

Artikelen

Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel

Arnold A. J. Bartels 

Kind en Adolescent, 22 (2001), p. 211-226

Samenvatting

Het sociale-competentiemodel is gebaseerd op het aanleren van de sociale vaardigheden die de jeugdige delinquent (of jongere met ernstige gedragsproblematiek) en het gezin niet hebben geleerd en waarvan het ontbreken mede heeft geleid tot delinquentie. In deze benadering wordt het tekort aan sociale vaardigheden vergeleken met de 'levenstaken' waarvoor de jongere en het gezin zijn geplaatst, en aldus ontstaat een competentie- en tekortprofiel. Het model is gebaseerd op de paradigma's die het sociaal leren uitmaken en op het paradigma van de cognitieve benadering. Tot slot biedt dit artikel een overzicht van onderzoek naar effecten van op dit model gebaseerde interventies en wordt er een korte blik op de verdere ontwikkeling van het model geworpen.

Inhoud

- [Visie op jeugddelinquentie](#)
- [Interventies gebaseerd op het sociale-competentiemodel](#)
- [Evaluatiegegevens](#)
- [Toekomst](#)
- [Literatuur](#)

Het sociale-competentiemodel, vaak kort het competentiemodel genoemd, ontstond aan het Paedologisch Instituut Amsterdam/Duivendrecht in een reeks projecten van 1972 tot nu. Het model was sterk geïnspireerd door de Amerikaanse Teaching-Family Homes (TFH) die in 1968 in de Verenigde Staten ontstonden en waarvan er nu meer dan 400 zijn. In het eerste project werd een sociale-vaardigheidstraining ontwikkeld en op effect onderzocht, een ambulante 'vertaling' van het TFH-programma, die verder was geïnspireerd door enkele Amerikaanse en Nederlandse sociale-vaardigheids- en assertiviteitstrainingen ([Bartels, 1988](#)). De sociale-vaardigheidstrainingen werden overgedragen aan jeugdhulpverleners. Onderzoek werd gedaan naar de toepassing ervan door de getrainden en de effecten op hun cliënten ([Bartels, 1988](#)). Vanaf 1978 werden ook residentiële programma's ontwikkeld en op effect onderzocht. In 1981 startte het eerste Nederlandse TFH, Kursushuis geheten ([Slot, 1988](#)).

Het model ontstond voor het werken met delinquente adolescenten. Het wordt thans ook gebruikt voor een bredere doelgroep: jeugdige delinquenten met psychiatrische stoornissen, kinderen en adolescenten met gedragsproblematiek, getraumatiseerde kinderen, verstandelijk gehandicapten, gedetineerden en tbs-gestelden ([Bartels, 1994](#); [Bartels & Doreleijers, 1998](#); [Bartels & Tates, 1995](#); [Bartels & Van Schaik, 1997](#); [Van der Meulen & Bartels, 1993](#)).

Het sociale-competentiemodel is gebaseerd op het sociaal leren en de cognitieve gedragstherapie. In het kader van de verbreding van de toepassing van het model ontstond er behoefte aan een uitbreiding van het sociale-competentiemodel met een persoonlijkheidsmodel en een visie op de sociaal-emotionele ontwikkeling van jeugdigen. De op het sociaal leren gebaseerde technieken geven namelijk niet aan in hoeverre de persoonlijkheid van een jeugdige zich ontwikkelt, en hoe de kennis van deze ontwikkeling in programma's gebruikt kan worden.

Dit artikel geeft een schets van het sociale-competentiemodel. Daarbij ga ik achtereenvolgens in op de visie op jeugddelinquentie die vanuit het competentiemodel wordt gehanteerd, de theoretische fundering van het model, de interventies die karakteristiek zijn, en de gebleken effectiviteit. Tot slot volgt een blik op de toekomst, waarbij onder meer kort wordt ingegaan op de uitbreiding van het model met een model voor de persoonlijkheid en de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Visie op jeugddelinquentie

