

Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen en delinquent gedrag in de adolescentie

Klinisch beeld, comorbiditeit, diagnostiek in forensisch kader en behandeling

TH.A.H. DORELEIJERS

ACHTERGROND In het laatste decennium van de vorige eeuw is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de etiologie en pathogenese van gedragsstoornissen en naar de effecten van behandelingen die gericht zijn op deze stoornissen. Meer dan voorheen is dit onderzoek vanuit kinder- en jeugdpsychiatrische invalshoek uitgevoerd.

DOEL Doel van dit artikel is een state of the art-overzicht te geven van de literatuur dienaangaande, gelardeerd met ervaringen uit de klinische praktijk. Het artikel vormt met een in september 1999 in dit tijdschrift verschenen artikel over gedragsstoornissen bij kinderen een tweeluik.

METHODE Refereren van de recente relevante nationale en internationale literatuur. Waar het eerste artikel stilstaat bij risicofactoren en pathogenese, ligt in dit artikel de nadruk op de comorbiditeit met andere stoornissen, op de diagnostiek in forensisch kader en op de voor deze leeftijdsgroep specifieke behandeling.

RESULTATEN De kliniek van de gedragsstoornissen van adolescenten wordt in belangrijke mate bepaald door de aard en mate van de comorbiditeit waarmee de stoornissen gepaard gaan: depressie, ADHD, verslaving, enzovoort. Gedragsstoornissen en ernstige criminaliteit volgen bepaalde, voorspelbare ontwikkelingsgangen. Voor de diagnostiek is inwinning van informatie van meer dan één bron aangewezen. Indicatiestelling en zorgtoewijzing dienen altijd multidisciplinair en interinstitutioneel te geschieden.

CONCLUSIES Gedragsstoornissen, zeker wanneer zij gepaard gaan met comorbiditeit, zijn ernstige stoornissen met een slechte prognose wanneer diagnostiek en behandeling te laat plaatsvinden. In 80% van de gevallen resulteren zij bij volwassenen in allerlei psychiatrische stoornissen, waaronder antisociale persoonlijkheidsstoornissen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 739-749]

TREFWOORDEN adolescenten, agressie, antisociale gedragsstoornis, comorbiditeit, delinquentie, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Gedragsstoornissen zijn bij adolescenten de meest frequent voorkomende stoornissen. In de volksmond wordt het begrip gedragsstoornis gebruikt om allerlei stoornissen bij kin-

deren en adolescenten aan te duiden: emotionele stoornissen, ontwikkelingsstoornissen en gedragsstoornissen. De hedendaagse kinder- en jeugdpsychiatrie spreekt van oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen en bedoelt daarmee complexen van misdragingen die gekenmerkt worden door weigerachtigheid, liegen en pesten, respectievelijk het bruuskeren van de rechten van anderen door agressie en bedrog, beide in een zodanige mate dat het een ongunstige invloed heeft op het functioneren van de adolescent. De diagnostische en statistische handleiding voor psychische stoornissen (DSM-IV; APA 1994) somt vijftien criteria op voor de antisociale gedragsstoornis die nogal uiteenlopend van aard zijn. Liegende kinderen die pikken en 's nachts van huis wegblijven, komen daarmee voor dezelfde classificatie in aanmerking als adolescenten die spijbelen en gewapende roofovervallen plegen. Voor dit probleem bestaat nog geen andere oplossing dan dat een graad van ernst aangegeven kan worden en dat onderscheid gemaakt wordt tussen enerzijds de gedragsstoornis waarvan minstens één kenmerk dateert van vóór het tiende levensjaar en anderzijds de gedragsstoornis die zich na die leeftijd ontwikkelt.

De handleiding bij de DSM-IV waarschuwt tegen de classificatie 'gedragsstoornis' in die gevallen waarin gedragingen voorkomen als reactie op oorlogshandelingen, zoals die in ons land worden gezien bij de alleenstaande minderjarige asielzoekers (ama's). De antisociale gedragsstoornis dient ook onderscheiden te worden van zogenaamd risicogedrag (Junger e.a. 1998): min of meer bij de leeftijd horende gedragingen die gevaar met zich meebrengen, zoals onbeschermd vrijen, het gebruiken van hard drugs (vooral wanneer samenstelling en herkomst niet bekend zijn), overmatig roken en drinken en onverzekerd zonder helm op opgevoerde brommers rijden. Van dergelijk risicogedrag is wetenschappelijk nog niet aangetoond dat het zonder meer een ongunstige prognose heeft. Voorlopig wordt ervan uitgegaan dat het

geen klinische betekenis heeft zolang de adolescent er niet minder door functioneert en er geen leed berokkend wordt aan anderen (Maggs e.a. 1997).

