

Klinische behandeling in de Jeugd GGZ

een pleidooi voor de verbetering van het pedagogisch klimaat en de ondersteuning van groepsbegeleiders

Linda Gerits, Bert van den Boomen, Jeroen Evers

Dr. Linda Gerits

GZ-psycholoog i.o. Klinisch Psycholoog

Coördinator diagnostiek De Wederik / coördinator behandelzaken De Schakel

GGzE Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Drs. Bert van den Boomen

Klinisch psycholoog en psychotherapeut

Manager behandelzaken

GGzE Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Jeroen Evers

Verpleegkundig begeleider senior, De Wederik

GGzE Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Inleiding

In Nederland hebben zeven op de honderd kinderen en jongeren psychische problemen waardoor ze in enige mate belemmerd worden in hun ontwikkeling (Verhulst, e.a., 1997). Ze zijn bijvoorbeeld overdreven druk en beweeglijk, voelen zich somber, hebben eetproblemen, kunnen geen vrienden maken of hebben last van angst en/of dwanghandelingen. Vaak uiten ze deze klachten door ongecontroleerde agressieve buien en andere gedragsproblemen als antisociaal, grensoverschrijdend of oppositioneel opstandig gedrag. Slechts enkele jongeren komen op het verkeerde pad en komen met Justitie in aanraking. De meeste kinderen hebben gelukkig voldoende aan een korte periode van poliklinische behandeling om weer onbelemmerd door het leven te gaan. Slechts voor vijf procent van de aangemelde jongeren is klinische opname noodzakelijk (Harder, 2011) omdat het gezin van herkomst (ouders) de problemen van en rondom de jongere niet het hoofd kan bieden. Deze jongeren worden, afhankelijk van de ernst van de problemen, al of niet vrijwillig geplaatst in instellingen voor Jeugdhulpverlening, Jeugdzorg-Plus (voorheen gesloten jeugdzorg), Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Orthopsychiatrie en Justitiële Jeugdinstellingen en Forensische Jeugdpsychiatrie. Gedurende de klinische/residentiële opname worden jongeren zo goed als mogelijk behandeld voor hun psychische problemen en begeleid in hun verdere ontwikkeling.

Het Centrum Kinder en Jeugdpsychiatrie van GGz Eindhoven beschikt over 4 klinische afdelingen voor jongeren in de leeftijd van 13 tot ongeveer 21 jaar. De aard van hun problemen en de hulpvraag is bepalend voor de mate van bescherming die nodig is, de klinische afdeling die het

meest passend is en het kader waarbinnen de behandeling plaatsvindt (BOPZ, WGBO, strafrechtelijk, civielrechtelijk). De Wederik is een klinische opnameafdeling met een crisis- en diagnostiekfunctie. De Catamaran civielrechtelijk is een afdeling voor orthopsychiatrie, de Catamaran strafrechtelijk biedt behandeling aan jongeren met een ontwikkelingsstoornis of psychiatrische aandoening die vanwege een delict in aanraking zijn gekomen met de rechter. Trainingshuis De Schakel biedt jongeren de mogelijkheid om in het kader van (vervolg)behandeling te werken aan hun terugkeer in de maatschappij.

De laatste tijd is er veel gepubliceerd over de resultaten van klinische behandelingen voor jongeren (Harder, 2011, Nijhof, 2011). De ene jongere blijkt meer te profiteren van de behandeling dan de andere. De verschillende trajecten zijn niet strikt gebonden aan een DSM-classificatie, maar lijken veel meer gekoppeld te zijn aan een cumulatie van risicofactoren (Van Nieuwenhuizen & Bongers, 2009). In sommige van deze publicaties wordt het pedagogisch klimaat genoemd als belangrijke en misschien wel bepalende component voor het succes van de klinische opname of het residentieel verblijf van de jongere (Van der Helm, e.a., 2009, 2011). Andere studies schrijven het succes van de klinische behandeling eerder toe aan therapeutische interventies.