Psychosociale en jeugdpsychiatrische problematiek bij jeugdige delinquenten

In de tweede helft van de twintigste eeuw is veelvuldig sociaal-wetenschappelijk en jeugdpsychiatrisch onderzoek uitgevoerd naar de achtergrond, levensomstandigheden, persoonlijkheidskenmerken en psychiatrische stoornissen van jeugdige delinquenten. In retrospectief onderzoek werden de kenmerken van jeugdige delinquenten en hun sociale omgeving geïnventariseerd, in andere studies werden jeugdige delinquenten vergeleken met niet-delinquente leeftijdgenoten en met niet-delinquente broers en zussen (retrospectief onderzoek met vergelijkingsgroepen). Grote representatieve steekproeven werden een aantal jaren gevolgd. Men ging daarbij na welke kenmerken karakteristiek zijn voor jeugdige delinquenten en welke prognostische betekenis die kenmerken hebben. Overzichten worden gegeven door [Bartels \(1986, 1988, 1993\)](#), [Buysse \(1998\)](#), [Farrington en West \(1993\)](#), [Hawkins en anderen \(1998\)](#), [Hess \(1995\)](#), [Lipsey en Derzon \(1998\)](#), [Rutter, Giller en Hagell \(1998, pp. 303-333\)](#), [Slot \(1988\)](#), [Smith \(1995\)](#), [Tolan \(1998\)](#) en [Tremblay \(1998\)](#).

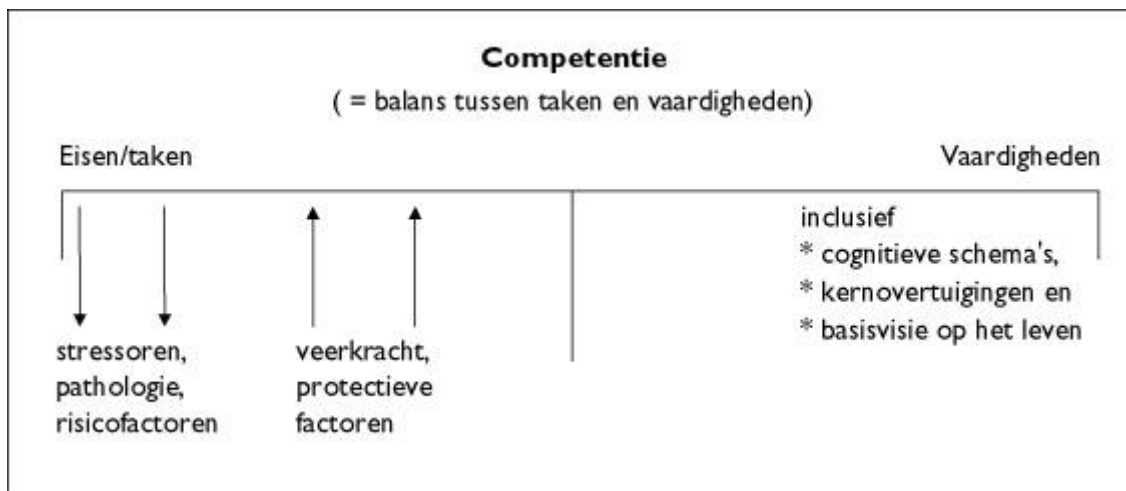
De resultaten van de genoemde onderzoeken komen sterk overeen. De psychosociale situatie van jeugdige delinquenten en hun gezinnen is ongunstig of is dat lange tijd geweest. Gemiddeld is de behuizing van de gezinnen slecht, verloopt het dagelijks leven er chaotisch en is de relatie tussen de ouders of ouderfiguren onderling en tussen de ouder(figuren) en kinderen gespannen en conflictueus. De ouders beschikken over een beperkt repertoire aan opvoedingsvaardigheden of kunnen de vaardigheden die ze hebben door ongunstige omstandigheden onvoldoende tot hun recht laten komen. De jongeren hebben, in vergelijking met niet-delinquente leeftijdgenoten, slechtere relaties met medeleerlingen en leraren, en met leeftijdgenoten in het algemeen. Hun schoolprestaties zijn verhoudingsgewijs slechter, ze spijbelen vaker, ze brengen meer tijd buitenshuis door en hun zelfwaardering is lager. Bendevoorming ontstaat vaak om het op school en in de maatschappij gekwetste gevoel van eigenwaarde op te vijzelen. De 'vriendengroep', die meestal niet uit echte vrienden bestaat, fungeert in feite als vervangend gezin. Bij tweederde van de jeugdige delinquenten is sprake van psychiatrische problematiek, inclusief antisociale gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling ([Doreleijers, 1995](#)).