Waar de DSM-IV-criterialijst voor de antisociale gedragsstoornis al een allegaartje van misdragingen laat zien, dient eveneens ge-waarschuwd te worden voor het door elkaar gebruiken van de begrippen delinquentie en gedragsstoornis. Delinquentie is een juridisch-maatschappelijk begrip dat staat voor wetsovertredend gedrag, variërend van zwartrijden en het pardoes een steen door iemands ruit gooien tot het plegen van tasjesroven en doodslag. De criteria voor delinquentie liggen vast in het Wetboek van Strafrecht en overlappen lang niet altijd de DSM-IV-criteria voor de gedragsstoornis (Doreleijers 1998). Over het algemeen wordt delinquent gedrag wel beschouwd als symptomatisch voor een gedragsstoornis, maar een adolescent die zich bijvoorbeeld schuldig heeft gemaakt aan enkele tasjesroven en dus delinquent genoemd kan worden, komt nog niet zonder meer in aanmerking voor de classificatie antisociale gedragsstoornis: hij laat vooralsnog geen persistierend patroon van minstens drie verschillende antisociale gedragingen zien. Volgens criminologische onderzoeken maakt 80% van de jeugd zich in de adolescentie wel eens schuldig aan delinquent gedrag (Junger-Tas e.a. 1992). Meestal gaat dit echter vanzelf over na een eerste of tweede contact met de politie. Omgekeerd betekent een gedragsstoornis nog geen delinquentie: bijvoorbeeld het eerder genoemde liegen, pikken en 's nachts van huis wegblijven van kinderen – in de Verenigde Staten *status offenses* genoemd – duidt wel op een gedragsstoornis, maar er wordt niet gesproken van delinquentie.

Er zijn verschillende pogingen ondernomen de gedragsstoornissen op een meer gedifferentieerde manier te vangen in een diagnostisch systeem. Frick e.a. (1993) voerden een meta-analyse uit op 60 onderzoeken naar symptomen/klachten bij in totaal bijna 30.000 kinderen en adolescenten en voerden nieuwe factoranalyses uit van

deze symptomen. Zij kwamen met deze werkwijze tot een indeling in vier subtypen, die redelijk overeen bleken te komen met de strafrechtelijk te onderscheiden delicttyperingen: (1) openlijk/niet-destructief (oppositieel) gedrag: boos, koppig of wrokkig gedrag, anderen lastigvallen, volwassenen tegenspreken, ongehoorzaamheid; (2) openlijk/destructief (agressief) gedrag: geweld tegen anderen, anderen de schuld geven (van eigen fouten), pesten, sadisme, vechten; (3) heimelijk/destructief gedrag (geweldpleging, niet tegen personen): sadisme tegen dieren, liegen, brandstichten, stelen en vandalisme; (4) heimelijk/niet-destructief gedrag (bruuskeren van huisregels): regels overtreden, van huis weglopen, vloeken en spijbelen. Deze indeling ondersteunt ook het onderscheid dat de DSM-IV maakt tussen de oppositionele stoornis (de vierde hierboven genoemde categorie) en antisociale gedragsstoornissen (de eerste drie hierboven genoemde categorieën).

EPIDEMIOLOGIE

De DSM-IV meldt een prevalentie van antisociale gedragsstoornissen van 6%-10% onder jongens en 2%-9% onder meisjes. Minder ernstige gedragsstoornissen worden vaker gevonden (ongeveer 15%) dan ernstige gedragsstoornissen (2%-4% voor kinderen, 6%-12% voor adolescenten) (McGee e.a. 1992; Cohen e.a. 1993a). Na het voorafgaande zal het duidelijk zijn hoe weinig nauwkeurig dergelijke percentages zijn. Alle prevalentieonderzoeken kennen verschillende methoden, instrumenten en onderzoeksgroepen, en de definitie van de antisociale gedragsstoornis is in de loop van de verschillende DSM-versies flink gewijzigd.

Zoals bekend vertonen jongens veel meer antisociaal gedrag dan meisjes (4:1) (Cohen e.a. 1993b; Offord e.a. 1987). Wanneer kinderen de adolescentie bereiken, trekt dit enigszins bij en wordt de verhouding 2:1. Overigens gelden deze verschillen vooral voor de agressieve gedragsstoornissen: in de Verenigde Staten wordt een op de

drie aangehouden meisjes verdacht van geweldsdelicten, bij jongens is dat meer dan de helft (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention 1995). In Nederland is het percentage geweldsdelicten (van het totale aantal door adolescenten gepleegde delicten) voor meisjes relatief even hoog als voor jongens (Mertens e.a. 1998).