Verdere verbetering van de klinische behandeling van jeugdigen is speerpunt in het meerjarenbeleidsplan van het Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2010). Voor de klinische afdelingen betekent dit dat het focus de aankomende jaren ligt op verbetering van de effectiviteit van het behandelaanbod door alle werkzame factoren hierbij tegen het licht te houden. Naast het pedagogisch klimaat zijn dit de zinvolle dagbesteding voor jongeren en het therapeutische behandelaanbod. Dwang en drang dient zoveel mogelijk te worden voorkomen. In dit artikel zal allereerst worden ingegaan op werkzame factoren in de klinische behandeling, vervolgens zal de rol van de groepsbegeleider worden belicht als belangrijkste drager van het pedagogisch klimaat. Tot slot worden de conclusies en de te ondernemen acties besproken.

Drie behandelstrategieën

Door de behandeling van klinisch opgenomen jongeren in te delen in drie strategieën biedt Kok (1997) een model waarin zowel het pedagogisch klimaat als specifieke therapeutische interventies worden opgenomen.

De eerstegraadsstrategie, ook aangeduid met de term pedagogisch klimaat, betreft het scheppen en in stand houden van een leefmilieu waarin jongeren zich kunnen handhaven, veilig voelen en/of kunnen ontwikkelen. Binnen het pedagogisch klimaat wordt onder meer vorm gegeven aan de dagelijkse routine en structuur, een zinvolle dagbesteding (naast onderwijs en werk), de (omgangs)regels en de bejegening. Het belang van een goed pedagogisch klimaat in de residentieële zorg (Douma, 2011; Roos & Bruiniks, 2010) en in de jeugdforensische setting (Van der Helm, 2011) is de afgelopen tijd steeds duidelijker geworden. Een open leefmilieu, binnen een gesloten setting, kan een positieve invloed hebben op de ontwikkeling van de jongeren omdat het een belangrijke samenhang heeft met een grotere behandelmotivatie bij de jongeren en een meer actieve coping. Een repressief leefklimaat is gerelateerd aan meer passieve manieren van coping, zoals vermijding en passief gedrag. Omdat begeleiders een groot deel van de tijd samen met de jongeren op de

groep doorbrengen, is het realiseren van een meer open klimaat als eerste de verantwoordelijkheid van deze begeleiders. De grote invloed die individuele begeleiders daarbij hebben wordt door de jongeren zelf duidelijk ervaren. In residentiële voorzieningen komt structuur met name tot uitdrukking in de dagroutine en de regels, en blijkt in de praktijk dat regels en sancties vooral een functie hebben op het gebied van beheersing en controle. Regels hebben de neiging een eigen leven te gaan leiden en er kunnen verschillen ontstaan tussen groepsleiders. Jongeren begrijpen op een gegeven moment niet meer hoe ze zich moeten gedragen en gaan in verzet. Regels leiden dan niet tot houvast en duidelijkheid, maar tot onzekerheid en negatieve ervaringen. Verbetering op dit punt is mogelijk door primair naar grenzen te kijken vanuit de behoefte van jongeren, in plaats van regels voorop te stellen. Een groep waarin de groepsleiding leiding geeft op basis van samenwerking en overleg draait beter dan een groep die gedomineerd wordt door beheersing en controle (van der Helm, Klapwijk, Stams en van der Laan, 2009). Kleine Schaars (2009) benadrukt eveneens het belang van samenwerking met de jongeren en stelt dat zelfbepaling binnen de mogelijkheden uitgangspunt is voor een succesvolle behandeling. Hij ontwikkelde een model (het WKS model) waarmee hulpverleners handvatten krijgen om de bejegening, communicatie en organisatie binnen de eerste- en derdegraadsstrategie verder vorm te geven en aan te passen aan de mogelijkheden van de jongeren.

