorzieningen voor behandeling hiervan voor adolescenten, en ondersteuning van de ouders.

Uit de effectstudies blijkt dat - naar model van de multisystemische behandeling - het zorgprogramma vier soorten modules dient te bevatten:

1. Modules die de jongere helpen om zijn individuele situatie beter te beheersen: diagnostisch onderzoek (inclusief uitgebreid adviesgesprek / psycho-educatie), praktische hulp, agressie- en angstcontrole training, lotgenotencontact, psychotherapie, sociaal-psychiatrische begeleiding.
2. Modules die de ouders ondersteunen: ouderbegeleiding, lotgenotencontact, intensieve gezinsbegeleiding.
3. Modules waarbij de opleiding- en werkmogelijkheden van de jeugdige de focus zijn: begeleiding naar werk en/of opleiding, en sociale vaardigheden (om werk te behouden en opleiding helpen af te ronden).
4. Modules die gericht zijn op het omgaan met de vriendengroep: lotgenotencontact (expliciete wens van de geïnterviewde jongeren) en de sociale vaardigheidstraining. Deze laatste module is onder meer gericht op het weerstand bieden tegen groepsdwang.

Daarnaast is het karakter van het casemanagement belangrijk: het vergt een lage case load, intensief contact met de cliënten, contact met een therapeutisch karakter. Hiervoor is coaching, begeleiding of scholing van de casemanagers nodig. De projectgroep van hulpverleners, die de kern van het programma vormt, voorziet voor een deel in de benodigde coaching: als de casemanager een knelpunt signaleert in de hulpverlening, maar ook in het contact met de cliënt dan is de projectgroep beschikbaar voor consultatief overleg en bijstand. Daarnaast hebben de casemanagers scholing nodig om adequaat met de doelgroep om te gaan. De casemanager is bij MST immers geen zakelijke coördinator maar een belangrijk hulpverleningsinstrument.

Het is de vraag of hiermee de kern van de MST is gevat. Op dit moment is het NIZW bezig om te bezien of MST als programma vanuit Amerika naar Nederland geïmporteerd moet worden; er start binnenkort een aantal pilots om de methodiek te beproeven. Onderdeel van de afweging om de methodiek in Nederland te importeren of niet, is dezelfde als die in dit zorgprogramma: biedt de MST-methodiek meer dan de samenstelling van modules en hoge kwaliteit van het casemanagement zoals we dat hierboven presenteerden? Met andere woorden: kunnen we de multisystemische benadering met aparte modules vormgeven of is het een integrale methodiek? In het opgestelde programma is men uitgegaan van het eerste.

Een aantal van de 25 zorgmodules is direct beschikbaar, een aantal moet nog ontwikkeld worden en nog weer andere moeten worden aangepast aan de doelgroep. Bij de verdere ontwikkeling van het zorgprogramma zal prioriteit gegeven moeten worden aan de aanpassing van de sociale vaardigheidstraining aan de doelgroep van het zorgprogramma, de ontwikkeling van de agressie- en angstcontrole training en de module werk en opleiding. Deze drie modules maken deel uit van het hart van het zorgprogramma, aangezien ze zorgdragen voor twee van de vier noodzakelijke delen van de MST-benadering. Bovendien dient verdere ontwikkeling van de kwaliteit van het casemanagement aandacht te krijgen. Tot slot vinden met name de jongeren zelf het lotgenotencontact belangrijk.

Projectgroep

Ervaren hulpverleners van alle betrokken instellingen in de regio (jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ, verslavingszorg en jeugdbescherming) maken deel uit van de 'projectgroep'. De coördinator is afkomstig uit de jeugdhulpverlening. Van de jeugdbescherming nemen zowel een gezinsvoogd als een jeugdreclasserder deel, maar deze zullen in de praktijk niet altijd dezelfde hulpverleners zijn. Vanwege de continuïteit van de discussie en de opbouw van expertise in het programma is het van belang dat er van de andere instellingen vaste consultatiedeelnemers zijn. De leden van de projectgroep komen geregeld (tweewekelijks) bij elkaar. Deze projectgroep stelt gezamenlijk de hulpverleningsplannen op.