KLINISCH BEELD EN COMORBIDITEIT

Oorspronkelijk werd bij zich antisociaal gedragende adolescenten gesproken van een ontwikkelingspsychopathie: adolescenten met een verleden gekenmerkt door verwaarlozing en mishandeling, die zich op de basisschoolleeftijd ontpoppen als gewetenloze vechtersbazen die niet kunnen geven maar alleen nemen, die geen vriendjes maken, een slechte frustratietolerantie en te weinig uitstellend vermogen hebben ontwikkeld en wier gewetensfuncties in het beste geval lacunair genoemd kunnen worden (De Witte 1990). Onder de huidige definitie worden ook adolescenten gerangschikt die bijvoorbeeld op basis van een neurobiologisch syndroom zoals ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), te weinig impulscontrole kennen en al op jonge leeftijd antisociaal gedrag vertonen. Zij kunnen onder de invloed geraken van oudere delinquente adolescenten in wier aanzien zij willen komen, waarna politiecontacten volgen. De niet-herkende impulscontrolestoornis blijft een bron van recidive (Doreleijers 1996). In deze categorie vallen aldus ook de adolescenten met een contactstoornis of een gebrekkige motoriek en een gebrek aan sociale vaardigheden, die al heel vroeg het mikpunt kunnen worden van pesterijen van de kant van leeftijdgenoten. Wanneer daar nog een zwakke sociale achtergrond bij komt met pedagogisch onmachtige ouders die onvoldoende steun bieden, ligt ook hier de antisociale ontwikkeling op de loer zonder dat onmiddellijk van een (ontwikkelings)psychopathie gesproken kan worden.

Hare (1991) heeft getracht het oorspronkelijke paradigma van de psychopathie in moderne

diagnostische termen en methoden te operationaliseren. In een onderzoek onder volwassen gevangenen vond hij in bijna alle gevallen een antisociale gedragsstoornis, maar niet bij iedereen een psychopathie. De psychopathiegroep maakte zich in de gevangenis vaker schuldig aan agressief gedrag en liep een duidelijk verhoogd risico op gewelddadige recidive na ontslag. Ook Frick e.a. (1993) hebben bij kinderen en adolescenten gezocht naar kenmerken die onderscheidend zouden kunnen zijn voor een dergelijke subgroep onder de antisociale kinderen en adolescenten. Dit onderzoek leverde twee dimensies op: één gekenmerkt door verharding en gevoelloosheid en één gekenmerkt door gebrek aan impulscontrole. De eerste soort kinderen en adolescenten maakt zich aan meer en aan meer verschillende delicten schuldig, en hun gezinsgeschiedenis laat ook meer criminaliteit zien. Wellicht dat deze subtypering nog eens een relatie zal opleveren met het psychopathie-subtype, zoals hierboven beschreven (Frick 1998). Voorlopig dienen bij de beschrijving van het klinische beeld bij adolescenten de context en de pathogenese goed in kaart gebracht te worden, naast een zorgvuldige inventarisatie van de comorbiditeit.

Bij adolescenten wordt namelijk veel meer comorbiditeit (Lewinsohn e.a. 1995) gezien dan bij volwassenen. Het is niet duidelijk hoe dat komt: misschien speelt het fysiologische risicogedrag op deze leeftijd een rol. Comorbiditeit leidt tot een slechter algemeen functioneren, tot meer leerproblemen en tot meer conflictueuze relaties met ouders. Adolescenten met comorbiditeit hebben al vaker hulp gehad in het verleden (Lewinsohn e.a. 1995).

Antisociale gedragsstoornissen komen vaak samen voor met ADHD (Eiraldi e.a. 1997; Moser & Doreleijers 1997). In de literatuur worden percentages genoemd die oplopen van 65% tot 90% voor klinisch verwezen kinderen en adolescenten met gedragsstoornissen (Abikoff & Klein 1992). Overigens zijn er meer kinderen met ADHD zonder antisociale gedragsstoornis dan kinderen met een antisociale gedragsstoornis zonder ADHD.

Het is van belang om de comorbiditeit van deze stoornissen vast te stellen, omdat vaak in dergelijke gevallen ook nog eens sprake is van alcohol- en drugsmisbruik en vooral van misbruik van veel alcohol en drugs tegelijkertijd (Loeber e.a. 1999). De gedragsproblemen doen zich bovendien in een veel eerder stadium en in ernstiger mate voor dan wanneer er sprake is van één van de twee stoornissen. Ook zijn de verwachtingen voor de toekomst somberder: meer delictgedrag, meer politiecontacten, enzovoort (Klinterberg e.a. 1993; Loeber 1990; Moffitt 1993).

Terwijl bij kinderen comorbide angststoornissen de gedragsstoornis lijken te dempen, werken zij bij adolescenten juist versterkend. Maar niet bij allen, want de eerder beschreven verharde en ongevoelige adolescenten ervaren juist minder last van hun klachten en zijn dus minder gemotiveerd er iets aan te doen (Zoccolillo 1992; Walker e.a. 1991).

Ook bestaat er een hoge mate van comorbiditeit van gedragsstoornissen en depressie (Fergusson e.a. 1996), hetgeen leidt tot een verhoogde prevalentie van suïcides en van suïcidepogingen, die frequenter voorkomen en serieuzer van aard zijn dan wanneer er sprake is van één van de twee stoornissen apart. Ook dodelijke ongevallen worden vaker gezien bij adolescenten die lijden aan een antisociale gedragsstoornis in combinatie met een depressie (Nada-Raya e.a. 1997).