De tweedegraadsstrategie betreft het geheel van behandelingen en trainingen die beschikbaar zijn en kunnen worden aangeboden, afhankelijk van de stoornis of complexiteit van de hulpvraag. Ze dienen voort te komen uit de totale behandelplanning en betreffen het individuele behandelaanbod. Therapieën die binnen de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie worden aangeboden zijn onder anderen psychomotore therapie, Equip (sociaal moreel redeneren), Stay a way (drugspreventie), Liberman modules, cognitieve gedragstherapie, behandeling van zedenproblemen, neurofeedback, psycho-educatie en individuele psychotherapie. Internationale meta analyses laten zien dat therapie meer effect heeft dan placebo (Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010). De factoren die een rol spelen in de effectiviteit van een behandeling kunnen worden verdeeld in specifieke en non- specifieke factoren. De specifieke factoren betreffen de methodiek, de specifieke therapie of therapeutische techniek. De non-specifieke factoren betreffen de extratherapeutische factoren (cliëntfactoren en omgevingsfactoren) en de algemeen werkzame factoren waaronder behandelaarfactoren en de therapeutische relatie. Er lijkt binnen de werking van therapie sprake te zijn van een sterke invloed van de non-specifieke factoren, maar het aandeel hiervan is vooralsnog niet duidelijk te bepalen. Onderzoekers kennen over het algemeen veel betekenis toe aan de factor cliënt-hulpverlener-relatie (Van Yperen, 2010). De invloed van de cliënt-hulpverlener relatie is bij jongeren meer bepalend in langdurende dan kortdurende therapieën (Hoagwood, 2006), sterker bij externaliserend gedrag dan bij internaliserend gedrag (Shirk & Karver, 2003; Stams e.a., 2005) en sterker naarmate de cliënt meer in staat is de noodzaak van de behandeling te begrijpen en de doelstellingen te volgen (Liber e.a., 2007). Bij klinische behandeling is er veelal sprake van externaliserende problematiek, langdurende therapieën en een wisselend, doch vaker beperkter, niveau van cognitieve en psychosociale rijpheid van de jongeren. De invloed van de cliënt-hulpverlener-relatie op de effectiviteit van de behandeling is bij deze

jongeren dus sterker dan bij jongeren die kortdurend poliklinisch worden behandeld voor enkelvoudige, internaliserende problemen.

De derdegraadsstrategie is het per jongere inkleuren/bijkleuren van met name de tweedegraadsstrategie en het specifiek accentueren van de eerste graadsstrategie richting eigenheid van de jongere. In de derdegraadsstrategie wordt dus de hulp toegesneden op de unieke situatie van elke jongere en dit is het niveau waarop bijvoorbeeld individuele afspraken ten aanzien van het pedagogisch klimaat worden gemaakt. De voorbereiding van de jongeren in het trainingshuis op de terugkeer in de maatschappij kan overwegend als derdegraadsstrategie beschouwd worden. Binnen de andere afdelingen betreft de derdegraadsstrategie met name de wijze waarop de individuele dagstructuur verloopt, verloofafspraken worden gemaakt en hoe de begeleiding is met betrekking is tot eigen taken en verantwoordelijkheden.