Samenvattend kan men stellen dat veel jeugdige delinquenten de taken die het leven aan hen stelt niet goed aankunnen. Gebrekkige vaardigheden, stoornissen en ongunstige omgevingsomstandigheden werken kennelijk in de hand dat zij met hun gedrag botsen met de normen die gelden in onze samenleving.

Het sociale-competentiemodel, antisociaal gedrag en jeugddelinquentie

In de hier gepresenteerde visie is iemand *competent* (ook wel *sociaal competent* of *levenscompetent* genoemd) als hij de bij zijn ontwikkelingsniveau en omstandigheden passende levenstaken 'aankan' met de vaardigheden die hij heeft. Of iemand sociaal competent kan worden genoemd, is dan een combinatie van een constatering en beoordeling: 'slaagt' iemand bijvoorbeeld voor levenstaken?; vindt men dat hij dingen 'goed', competent aanpakt? Competentie komt tot stand als er een balans is tussen levenstaken en vaardigheden.

In het algemeen geldt dat levenstaken worden verzwaard door stressoren, pathologie of risicofactoren, en verlicht door veerkracht en protectieve factoren. Vaardigheden omvatten ook de basisvisie, de kernovertuigingen en cognitieve schema's die iemand heeft over 'het leven', over zichzelf en anderen ([Orobio de Castro & Bosch, 1998](#)). Wie bijvoorbeeld als kernovertuiging heeft dat je niemand kunt vertrouwen, ontwikkelt vaardigheden die geënt zijn op het wantrouwen van anderen (bijvoorbeeld 'testen' van anderen op het 'waarheidsgehalte' van wat ze zeggen, opponeren). Dit alles wordt kort weergegeven in het balansmodel van sociale competentie (figuur 1).



Figuur 1 Balansmodel van sociale competentie.

Het sociale-competentiemodel onderscheidt drie categorieën taken. Ten eerste *werkelijke taken* als op tijd komen, een opdracht van een leraar of baas uitvoeren, of vragen stellen over wat men niet begrijpt. Ten tweede zijn er 'taken bij wijze van spreken', *taken in overdrachtelijke zin*. Hiertoe behoort het omgaan met gevoelens zoals boosheid, teleurstelling en verliefdheid. Een echte taak kan men dit niet noemen, het hele leven zou dan een taak worden. In overdrachtelijke zin is het wel een taak: men verkeert in de omstandigheden dat deze gevoelens spelen en men moet er op de een of andere manier iets mee doen. Ten derde zijn er *ontwikkelingstaken* zoals loskomen van het gezin van herkomst, relaties aangaan met leeftijdgenoten waaronder vriendschappen, relaties

aangaan met leeftijdgenoten van het andere geslacht, omgaan met zich ontwikkelende seksualiteit en voorbereiding op de toekomst (opleiding en werk).

Sociale competentie betreft voorts vier terreinen ([Bartels & Heiner, 1994](#)). Ten eerste *de omgang met anderen* in de kringen: gezin en partner; school, opleiding en werk; vrije tijd; groter maatschappelijk verband. Ten tweede *de omgang met zaken* voor zover dit op de relaties met anderen van invloed is, bijvoorbeeld de zorg voor eigen en andermans bezittingen. Ten derde *de houding jegens zichzelf*, zoals zelfacceptatie of een zekere openheid jegens eigen belevingen. En ten vierde een redelijke *emotionele draagkracht*, vaak omschreven met begrippen als 'ego-sterkte', 'ik-sterkte' en 'integratieve vermogens van het ego'. Hiermee wordt bedoeld dat iemand niet bij een kleine tegenvaller geheel van zijn stuk is, dat hij niet al te erg 'overreageert' op gebeurtenissen, dat hij zichzelf niet te veel onredelijke eisen stelt, dat hij bij moeilijke omstandigheden en veranderingen in zijn leven een zekere stabiliteit weet op te brengen. Deze emotionele draagkracht is deels een gevolg van de vaardigheden die men geleerd heeft, en voor een deel verder een gevolg van het niveau van emotionele ontwikkeling waarop iemand functioneert. Beide beïnvloeden elkaar over en weer.