Zeer recent hebben Angold e.a. (1999) op basis van de resultaten van een omvangrijke meta-analyse van bevolkingsonderzoeken naar comorbiditeit geopperd dat er sprake is van een grotere diagnostische differentiatie dan de gangbare classificatiesystemen toelaten. Zo zou er wel eens een ADHD-bepaalde antisociale gedragsstoornis als een aparte diagnostische entiteit kunnen bestaan náást een door depressie bepaalde antisociale gedragsstoornis en náást een antisociale gedragsstoornis 'sec'. Angold keert daarmee in zekere zin terug naar het nosologisch denken dat in de laatste twee decennia door de classificatiesystematiek verdrongen was.

RISICOFACTOREN EN PATHOGENESE

Voor een bespreking van de risicofactoren bij en de pathogenese van antisociaal gedrag wordt verwezen naar het eerste artikel van dit tweeluik (Matthys 1999). In dit artikel wordt nader stilgestaan bij de risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan en de ontwikkeling van ernstig delictgedrag en delinquentie.

Delinquent gedrag ontwikkelt zich – analoog aan gedragsstoornissen in het algemeen – door een samenspel van risico- en protectieve factoren op basis van een zekere neurobiologische aanleg. Het meest recente onderzoek in Nederland (Van der Heiden-Attema & Bol 2000), uitgevoerd bij jeugdige verdachten die in het kader van rapportage pro justitia onderzocht waren en die in hun (eventuele) criminele carrière gevolgd werden, laat zien dat delinquente jongeren aan andere risicofactoren (vooral op het gebied van persoonlijkheidsproblemen, antisociaal gedrag, schoolproblemen en problemen met vrienden) blootstaan dan problematische jongeren die niet een crimineel pad volgen. De onderzoekers nuanceren daarmee de eerdere bevindingen dat eerder het aantal risicofactoren dan de aard ervan bepalend zou zijn (Farrington 1997). Uit het onderzoek blijkt voorts dat vroege starters (die over het algemeen verantwoordelijk zijn voor de meest ernstige delicten) op vroegere leeftijd aan risicofactoren zijn blootgesteld dan de delinquenten die op latere leeftijd met hun delictgedrag beginnen. Risicofactoren op gezinsniveau lijken niet op een directe manier funest te zijn voor de ontwikkeling, maar eerder als katalysator te werken op het ontstaan van andere risicofactoren. Er zijn geen specifieke risicofactoren gevonden bij de plegers van de meest voorkomende delicten zoals vermogensdelicten en vernieling. Geweldplegers echter kampen opvallend vaker met een laag IQ en een neurotische en impulsieve aard. Zeden-delinquenten vallen daarbij nog eens op door een hoger aantal meegemaakte stressvolle gebeurtenissen.

Recente secundaire analyses op het materi-

aal van het eerder uitgevoerde onderzoek bij jeugdige delinquenten die op verdenking van het gepleegd hebben van een misdrijf voorgeleid werden voor de kinderrechter, hebben factoren aan het licht gebracht die (vooral in combinatie met elkaar) indicatief blijken te zijn voor het bestaan van ernstige psychopathologie: schoolproblemen, eerdere uithuisplaatsingen en eerdere politiecontacten, psychogene lichamelijke klachten, stemmingsproblemen in de voorgeschiedenis, geweld buiten het gezin, risicovolle gedragingen in de vroegere jeugd en klachten als gevolg van misbruik van middelen (Doreleijers e.a. 1999).

De meest geciteerde theorie over de criminogenese van ernstig delictgedrag is de theorie van de ontwikkelingsgangen van Loeber (1990). Hij onderscheidt drie ontwikkelingsgangen die leiden tot delinquent gedrag. In de eerste plaats is er de groep die op heel jonge leeftijd weerspanning is. Deze kinderen worden later ernstig ongehoorzaam en weer later laten ze een patroon zien van spijbelen, 's avonds laat op straat rondhangen en van huis wegllopen. De tweede groep kent een ontwikkelingsgang die begint met stiekem gedrag, zoals winkeldiefstal en liegen. Daaruit ontwikkelt zich vandalistisch gedrag en vervolgens ernstig delinquent gedrag in de vorm van inbreken en frauderen. De derde ontwikkelingsgang begint met (eerst wat minder ernstig) agressief gedrag, zoals pesten en stoeien. Dat gaat over in echt vechten en uiteindelijk resulteert dit gedrag in uitgesproken gewelddadigheid zoals berovingen en verkrachtingen.

KLINISCHE EN DIFFERENTIËLE
DIAGNOSTIEK

Psychiatrisch onderzoek Het psychiatrisch onderzoek van gedragsgestoorde adolescenten onderscheidt zich van de diagnostiek van adolescenten met andersoortige problemen doordat deze adolescenten – als zij hun afspraken al nakomen – meer hun klachten loochenen of bagatelliseren, minder introspectie aan de dag leggen en

gemakkelijker externaliseren, waardoor moeilijker tot een betrouwbaar beeld gekomen wordt. Dit geldt al helemaal wanneer de ouders eenzelfde patroon laten zien. Schoolinformatie is in dergelijke gevallen onmisbaar.