Focus op groepsbegeleiders

De effectiviteit van de klinische behandeling, zowel wat betreft de vormgeving van het pedagogisch klimaat als de uitvoering van specifieke therapieën en interventies, hangt dus voor een belangrijk deel samen met de relatie tussen de jongere en zijn begeleider of behandelaar. Veiligheid, zowel voor de jongere als voor de hulpverleners is een kernwaarde om de relatie vanuit een dialoog aan te kunnen gaan en een open leefklimaat te creëren. Echter, gedragsproblemen van cliënten zijn van invloed op het emotionele welzijn en handelen van hulpverleners en veroorzaken verschillende emotionele reacties zoals angst, boosheid en ergernis. Het aanhoudende karakter van gedragsproblemen, het ontbreken van een effectieve manier om er mee om te gaan, de onvoorspelbaarheid van het gedrag en onbegrip voor het gedrag zijn belangrijke bronnen van stress voor begeleiders (e.g. Bromley & Emerson, 1995). Wanneer begeleiders zich bedreigd voelen door het gedrag van hun cliënten, is de kans dat begeleidingsafspraken correct worden uitgevoerd aanzienlijk kleiner (Allen & Tynan, 2000). Naarmate begeleiders minder stress rapporteren, wordt meer assistentie verleend aan cliënten en wordt meer positieve interactie tussen begeleiders en cliënten waargenomen (Rose, Jones en Fletcher, 1998). In diverse studies komt naar voren dat gedrag van begeleiders bijdraagt aan het voortduren en soms zelfs aan het ontstaan van gedragsproblemen bij cliënten met een verstandelijke beperking (e.g., Embregts, Didden, Huitink, & Schreuder, 2008). Uit onderzoek onder pedagogisch medewerkers op leefgroepen binnen een forensische voorziening voor jongeren (Van der Helm, Stams & van der Laan, 2011) bleek dat veel medewerkers zelf niet overtuigd zijn van de invloed die zij kunnen hebben op jongeren ('niets werkt' cognities). Het gebrek aan zichtbare resultaten, het vaak teleurgesteld worden in jongeren, de incidenten en het feit dat steeds opnieuw jongeren terugkomen naar de instelling vanwege recidive, kunnen hier debet aan zijn. Tevens bleek dat medewerkers vaak bang waren voor agressie op de groep. Deze angst had een samenhang met strakker en repressief optreden naar jongeren en tevens met het gevoel de zaak niet onder controle te hebben.

De manier waarop begeleiders cliënten bejegenen wordt ten dele bepaald door de kennis en attributies die zij hebben over de oorzaken van gedragsproblemen bij de cliënt, het geloof in eigen kunnen om met dergelijke problemen om te kunnen gaan en de mate van stress die wordt ervaren.

Zo zal een begeleider die zich machteloos voelt in de omgang met een cliënt of zijn eigen invloed ervaart als gering eerder gevoelens van boosheid of frustratie ervaren en vervolgens een vergrote kans hebben om op een meer beheersmatige manier te gaan begeleiden of op een manier die de kans op probleemgedrag juist verhoogt (Didden, 2011). Begeleiders hebben regelmatig onvoldoende kennis ten aanzien van de oorsprong, comorbiditeit en het verloop van gedragsproblemen. Bovendien zouden ze beschikken over een beperkte set van attributies en een gebrek aan zelfvertrouwen. Het volgen van een scholingsprogramma kan leiden tot een toename van kennis over gedragsproblemen en een verbetering in de kwaliteit van de uitvoering van fysieke interventietechnieken (Van Oorsouw, Embregts, Bosman & Johada, 2009). Verschillen in stress bij begeleiders blijken samen te hangen met hun emotionele intelligentie en de copingstrategieën die zij hanteren om met het probleemgedrag van hun cliënten om te gaan. Begeleiders met een hogere emotionele intelligentie hanteren effectievere copingstrategieën en rapporteren minder burnoutklachten dan begeleiders met een lagere emotionele intelligentie (Gerits, Derksen en Verbruggen 2004). De emotionele intelligentie van begeleiders kan worden verbeterd door het volgen van een training. Of dit ook invloed heeft op het voorkomen van gedragsproblemen wordt momenteel onderzocht (Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman, Derksen, 2010).

Conclusie

Om de effectiviteit van het behandelaanbod voor klinisch opgenomen jongeren te verbeteren, is in dit artikel ingegaan op de factoren die een rol spelen in de behandeling. Werkzame factoren betreffen zowel de kwaliteit van het pedagogisch klimaat (eerstegraadstrategie), de specifieke en non-specifieke factoren in therapieën (tweedegraadstrategie) en de mate waarin de groepsbegeleiders in staat zijn om een veilige omgeving te creëren, de dialoog met de jongere aan te gaan, diens belangrijke anderen te betrekken en een gezonde ontwikkeling gericht op groei en verandering te ondersteunen.

