

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

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

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

Samenvatting

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

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

INLEIDING

.....

396

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

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

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

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

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

BEHANDELPERSPECTIEF EN BASISMETHODIEK VAN DE O. G. HELDRING

.....

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

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

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

SPECIFIEKE EN AANVULLENDE BEHANDELING IN DE O. G. HELDRING

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

METHODEN

.....

Instrumenten

.....

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

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

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

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

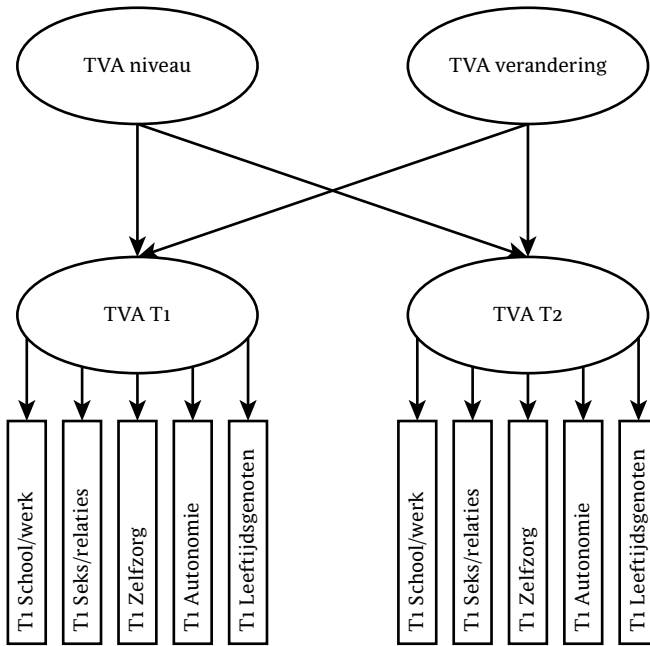
domeinscore tussen 1-5 op. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument is in meerdere onderzoeken aangetoond (van der Knaap, 2003; van der Put et al., 2011; Veerman & Ooms, 2008). Zowel de CBC-L als de TVA worden herhaald afgenomen in het kader van de voortgangsmetingen.

Procedure en analyse

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

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

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



Noot: TVA = Taken en Vaardigheden van Adolescenten

FIGUUR 1 Latent Change Model TVA

RESULTATEN

.....

Deel 1: Beschrijvende data

.....

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

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

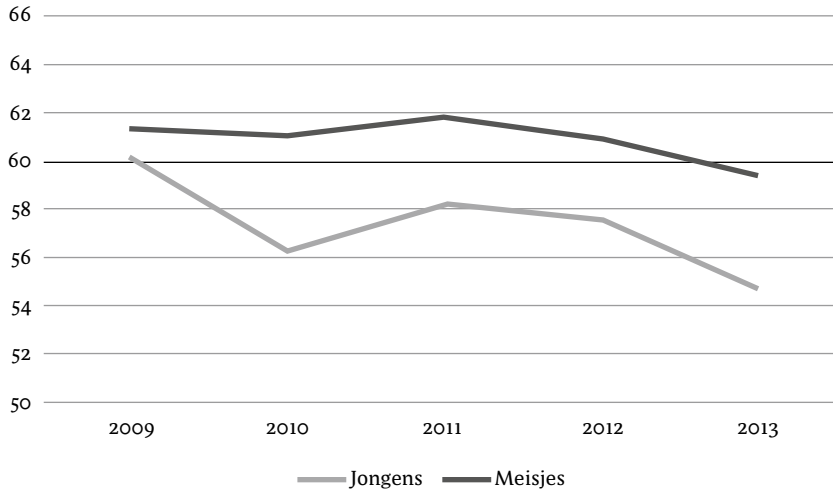
Ten slotte worden er met name jongeren opgenomen met externaliserende problematiek, wat op te maken valt uit het feit dat de meeste diagnoses ODD en ADHD betreffen (respectievelijk 36% en 15%). Dit verandert niet gedurende de verschillende opnamejaren, hoewel er vanaf 2008 ook steeds meer jongeren worden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