Het onderzoek bestaat grofweg uit dezelfde elementen als het onderzoek van kinderen zoals beschreven in het eerste artikel van het tweeluik (Matthys 1999). Hieronder volgt een opsomming van elementen die specifiek zijn voor het onderzoek van adolescenten.

Het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten (Youth Self Report, YSR; Verhulst e.a. 1997) en (semi-)gestructureerde interviews (Basis Raads Onderzoek, BARO; Doreleijers e.a. 1999; Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC; Costello e.a. 1984; Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Kiddie-SADS; Chambers e.a. 1985). Onlangs werd een herijkingsonderzoek van de YSR afgesloten (Doreleijers e.a. 2000), dat uitgevoerd werd naar aanleiding van de bevinding dat deze vragenlijst in zijn oorspronkelijke vorm te weinig gevoelig is voor het gebruik bij een specifieke doelgroep zoals delinquente adolescenten (Doreleijers 1995). Op gedragsstoornissen gerichte vragenlijsten, zoals de Psychopathy Checklist for Adolescents (PCL-R-A; Hare e.a. in druk) zijn in Nederland nog niet voorhanden. In het diagnostisch interview dient uitgebreid geïnformeerd te worden naar symptomen die wijzen op het voorkomen van comorbide stoornissen. Het interview levert overigens bij adolescenten meer op naarmate de vragen meer rechtstreeks geformuleerd worden. Dus niet: 'gebruik je drugs?', maar: 'wat voor drugs gebruik jij?', om te vervolgen met: 'en wat nog meer?' In dit voorbeeld dient vervolgens beslist geïnformeerd te worden naar klachten ten gevolge van drugsgebruik: slapeloosheid, betrekkingssideeën, moeheid, depressiviteit en gevoelens van isolement.

Observatie van de adolescent in de groep, bijvoorbeeld in een residentiële setting, levert veel informatie op over de wijze van relatievorming en de kwaliteit daarvan: de mate van dominant of juist onderworpen gedrag, de mate van sociale

vaardigheden en probleemoplossend gedrag, handigheid in alledaagse taken. Ook deze observaties kunnen gestandaardiseerd vastgelegd worden met behulp van scoringslijsten (monitoring).

Algemeen lichamelijk en – op indicatie – neurologisch onderzoek. Bij gedragsgestoorde adolescenten moet altijd op littekens gelet worden, zowel bij het afnemen van de anamnese als bij het lichamelijk onderzoek; littekens kunnen de weg wijzen naar een voorgeschiedenis van kindermishandeling, naar risicovol gedrag en naar ADHD.

Laboratoriumonderzoek op indicatie. Screening op drugs is soms aangewezen.

Het interview met de ouders moet vooral aandacht schenken aan de omstandigheden die de behandeling kunnen faciliteren of bemoeilijken: afwijkende gezinsrelaties, restrictieve opvoedingsmethoden, psychische stoornissen of lichamelijke handicaps bij andere gezinsleden, gestoorde communicatiepatronen en hevige ingrijpende gebeurtenissen. Het interview kan ondersteund worden met een vragenlijst, zoals de CBCL (Child Behavior Checklist/4-18; Verhulst e.a. 1996).

Informatie inwinnen op school en – op indicatie – in de andere milieus (sportclub). Een aantal gedragsgestoorde jongeren hebben een gezinsvoogd of contacten met jeugdreclassering en/of jeugdhulpverlening. Het is altijd geïndiceerd (informatie van) deze instanties en de hulpverleningsgeschiedenis in de diagnostiek te betrekken.

Vaststellen van het niveau van functioneren van de adolescent. Soms, zoals in de DISC, zijn schalen opgenomen in het gestandaardiseerde interview. Ook kan er een aparte schaal gebruikt worden (bijvoorbeeld de Child Global Assessment Schedule, C-GAS; Shaffer e.a. 1983).

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

De differentiële diagnostiek van de gedragsstoornissen bij adolescenten is bijna even breed als die van de kinder- en jeugdpsychiatrie in zijn

geheel. Overwogen dienen te worden: leerstoornissen, ADHD, lichte verstandelijke handicap, schizofrenie, stemmingsstoornissen, aanpassingsstoornissen, posttraumatische stress-stoornissen, epilepsie en dissociatieve stoornissen. Het differentiëren is niet altijd op een adequate manier mogelijk wanneer er sprake is van comorbiditeit. Monitoring van de symptomen, soms over jaren, biedt in ieder geval op den duur duidelijkheid. Belangrijk is in alle gevallen een goede inventarisatie te maken van de psychiatrische, neurologische en cognitieve kwetsbaarheden en van het pathogene karakter van de omgeving.