Het belang van een open pedagogisch klimaat, met afgestemde kaders en verantwoordelijkheden voor de jongeren komt in diverse recente publicaties naar voren (Van der Helm, 2011; Douma, 2011; Roos, Didden & Steenberg, 2010). Om de klinische behandeling verder te verbeteren is het derhalve van evident belang om het pedagogisch klimaat expliciet tot aandachtspunt in de organisatie te maken. Medewerkers op alle niveaus spelen daarbij een rol. Professioneel handelen op de groep veronderstelt het hebben van een hoge arbeidsmotivatie en het kunnen bewaren van een evenwicht tussen controle en flexibiliteit. Controle (en het handhaven van regels) is nodig om structuur en veiligheid te garanderen, maar flexibiliteit is nodig om een individueel therapeutisch klimaat te kunnen creëren. Het is van belang groepsbegeleiders de komende jaren zo op te leiden en te trainen dat ze in staat kunnen zijn een open leefklimaat op de groep te realiseren. (Van der Helm, 2011). Naarmate groepsbegeleiders meer kennis hebben over (gedrags)problemen van de jongeren, zij oorzaak en gevolg objectiever kunnen bekijken en zich veiliger voelen in de relatie met de jongere, zijn zij beter in staat om samen te werken met de jongeren, supportief te begeleiden, af te stemmen op en aan te sluiten bij hun behoeften en mogelijkheden (Didden, 2011). In een goed pedagogisch klimaat ligt de verantwoordelijkheid daar waar het kan bij de jongere, passend

bij zijn mogelijkheden van dat moment, en wordt dwang en drang zo veel mogelijk voorkomen (Kleine Schaars, 2009). Begeleiders die handelen vanuit een stabiele, persoonlijke basis, dragen op een positieve wijze bij aan een goed pedagogisch klimaat. In een veilige omgeving is er structuur in tijd, ruimte en persoon, zijn er heldere afspraken en vormt de dialoog met de jongere de basis voor de mate van autonomie die de jongere aankan. Naarmate de jongere beter in staat is de noodzaak van de behandeling te volgen en de doelstellingen hiervan te begrijpen, zal zijn commitment en eigen kracht worden vergroot, hetgeen de effectiviteit van zijn behandeling ten goede komt (Van Yperen, 2010).

Gezien de invloed die groepsbegeleiders en individuele hulpverleners hebben op de klinische behandeling is het van groot belang te zorgen voor een werkklimaat waar voldoende veiligheid en ondersteuning is voor de uitvoering van vaak complexe en veeleisende taken. Naast de dialoog met de jongeren dient ook de dialoog met de begeleiders te worden aan gegaan. Zo kan duidelijk worden wat er nodig is aan coaching, bijscholing en ondersteuning van de mensen op de werkvloer. Afhankelijk van de ondersteuningsbehoefte kan er gewerkt worden aan het vergroten van de kennis, inzicht worden geboden in afspraken rondom bejegening, mogelijkheden worden vergroot om aan te sluiten en af te stemmen op een disharmonisch ontwikkelingsprofiel en kunnen medewerkers zich meer bewust van hun eigen emoties en persoonlijke stijl. Vanwege de impact die gedragsproblemen kunnen hebben op het (psychische) functioneren van groepsbegeleiders is goede opvang na ingrijpende gebeurtenissen noodzakelijk om psychische schade bij medewerkers te voorkomen en de veiligheid in de relatie met de jongere te herstellen.