Laagdrempelige toegang

Omdat de doelgroep van het programma doorgaans niet gemotiveerd is voor hulp en eerder negatieve hulpverleningservaringen heeft, is het belangrijk de drempel om hulp te vragen zo laag mogelijk te houden. Er is contact gezocht met voorzieningen voor sociaal-cultureel werk en het straathoekwerk waar de doelgroep zich nogal eens bevindt. De werkers in deze voorzieningen kunnen de jongeren informeren over het zorgprogramma en hen daarheen begeleiden. De voorzitter van de PATCH-projectgroep onderhoudt daartoe regelmatig contact met het jongerenwerk te Tiel, Zaltbommel en Culemborg. In het kader van de zogenoemde bemoeizorg (als hulpverleners, ouders of andere personen zich zorgen maken om een bepaalde jongere) behoort het ook tot de mogelijkheden om via het straathoekwerk en het jongerenwerk actief contact te leggen met de jongeren en hen (opnieuw) te motiveren voor hulpverlening.

Een ander deel van de doelgroep zal gedwongen hulp ontvangen omdat de jongere onder toezicht van de kinderrechter en een gezinsvoogd is gesteld of omdat de jongere een strafbaar feit heeft gepleegd. In het laatste geval komt men na de aanhouding of tijdens de detentie al via vroeghulp, dat onderdeel uitmaakt van het zorgprogramma, met de jongere in aanraking.

Casemanagement

Het PATCH-team bespreekt nieuwe aanmeldingen en - op indicatie van de casemanager - de voortgang van de hulpverlening bij andere cliënten. Zij besluiten gezamenlijk welke hulp nodig is bij de aangemelde cliënten en één van de deelnemers is casemanager bij de uitvoering van de hulp. De casemanager heeft als taken contact te houden met de cliënt, de benodigde hulp te organiseren en erop toe te zien dat de hulp ook wordt uitgevoerd. Het is mogelijk dat hij of zij voor een deel ook zelf hulp geeft aan de cliënt. Regelmatig - en zeker in geval van stagnatie van de hulpverlening - brengt de casemanager de andere projectteamleden op de hoogte van de voortgang of bespreekt verdere hulpmogelijkheden. Voor deze taak heeft de casemanager 4 uur per week per cliënt beschikbaar (formele afspraak met de directies). Er zijn afspraken gemaakt over welke instelling voor welke cliënten de casemanager levert.

Uitvoering van de zorg

De casemanager heeft een actieve houding en bezoekt de jongere op de plek waar hij zich bevindt of - als dat handig is - op kantoor. De casemanager vergezelt - indien nodig - de jongere ook als hij/ zij bij diverse instanties zich (voor dienst- of hulpverlening) moet melden. Als de jongere tijdelijk voor hulpverlening in contact is met een andere hulpverlener, stelt de casemanager zich regelmatig op de hoogte van de voortgang (bij de jongere en/ of de betreffende hulpverlener). Voor de uitvoering van de hulpverlening staan de beschreven modules - voor zover deze reeds zijn gerealiseerd - ter beschikking.

Beëindiging van de hulp

De hulp wordt afgesloten als de casemanager en de cliënt het beide dat willen. Het behoort echter tot de kenmerken van de jongeren uit de doelgroep dat zij af en toe terugvallen of weglopen; van een reguliere beëindiging is dan geen sprake. Uit de literatuur kwam ook naar voren dat het bij deze jongeren belangrijk is om terugval niet tot contra-indicatie voor hulp te maken. Daarom is in het zorgprogramma voorzien in de mogelijkheid dat jongeren die niet meer komen opdagen; zij krijgen nog lang de tijd om de hulpverlening opnieuw op te pakken. In samenwerking met het sociaal-cultureel werk (zie ook *Laagdrempelige toegang* hierboven) blijft de achterdeur van het programma altijd op een kier staan. Dit relatief open einde wil echter niet zeggen dat er maar wat wordt gedaan. De doelen in het hulpverleningsplan dienen daarom veel aandacht te krijgen; deze zijn leidraad voor de uitvoering en evaluatie van de hulpverlening. Daaraan dient hard te worden gewerkt en de jongeren zal ook aan afspraken gehouden moeten worden. Maar de hulpverlener dient daarnaast veel geduld te hebben: streng maar geduldig, is waarschijnlijk het beste devies. De jongeren hebben immers al veel tegenslagen in het leven en in de hulpverlening te verduren gehad; zij zitten niet te wachten op meer.