INDICATIESTELLING EN ZORGTOEWIJZING

Indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn, als er sprake is van een gedragsstoornis (al dan niet met comorbiditeit), van bijna even groot belang als de diagnostiek zelf. In de praktijk kregen deze vormaspecten in het verleden beslist onvoldoende aandacht met *recidive*, *shopping patterns* en uiteindelijk justitiële bemoeienis tot gevolg. De gedragsstoornissen vragen meer dan elke andere diagnostische categorie om een zeer gestructureerde aanpak van zowel de indicatiestelling als de zorgtoewijzing. Bij beide moeten eigenlijk in alle gevallen de jeugdhulpverlening en eventueel ook de jeugdbescherming betrokken worden.

In enkele regio's in ons land is kort geleden een indicatiecommissie geïnstalleerd waarbij adolescenten met hun diagnostisch rapport aangemeld kunnen worden. De commissie wijst de zorg toe aan instellingen die zich geëngageerd hebben aan het initiatief. De commissies zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan uit vertegenwoordigers van alle participerende instellingen. In sommige gevallen is men een stap verder gegaan: daar beschikt de indicatiecommissie over zorgmodulen die toegewezen kunnen worden aan adolescenten met een indicatie. De modulecapaciteit wordt centraal beheerd, waardoor beter gematcht kan worden en de con-

tinuïteit van de behandelingen beter bewaakt wordt (Doreleijers & Bijl 1997). Deze nieuwe werkwijze past in het nationale megaproject Regie in de Jeugdzorg dat tracht de zorg die verleend wordt vanuit jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en geestelijke gezondheidszorg beter geïntegreerd tot zijn recht te laten komen.

DIAGNOSTIEK IN FORENSISCH KADER

Er wordt van rapportage pro justitia gesproken wanneer de diagnostiek door justitiële autoriteiten (officier van justitie, rechter-commissaris of kinderrechter) wordt aangevraagd. Ook de Raad voor de Kinderbescherming, (gezins)voogdij-instellingen en de (jeugd)reclassering kunnen om rapportage verzoeken. Kenmerkend voor forensische rapportage is het feit dat niet de ouders of de adolescent zelf, maar een andere instantie om diagnostiek en/of advies vraagt. Jongeren willen daardoor nogal eens de rapporteur zien als een verlengde arm van de rechterlijke macht, hetgeen specifieke vaardigheden vraagt van de onderzoeker; ouders proberen regelmatig de rapportage hetzij in de richting van een zo licht mogelijke afdoening te beïnvloeden, hetzij juist in de richting van een zwaardere straf of maatregel.

In Nederland pretendeert het jeugdstrafrecht (voor 12- tot 18-jarigen) behalve sanctionering ook de ontwikkeling van jongeren te beschermen en zo mogelijk te bevorderen (Doek & Vlaardingebroek 1992). De in het algemene strafrecht cruciale vraag – of het delict iemand toegerekend kan worden en hoe groot de kans op *recidive* is – dient in jeugdzorgrapportages dan ook in ruimere zin beantwoord te worden: hoe kan de sanctie/maatregel zo goed mogelijk worden ingezet ten behoeve van begeleiding en/of behandeling? Rapporteurs dienen zodanig vertrouwd te zijn met de jeugdstrafwetgeving en civielrechtelijke wetgeving dat de adviezen passen en haalbaar zijn in de wettelijke kaders die voorliggen.

Er is in Nederland een discussie gaande in

hoeverre rapporten ook bedoeld zijn als diagnostische informatie voor een eventueel na het strafproces te starten behandeling. De eisen die in dat geval aan de diagnostiek gesteld worden, kunnen nogal verschillen van de eisen die voor het strafrechtelijke advies relevant zijn. Herhaalde diagnostiek is echter minder betrouwbaar.

BEHANDELING

Gedragsgestoorde adolescenten hebben de naam moeilijk te behandelen te zijn, zeker wanneer er sprake is van comorbiditeit, wanneer de verschijningsvorm van de stoornis grillig te noemen is en wanneer de stoornis is ontstaan vóór het tiende levensjaar. Bovendien is het telkens afwachten of de voor de thuissituatie bereikte resultaten ook standhouden op school en op straat en of ze standhouden over de jaren heen. Vaak is dit laatste namelijk niet het geval, wat Kazdin (1987) deed spreken van een chronisch toestandsbeeld, een handicap.

Matthys (1999) heeft in het eerste deel van dit tweeluik over de gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten de werkzame behandelingsvormen voor kinderen beschreven; bij adolescenten worden dezelfde behandelingen met vergelijkbare indicaties en contra-indicaties uitgevoerd. Van de 'enkelvoudige' methoden zoals *contingency management*, *parent management training*, cognitieve gedragstherapie, sociale-competentietraining en medicatie zijn in Nederland de behandelingen van adolescenten die gebaseerd zijn op het sociale-competentiemodel het beste geëvalueerd: jeugdige delinquenten die in het kader van een justitieel traject de kwartaal cursus (Van der Veer & Slot 1990) volgden, recideerden later dan jongeren in een controlegroep (Van der Laan & Essers 1990).