Te ondernemen acties

Momenteel wordt binnen de klinische afdelingen van het Centrum Kinder en Jeugdpsychiatrie geïnventariseerd hoe het pedagogische klimaat van de verschillende groepen eruit ziet, wat de rol van ouders en andere belangrijke naastbetrokkenen is en wat er nodig is om verbeteringen hierin door te voeren. Er is een werkgroep die de centrumbrede inzet van expertise van medewerkers tot doel heeft en een werkgroep die zich centrumbreed bezighoudt met het pedagogisch klimaat en de therapieën die aangeboden (kunnen) worden. De samenwerking en expertise uitwisseling met ketenpartner Kentalis (onder meer ten aanzien van het pedagogisch klimaat) wordt momenteel vormgegeven in een convenant. Daarnaast wordt actief de samenwerking gezocht met de partners uit de Jeugdhulpverlening te weten Bijzonder Jeugdwerk Brabant en de Combinatie Jeugdzorg om op termijn de expertise te bundelen. Een aantal klinische afdelingen is inmiddels getraind met betrekking tot het WKS model, andere zullen aankomend jaar volgen. Een notitie voor verbetering van de opvang van medewerkers na ingrijpende gebeurtenissen is in voorbereiding. Tevens zal het vigerende huisreglement tegen het licht van deze ontwikkelingen gehouden worden en indien nodig worden aangepast. Met regelmaat vinden er plenaire bijeenkomsten plaats met professionals en jongeren waar managers en coördinatoren over de voortgang rapporteren. Het proces wordt kritisch gevolgd door management en experts binnen het centrum en waar nodig ondersteund. Het aantal toegepaste separaties is het afgelopen half jaar beduidend afgenomen.

Referenties

Allen, D., & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behaviour: Impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation*, 38, 97-104.

Bromley, J., & Emerson, E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 341-352.

Didden, R. (2010). Bejegening. In: Roos, J. Didden, R., & Steenbergen, B., (red.) (2011). *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurszorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*. Expertisecentrum De Borg & Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

Douma, J. (2011). *Handreiking pedagogisch klimaat*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG/Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.

Embregts, P. J. C. M., Didden, R., Huitink, C., & Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 255-264.

Oorsouw, van W., Embregts, P., Bosman, A., Jahoda, A. (2009). Training staff serving clients with intellectual disabilities: A meta-analysis of aspects determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 503-511.

Van der Gaag & Van Berckelaer-Onnes, 2003

Gerits, L, Derksen, J. J., & Verbruggen, A. B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42, 106-21.

Hoagwood, K.E. (2006). Gezinnen als partners in de zorg voor de geestelijke gezondheid van kinderen: review en synthese van research. *Kind en Adolescent Review*, jrg. 13 (1) 52-107.

Harder, A. T. (2011). The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care. *Proefschrift University of Groningen*.

Van der Helm, P., Klapwijk, M., Stams, G.J.J.M., & Van der Laan, P.H. (2009). 'What Works' for juvenile prisoners: The role of group climate in a youth prison. *Journal of Children's Services*, 4, 36-48.

Van der Helm, G.H.P., Stams, G.J.J.M., & Van der Laan, P.H. (2011). *Measuring Group*

Climate in a Forensic setting. *The Prison Journal*. 91(158).

Van der Helm, P. (2011). *First do no harm. Living Group climate in secure juvenile correctional institutions*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Kleine Schaars, W. (2009). *Gewoon een kwestie van respect*. Zutphen: AKS Trainingen.

Kok, J.F.W. (1997). *Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.

Liber, J.M. Leeden, A.J.M., Sauter, F. & Treffers, P.D.A. (2007). Therapeutische alliantie: de TPOCSA.nl. Een observatie-codeersysteem voor het beoordelen van de band tussen cliënt en therapeut bij kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 28, (1), 20-31.

Nieuwenhuizen, Ch. van, & Bongers, I.L. (2009). Gedragsveranderingen van jeugdige delictplegers tijdens opname in een forensische jeugdpsychiatrische kliniek: Een multilevel model. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(1), 8-9.

Nijhof, K. (2011). *Crossing Barriers, evaluation of a new compulsory residential treatment program for youth*. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.

Van Oorsouw, W. M. W. J., Embregts, P. J. C. M., Bosman, A. M. T., & Jahoda, A. (2009). A meta analysis of staff-training: elements determining effectiveness. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 503-511.