6.4 Tot slot

Om de jeugdzorg effectiever te maken, is wetenschappelijke kennis over werkzaamheid en doeltreffendheid van interventies noodzakelijk. In Nederland zal meer systematisch onderzoek moeten worden verricht naar de resultaten van interventies van de jeugdzorg. Daarnaast zullen wetenschappelijke inzichten, ook uit het buitenland, moeten worden ontsloten. De opgetekende wetenschappelijke inzichten dienen steeds opnieuw geactualiseerd te worden.

In dit slothoofdstuk hebben we een voorbeeld gegeven hoe aldus verkregen inzichten kunnen worden toegepast in de praktijk: via richtlijnen die de basis vormen voor modules en zorgprogramma's. Maar de implementatie van richtlijnen, modules en zorgprogramma's verlopen over het algemeen niet zonder problemen. Om een goede stap voorwaarts te kunnen maken, is het dan ook niet alleen nodig om de wetenschappelijke kennis over effectiviteit van interventies te vergroten maar zeker ook die over de implementatiemogelijkheden van richtlijnen en programma's. Bestaande implementatiepraktijken van richtlijnen en zorgprogramma's, ook buiten de jeugdzorg, dienen grondig bestudeerd te worden op succes- en faalfactoren. Want kennis vergaren is belangrijk, maar deze bruikbaar maken voor de praktijk is van nog groter belang voor het werken aan een meer effectieve jeugdzorg.

6.5 Literatuur

- Borduin, C.M. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (3), 242-249.
- Bransen, E. (2000). *GGZ en jongeren met meervoudige problematiek. Discussienota*. Tiel: Gelderse Roos.
- Franx, G., A. Eland & H. Verburg (2002). Transparante zorg in de GGGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 1036-1050.
- Grol, R. & M. Wensing (2001). Effectieve implementatie: model. In: R. Grol en M. Wensing (red.). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Henggeler, S., S. Schoenwald, S. Pickrel, M. Rowland, A. Santos & J.C. Rivard (1994). Mental health services for children, youth and families. *The Journal of Mental Health Administration*, 21 (3), 229-239.
- Kaasenbrood, A. (1995). *Consensus als criterium : de ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen*. Utrecht: NcGv (proefschrift Universiteit Utrecht).
- Konijn, C. (2001). *PATCH Intersectoraal zorgprogramma voor jongeren met meervoudige problemen in de regio Rivierenland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Yperen, T. van, C. Carati, J. Schuppert & C. Vermunt (2000). *Modules en programma's in de jeugdzorg. Eindadvies*. Utrecht/ Den Haag: NIZW/ VWS.

Bijlage

Activiteiten en publicaties *Resultaten interventies jeugdzorg en jeugdwelzijn*

Het NIZW-Jeugd brengt de kennis in kaart omtrent interventievormen in jeugdzorg en jeugdwelzijn. Dit leidt tot overzichten van welke interventievormen er zijn, rapportages over literatuurstudies naar de effecten van interventies en praktische besprekingen van methoden om de resultaten van interventies te bepalen.

De activiteiten zijn erop gericht meer zicht te krijgen op de aard en de resultaten van interventies bij jongeren en gezinnen door bestudering en samenvatting van resultaten uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. De kennis die langs deze weg wordt gegenereerd, wordt gebruikt om de kwaliteit van de sector te verbeteren. Tevens wordt de kennis benut om voor specifieke groepen of velden handreikingen op te stellen, gericht op de (verdere) ontwikkeling en de implementatie van methoden van resultaatbepaling in de praktijk. De overzichten en handreikingen worden uitgedragen in rapporten en informatie op internet, bijdragen aan boeken, tijdschriften en congressen, en bijdragen aan cursussen.