Deel 2: Begin meting

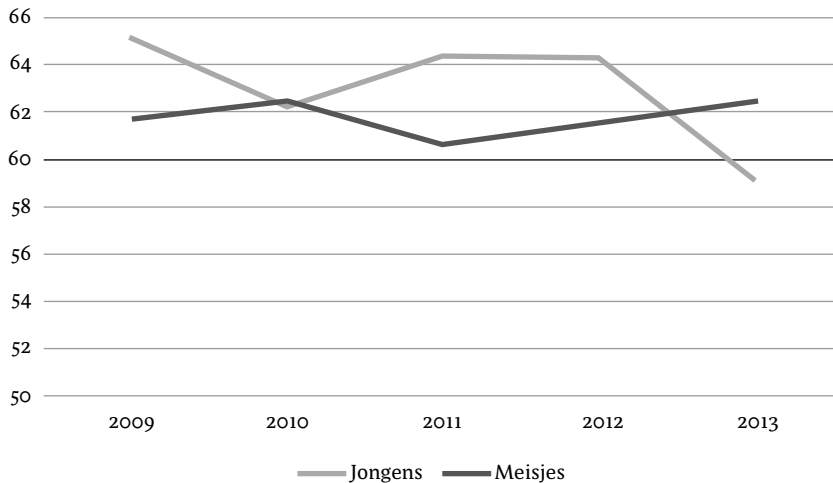
Door dieper in te zoomen op de jongeren van wie minimaal één beginmeting op de CBCL en de TVA beschikbaar is (N = 483), kan gekeken worden naar externaliserende en internaliserende problemen (CBCL) en het competentieniveau (TVA) bij binnenkomst. De gegevens hierover zijn beschikbaar vanaf opnamejaar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

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

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



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



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

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

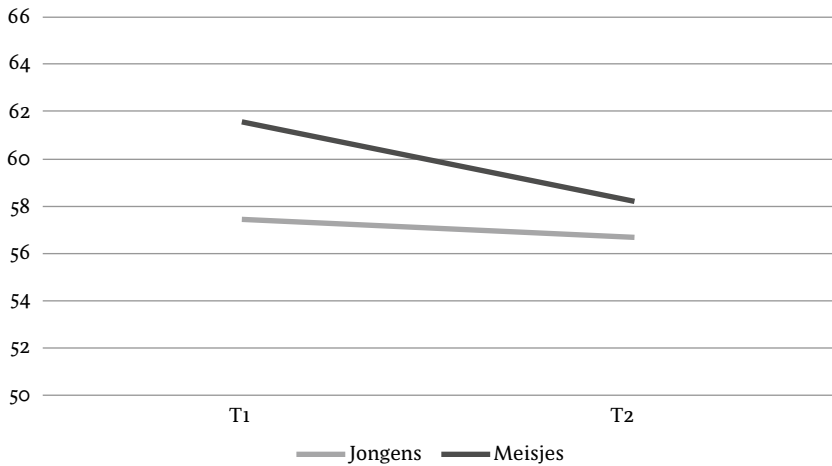
Deel 3: Verandering

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

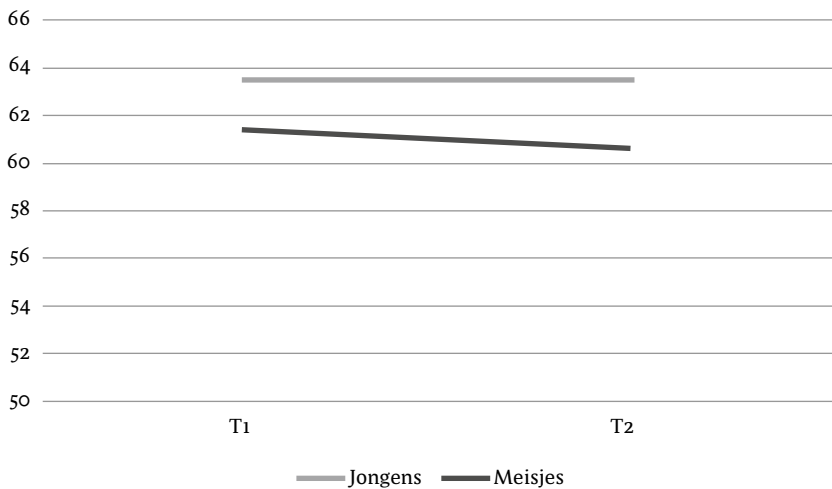
CBCL — Voor de schalen van de internaliserende en externaliserende problematiek van de CBCL is gekeken naar de verandering tussen T1 en T2 met behulp van een 2(groepen) X 2(tijdstip) repeated measures MANOVA, uitgevoerd en gecontroleerd voor behandelduur. Allereerst blijkt er voor internaliserende problematiek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