Roos, J. Didden, R., & Steenbergen, B., (red.) (2011). *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurszorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen*. Expertisecentrum De Borg & Hogeschool Arnhem en Nijmegen.

Rose, J., Jones, F., & Fletcher, B. (1998). Investigating the relationship between stress and worker behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 163-172.

Shirk, S. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.

Verhulst F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 777-781.

Yperen, T.A. van (red.) (2010). 55 Vragen over effectiviteit. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T., van, Steege, M. van, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zijlmans, L., Embregts, P. Gerits, L., Bosman, A. & Derksen, J. (2010). Training emotional intelligence related to treatment skills of staff working with clients with intellectual disabilities and challenging behaviour. Journal of Intellectual Disability Research.

Twee praktijkvoorbeelden

Chantal, 17 jaar, wordt ter crisis opgenomen. Ze is bekend met een autistische stoornis en opstandig gedrag. Ouders zijn pedagogisch onmachtig gebleken en intensieve ambulante ondersteuning heeft niet het gewenste effect gehad. Chantal gaat thuis haar eigen gang, luistert niet naar ouders en gedraagt zich met momenten agressief. Haar zelfverzorging is ernstig verwaarloosd, ze heeft obesitas en diabetes, gaat niet meer naar school en haar dag/nachtritme is omgedraaid.

In de eerste weken is door behandelaren en begeleiders gekeken wat Chantal aan kan en welke ondersteuning ze nodig heeft. Al snel blijkt dat de normale afdelingsstructuur Chantal overvraagt en dat de verwachtingen moeten worden bijgesteld. De aangepaste structuur (vormgegeven in een dagprogramma met duidelijke afspraken en regels) en een consequente, directieve bejegening hebben een positief effect op het opstandige gedrag van Chantal. Ook is er, met behulp van video opnames, geobserveerd hoe spanningsopbouw zichtbaar wordt. Vervolgens is er een signaleringsplan gemaakt waarin omschreven staat wat Chantal en begeleiding van elkaar mogen verwachten bij momenten van oplopende spanning. Een vertrouwensrelatie wordt langzaam opgebouwd. Ondanks alle interventies heeft Chantal nog steeds veel ondersteuning nodig van groepsbegeleiders en is ze erg angstig wanneer ze in contact komt met groepsgenoten. Het dagprogramma van Chantal wordt daarom verder bijgesteld en bevat meer individuele momenten met begeleiders en minder groepsmomenten. Tijdens de individuele momenten bieden begeleiders door middel van voorstellen, meehelpen, nabijheid en het geven van complimenten een veilige omgeving om vaardigheden te oefenen m.b.t. hygiëne en omgang met anderen. Al snel zijn de resultaten zichtbaar: haar dag/nachtritme wordt hersteld, school wordt weer opgepakt en de zelfzorg is een stuk verbeterd. Moeder wordt actief betrokken bij de behandeling op de afdeling en ondersteund door de begeleiders met betrekking tot het bieden van structuur en het consequent omgaan met haar dochter.

Tijdens de opnameperiode hebben de begeleiders in kaart gebracht wat Chantal zelf kan en welke ondersteuning zij nodig heeft waardoor zij minder overvraagd of betutteld wordt (WKS model). Door consequent en directief te begeleiden met betrekking tot de mogelijkheden van Chantal neemt haar opstandige gedrag beduidend af. Moeder wordt meer samenwerkingspartner van begeleiders en wordt weer krachtiger in het begrenzen van Chantal. Het wordt haar duidelijk dat de intensieve begeleiding van Chantal de mogelijkheden van de thuissituatie overstijgt. Met

Chantal is weer sprake van samenwerking, de crisis is bezworen. Ze heeft een individuele dagstructuur waarin ze zelfstandig opstaat, op tijd naar school gaat, haar eigen vrijetijdsinvulling heeft en ondersteuning bij haar zelfverzorging en hygiëne. In de weekenden gaat ze naar huis. Chantal wordt binnenkort overgeplaatst naar een leefgroep voor jongeren met een autistische stoornis bij een ketenpartner in de regio. Hier krijgt zij verdere behandeling en ondersteuning.