Wanneer de adolescentie eenmaal bereikt is, zijn enkelvoudige methoden alleen nog toe te passen in gunstige gevallen, bijvoorbeeld wanneer er geen sprake is van comorbiditeit en de ouders voldoende draagkracht hebben. In alle

andere gevallen is een multimodale benadering aangewezen (Frick 1998). Multisysteemtherapie (MST; Henggeler 1997) is momenteel eigenlijk de enige behandelingsvorm die bewezen echt succesvol is voor de adolescenten met complexe gedragsstoornissen of ernstig delinquent gedrag. MST richt interventies niet alleen op de adolescent, zijn ouders en het gezin, maar ook op de uitgebreidere context, te weten de groep leeftijdgenoten, de school, de buurt en het sociale netwerk van de ouders. Effect- en follow-uponderzoek over een periode van vier jaar (Henggeler & Borduin 1990) liet indrukwekkende resultaten zien. Slechts 26% was weer gearresteerd (maar minder frequent en voor minder ernstige vergrijpen), terwijl dat percentage voor de controlegroep 71% bedroeg. In Nederland worden dergelijke behandelingen nog niet toegepast.

De resultaten die in de Nederlandse justitiële instellingen geboekt worden, zijn nog niet bevredigend te noemen. Boendermaker (1999) noemt het gebrek aan nazorg als een van de grootste problemen.

BELOOP EN PROGNOSE

Over het algemeen hebben de (antisociale) gedragsstoornissen een slechte prognose: 80% van de jongeren met een dergelijke stoornis ontwikkelt later enige psychiatrische stoornis en 50% ontwikkelt een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Loeber e.a. 1995; Loeber & Farrington 1998; Kazdin 1997). Gezinsachtergronden en sociaal milieu blijken daar minder een rol bij te spelen dan de aard van de stoornis (Offord & Bennett 1994; Brown e.a. 1991). Wanneer er sprake is van comorbiditeit, is de prognose slechter en dit geldt ook wanneer het een stoornis van het verharde/gevoelloze subtype betreft of de adolescent een grotere variatie aan gedragsstoornissen laat zien (Frick 1998).

LITERATUUR

- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Abikoff, H., & Klein, R.G. (1992). Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.
- Angold, A., Costello, E.J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 40, 57-87.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze*. Leuven, Apeldoorn: Garant.
- Brown, W.K., Zimmerman B., Jenkins R.L., e.a. (1991). Recognizing delinquents who may need special help to avoid criminal conviction in adult life. *Juvenile & Family Court Journal*, 26, 35-40.
- Chambers, W., Puig-Antich, J., & Hirsch, M., e.a. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: Test-retest reliability of the K-SADS-P. *Archives of General Psychiatry*, 42, 606-702.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993a). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: II, Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., e.a. (1993b). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I, Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Costello, E.J., Edelbrock, C.S., & Dulcan, M.K. (1984). *Development and testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children in a clinic population. Final report*. Rockville, MD: Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health.
- Doek, J.E., & Vlaardingbroek, P. (1993). *Jeugdrecht en jeugdhulpverleningsrecht*. Den Haag: VUGA.
- Doreleijers, Th.A.H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Arnhem: Gouda Quint.
- Doreleijers, Th.A.H. (1996). ADHD en delinquentie. *Proces* 11/12, 210-213.
- Doreleijers, Th.A.H. (1998). Het netwerk sluit zich. Over samenwerking in de aanpak van jeugdige delinquenten met stoornissen. In W. Koops & N.W. Slot (red.), *Van lastig tot misdadig* (pp. 132-144). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Doreleijers, Th.A.H., & Bijl, B. (1997). Jeugdige delinquenten met stoornissen. Ontwerp voor een intersectoraal zorgprogramma in het stadsgewest Haaglanden. In J.A.C. Bartels, N. Duits & W.B. Gunning (red.), *Jeugdpsychiatrie en recht* (pp. 124-133). Assen: Van Gorcum.
- Doreleijers, Th.A.H., Bijl, B., van der Veldt, M.C., e.a. (1999). *Het basisonderzoek in strafzaken: Standaardisatie en protocollering*. Amsterdam/Utrecht: Vrije Universiteit/Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Doreleijers, Th.A.H., Ferdinand, R.F., & Smit, C. (2000). *Herijking van de Youth Self Report ten behoeve van het gebruik bij jeugdige delinquenten* (in voorbereiding).
- Eiraldi, R.B., Power, T.J., & Maguth Nezu, C. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 503-514.
- Farrington, D.P. (1997). Early prediction of violent and nonviolent youthful offending. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 5, 51-66.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., & Horwood, L.J. (1996). Origins of comorbidity between conduct and affective disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 451-460.
- Frick, P.J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York/London: Plenum.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., e.a. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinical sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D., Forth, A.E., & Kosson, D.S. (in druk). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Heiden-Attema, N. van der, & Bol, M.W. (2000). *Moeilijke jeugd. Risico- en protectieve factoren en de ontwikkeling van delinquent gedrag in een risicogroep jongeren*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum, Ministerie van Justitie.
- Henggeler, S.W. (1997). Treating serious anti-social behavior in youth: The MST approach. *Juvenile Justice Bulletin*, June, 1-7.
- Henggeler, S.W., & Borduin, C.M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Junger, M., Vinken, H., van der Laan, A., e.a. (1998). *Jongeren en risicogedrag*. Rijswijk: Ministerie van vws, Directie Jeugdbeleid.
- Junger-Tas, J., Kruissink, M., & Laan, P.H. (1992). *Ontwikkelingen van de jeugdcriminaliteit en de justitiële jeugdbescherming: 1980-1990*. Arnhem: Gouda Quint.