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

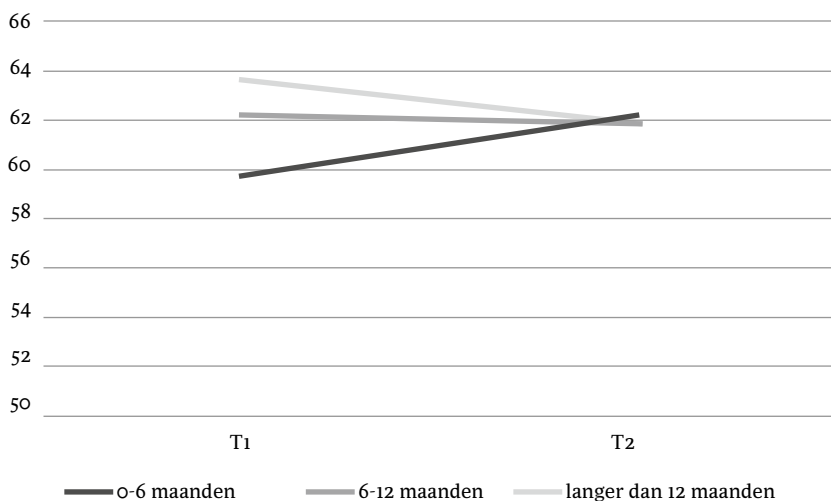
3(behandelduurgroep) repeated measures MANOVA uitgevoerd. Hieruit bleek dat er een significante interactie was van behandelduur en externaliserende problematiek over de tijd [$F(2,321) = 5,35; p < .05$] (zie figuur 6). Bij een behandelduur van 0 tot 6 maanden vindt er een stijging van de externaliserende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



FIGUUR 4 *Ontwikkeling internaliserende problematiek uitgesplitst naar geslacht*



FIGUUR 5 *Ontwikkeling externaliserende problematiek uitgesplitst naar geslacht*



FIGUUR 6 *Ontwikkeling externaliserende problematiek uitgesplitst naar behandelduur*

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

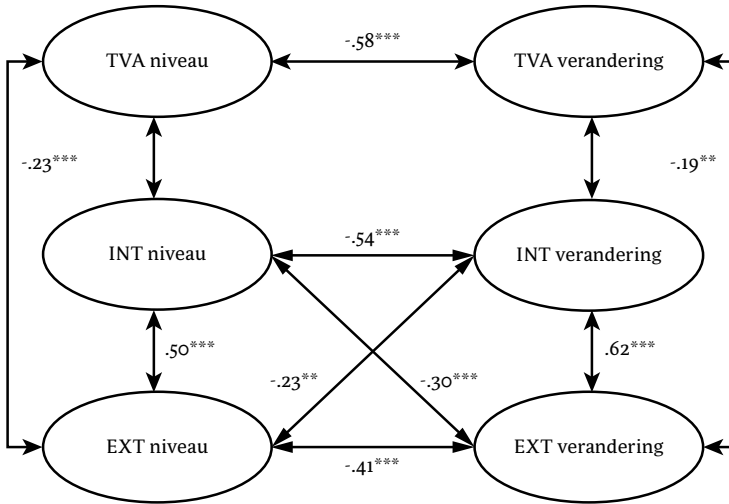
Voor de domeinen ‘omgaan met leeftijdsgenoten’, ‘autonomie en zelfsturing’ en ‘zelfverzorging’ blijken er tevens significante effecten van behandelduur te zijn [alle F 's > 12,74; alle p 's < 0,05]. Dit betekent dat er een significante verbetering is van de competenties op deze domeinen naarmate de jongere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

TABEL 1 Gemiddelde scores domeinen TVA op T1 en T2

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

Samenhang CBCL en TVA

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



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

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

FIGUUR 7 *Samenhang CBCL en TVA*

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatuur

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

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

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

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