Enkele publicaties NIZW Jeugd over effectiviteit interventies jeugdzorg en -welzijn

- Yperen, T.A. van, W. van Gastel & P.J. de Jong (1996). *Evaluatie in de praktijk. Registratie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Gelauff, C. (Red.; 2000). *Keuzegids VVE. Programma's, deskundigheidsbevordering en instrumenten op het gebied van Voor- en Vroegschoolse Educatie*. Den Haag/Utrecht: Makelaar VVE.
- Ince, D., M. Beumer, H. Jonkman & M. Pannebakker (2001). *Veelbelovend en effectief. Overzicht van preventieve projecten en programma's in de domeinen Gezin, School, Jeugd, Wijk. Eerste editie CtC-gids*. Utrecht: NIZW.
- Kooijman, K. & M. Zwikker (2001). *Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen. Beschrijving en analyse van home visitation-programma's ter preventie van kindermishandeling en verwaarlozing*. Utrecht: NIZW.
- Berger, M. & R. Menger (2002). *Op weg naar veelbelovende en effectieve programma's voor risicjongeren*. Utrecht: NIZW.
- Menger, R. (Red.; 2002). *Verslag Riskant leven. Conferentie over veelbelovende programma's voor risicjongeren*. Utrecht: NIZW.
- Prinsen, B., K. Verhegge & I. ten Thije (2002). *Met ouders samen. Opvoedingsondersteuning in de preventieve zorg in Nederland en Vlaanderen*. Utrecht / Brussel: NIZW / Kind en Gezin.
- Leerdam, FJM van, K. Kooijman & F.G. Öry (2002). *Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling*. Leiden / Utrecht, TNO-Preventie en Gezondheid / NIZW.
- Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW
- Konijn, C. (Red.; 2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., M.C. van der Veldt & Y. Booy (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. van, Y. Booy & M.C. van der Veldt (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

C. Konijn (red.)
Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg
Utrecht: NIZW, 2003

Onderzoek laat zien dat jeugdzorg helpt. De vraag is alleen: in welke mate is de zorg effectief? En vooral: welke interventies zijn voor wie het meest geschikt? Het rapport *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg* doet verslag van een zoektocht in de internationale literatuurbestanden om antwoord te krijgen op dit soort vragen. Het biedt een overzicht van welke probleemgroepen en typen interventies vaak onderwerp van studie zijn geweest. Voor drie probleemgroepen worden de bevindingen over de effectiviteit van verschillende interventies samengevat: jeugdigen met een aandachtstekortstoornis (ADHD), jeugdigen met depressie en jongens met ernstige gedragsproblemen. In een slothoofdstuk komt de vraag aan bod hoe men de wetenschappelijke kennis in de praktijk kan toepassen. De stof biedt stafleden bij Bureaus Jeugdzorg en zorgaanbieders, methodiekontwikkelaars, docenten, onderzoekers en adviseurs een bondig overzicht van de beschikbare internationale kennis op het terrein van de effectiviteit van jeugdzorg.

Het rapport is de tweede aflevering van een serie van vier publicaties. Het eerste deel gaat over de begrippen, maatstaven en methoden die bij de resultaatbepaling in de jeugdzorg van belang zijn. Het derde deel, dat tegelijk met het tweede is verschenen, rapporteert over de Nederlandse studies die naar de effectiviteit zijn verricht. De serie besluit met een publicatie over de relatie tussen vraaggericht werken, motivatie van cliënten en effectiviteit van de zorg. De documenten zijn te verkrijgen via www.jeugdzorg.nl.

Carolien Konijn en Leonieke Boendermaker zijn als senior medewerker verbonden aan het Expertisecentrum Jeugdzorg van het NIZW Jeugd. Emily Cavelaars heeft als onderzoeker bij het Trimbos-instituut gewerkt en is tegenwoordig werkzaam als *clinical research associate* bij Eli Lilly Nederland BV. Marieke Kroneman is freelance journalist en was ten tijde van het schrijven van dit rapport werkzaam bij NIZW Jeugd.

NIZW Jeugd is een landelijke publieke organisatie die gericht is op het vernieuwen en verbeteren van zorg- en welzijnspraktijken voor jeugdigen en hun ouders. NIZW Jeugd maakt deel uit van het NIZW.

ISBN 90-5957-076-@6