- Kazdin, A.E. (1997). Conduct disorder across the life-span. In S.S. Luthar, J.A. Burack, D. Chicchetti e.a. (red.), *Developmental psychopathology, perspectives on adjustment: Risk and disorder* (pp. 248-272). New York: Cambridge University Press.
- Klinterberg, B., Andersson, T., Magnusson, D., e.a. (1993). Hyperactive childhood behavior as related to subsequent alcohol problems and violent offending: A longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 15, 381-388.
- Laan, P. van der, & Essers, A.A.M. (1990). *De kwartaalcursus en recidive*. Arnhem: Gouda Quint.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1995). Adolescent psychopathology. III. Clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 510-519.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (1998). *Serious and violent offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., Green, S.M., Keenan, K., e.a. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 499-509.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & White, H.R. (1999). Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 322-332.
- Maggs, J.L., Frome, P.M., Eccles, J.S., e.a. (1997). Psychosocial resources, adolescent risk behaviour and young adult adjustment: Is risk taking more dangerous for some than others? *Journal of Adolescence*, 20, 103-119.
- Matthys, W. (1999). Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kindertijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 529-538.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., e.a. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.
- Mertens, N.M., Grapendaal, M., & Docter-Schamhardt, B.J.W. (1998). *Meisjescriminaliteit in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC, 169.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moser, F., & Doreleijers, Th.A.H. (1997). Juvenile delinquents with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 5, 67-81.
- Nada-Raya, S., Langley, J.D., McGee, R., e.a. (1997). Inattentive and hyperactive behaviors and driving offences in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 515-522.
- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (1995). *Juvenile offenders and victims: A focus on violence*. Pittsburg, PA: National Center for Juvenile Justice.
- Offord, D.R., Boyle M.H., Szatmari, P., e.a. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Offord, D.R., & Bennett, K.J. (1994). Conduct disorder: Long term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1069-1078.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., e.a. (1983). Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Veer, K. van der, & Slot, N.W. (1990). *Handleiding Kwartaalcursus*. Amsterdam/Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie/Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie/Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F., e.a. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 187-191.
- Witte, H.F.J. de (1990). Ontwikkelingspsychopathie en psychopathische gedragsstoornissen. In J.A.R. Sanders-Woudstra & H.F.J. de Witte (red.), *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- 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.

AUTEUR

Correspondentieadres: Vrije Universiteit/Paedologisch Instituut, Postbus 303, 1115 ZG Duivendrecht.

TH.A.H. DORELEIJERS is als hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie verbonden aan de faculteit Geneeskunde, afdeling Psychiatrie van de Vrije Universiteit Amsterdam en als opleider aan het Paedologisch Instituut Duivendrecht.

E-mail: tdor@pi-amsterdam.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-12-1999.

SUMMARY

Oppositional-defiant disorder, conduct disorder and delinquency in adolescence: Clinical description, comorbidity, forensic assessment and treatment – Th. A.H. Doreleijers –

BACKGROUND *In the last decade of the 20th century much scientific research has been carried out on the etiology and pathogenesis of disruptive disorders, and on the effects of treatment focussed on these disorders. More than before this research has been carried out from the child and adolescent point of view.*

AIMS *The aim of this article is to provide a review of the literature, larded with clinical experiences. It is the second part of a two-part review of disruptive disorders in children and adolescents.*

METHOD *Review of the national and international literature. The first article dealt extensively with risk factors and pathogenesis of disruptive disorders; this article highlights the comorbid conditions in adolescents, the forensic diagnostic assessment, and the for this age group specific treatment methods.*

RESULTS *The phenomenology of disruptive disorders in adolescents is marked by comorbid conditions like ADHD, depression, substance abuse, etcetera. Disruptive disorders as well as juvenile delinquency follow specific, predictable developmental pathways. For diagnostic assessment gathering of information from more than one informant is obligatory.*

CONCLUSIONS *Disruptive disorders with comorbid conditions are serious disorders with an unfavorable prognosis if diagnostic assessment and treatment are carried out too late: outcome studies elicit all kinds of psychiatric disorders, antisocial personality disorders included.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 10, 739-749]

KEYWORDS adolescents, aggression, comorbidity, conduct disorder, delinquency, oppositional-defiant disorder