Wesley, 16 jaar, woont samen met zijn moeder. Er is bij hem sprake van opstandig gedrag vanuit een angststoornis. Thuis gaat het niet goed, Wesley accepteert geen gezag van moeder, gaat niet naar school, gebruikt regelmatig drugs en vertoont randcrimineel gedrag. Ook heeft hij soms last van agressieve uitpattingen. Wesley wordt opgenomen met een civielrechtelijke maatregel op de afdeling orthopsychiatrie onder een vrij repressief regime. Hij heeft veel problemen met de strakke regels binnen de groep en gaat steeds meer de strijd aan met zijn begeleiders. Na een aantal agressieve incidenten is er steeds minder sprake van samenwerking en wordt Wesley overgeplaatst naar een andere groep.

Op de nieuwe afdeling blijkt al snel dat de kaders van de vorige afdeling (wonen en bewegen in een groep cliënten met veel regels) te groot waren voor Wesley. De begeleiders starten met het aanbieden van een individueel programma waarbij de kamer van Wesley fungeert als veilige basis. In het programma staan zijn activiteiten, variërend van zelfverzorging tot maaltijden en begeleidingsmomenten, van uur tot uur beschreven. Hij krijgt dagelijks meerdere contactmomenten aangeboden, waarbij de dialoog wordt aangegaan over wat hem bezig houdt en wat zijn belevingswereld is. Naast de aangeboden contactmomenten, die altijd doorgaan ongeacht hoe Wesley zich gedraagt, kan hij zelf om extra momenten vragen. Ook zijn er dagelijks 2 begeleidingsmomenten op de groep, waarbij aan Wesley de keuze wordt gelaten of hij alleen met begeleiders iets wil ondernemen of met de andere jongeren erbij. Alle begeleiders voeren dit op consequente wijze uit. Wesley krijgt duidelijkheid over de verschillende rollen die mensen hebben in zijn behandeling en weet waarvoor hij bij zijn persoonlijk begeleider moet zijn, wat de zaken zijn die bij zijn behandelaar horen en wat met zijn moeder moet worden afgestemd.

Door Wesley zelf te laten bepalen wat hij aankan en zijn begeleiders dit te laten observeren en toetsen (WKS model) krijgt Wesley langzaam meer vertrouwen in zijn kunnen. De samenwerking verbetert sterk en Wesley gaat meer en meer vertellen wat hem bezig houdt. Er is minder strijd en agressieve incidenten blijven uit. Er komt steeds meer zicht op de mogelijkheden van Wesley en zijn kader wordt langzaam steeds groter. Het basisprogramma wordt stap voor stap uitgebreid, de momenten op de groep worden opgebouwd en school wordt geleidelijk aan opgepakt en in het programma verweven. Wesley mag zelf 1 keer per week een verandering in zijn programma voorstellen waardoor zijn motivatie, autonomie en samenwerkingsrelatie zoveel mogelijk behouden blijft. Het contact met moeder wordt hersteld en inmiddels is Wesley gestart met PMT. Hij volgt nu 5 dagen per week onderwijs.

In vergelijking met de vorige afdeling zijn er belangrijke veranderingen in de attitude en bejegening vanuit groepsbegeleiders. Er wordt gewerkt met een dagprogramma dat is afgestemd op wat Wesley aankan, uitgegaan van zijn mogelijkheden, veel geïnvesteerd in het opbouwen van

een veilige relatie en de autonomie wordt waar mogelijk bij Wesley gelegd. Hierdoor heeft Wesley het dagelijkse leven weer kunnen hervatten en zijn er mogelijkheden ontstaan voor verdere behandeling vanuit de tweedegraadsstrategie.