Uitgaand van het balansmodel zou gesteld kunnen worden dat de (later) delinquentie jeugdigen en hun gezinnen voor taken worden gesteld die ze niet of zeer moeilijk aankunnen. Zoals gezegd komt competentie tot stand als er een balans is tussen levenstaken en vaardigheden. Sociaal-economische factoren en aanleg (zoals temperament en biologisch bepaalde kwetsbaarheden als aandachts-, activiteits- en concentratiestoornissen) spelen bij deze groep een complicerende rol: die maken de taken zwaarder en de mogelijkheden om de noodzakelijke vaardigheden te leren, worden erdoor beperkt ([Smith, 1995](#); [Vollenbergh, 1995](#)). De gedragsproblematiek van de jongere kan worden gezien als een gevolg van deze onbalans. Naarmate deze problematiek structureler van aard wordt, kan ze bijdragen aan pathologie in de ontwikkeling. Dit werkt weer door op de verstoring van de balans ... enzovoort. De in het gezin escalerende gedragsproblematiek wordt (later) buiten het gezin voortgezet, deels in de vorm van delicten, wanneer ook daar de taken te zwaar blijken voor de vaardigheden ([Bartels, 1986, 1988](#); [Farrington & West, 1993](#); [Rutter e.a., 1998, pp. 303-333](#); [Smith, 1995](#); [Tolan, 1998](#); [Tremblay, 1998](#)).

Bevordering van sociale competentie als kern van interventies

De behandeling van jongeren met antisociaal gedrag, inclusief delinquentie, dient vanuit de geschetste visie van de onbalans tussen levenstaken en vaardigheden te bestaan uit taakverlichting, vaardigheidstraining of een combinatie van beide. Dit houdt om te beginnen in dat er een *competentieprofiel* moet worden opgesteld: welke vaardigheden en taken zijn er, hoe ziet de onbalans eruit? Vervolgens wordt een programma met training ontwikkeld en/of vindt een herarrangement van de levensomstandigheden plaats om tot taakverlichting te komen. Mishandelende, misbruikende of verwaarlozende ouders betekenen in het model bijvoorbeeld een 'taak' die veel te zwaar is en die jongeren niet gesteld hoort te worden. 'Herinrichting' van de leefomstandigheid van de jeugdige is dan nodig.

In preventieve zin houdt het sociale-competentiemodel in dat geprobeerd wordt een escalatie van probleemgedrag te voorkómen. Dit vormt een belangrijk uitgangspunt bij het scheppen van een adequaat behandelklimaat. De aandacht gaat daarbij vooral uit naar het creëren van condities voor een optimale ontwikkeling, zoals het bieden van een adequate verzorging en een veilige, continue, stabiele fysieke en sociale omgeving; het tonen van interesse in het kind en het tonen van respect en begrip; het bieden van adequate voorbeelden inzake gedrag, normen en waarden; het mogelijk maken van een constructieve omgang met leeftijdgenoten ([Bartels & Heiner, 1994](#)).

Theoretische verklaringen voor de werkzaamheid van het competentiemodel

Het sociale competentiemodel is gebaseerd op de drie vormen van het sociaal leren: klassiek conditioneren, operant conditioneren en observatieleren. Tevens gaat het model uit van de cognitieve gedragstherapie. Technieken van operant conditioneren en observatieleren vormen in alle programma's de eerste fasen van behandeling. In latere fasen worden daar in variërende mate technieken aan toegevoegd, gebaseerd op klassiek conditioneren (technieken voor angstreductie) en op de cognitieve benadering.

Operant conditioneren en het *observatieleren* domineren in het model: de jongere leert vaardigheden doordat hem modellen worden geboden, adequaat gedrag wordt bekrachtigd en uitgelokt, doordat dit gekoppeld wordt aan stimuli die in het dagelijks leven van de jongere aanwezig zijn (en vaak voordien probleemgedrag oproepen). Van klassiek leren is sprake als bestaande, vanuit de constitutie gegeven, autonome responsen, bijvoorbeeld emoties als angst en woede, afnemen ('uitdoven') en daardoor minder interfereren met adequaat, sociaal vaardig(er) gedrag. Gedragsproblematiek is, operant gezien, gewoonlijk een vorm van actieve vermijding en/of een vorm van afdwingen, 'coërcie' geheten. Bij actieve vermijding wordt een specifieke stimulus vermeden (vgl. [Bakker-De Pree, 1987](#)). Bij jongeren met gedragsproblemen zijn dit vaak gevoelens van falen, alleen zijn, zich aan zichzelf overgelaten voelen. Tegelijk wordt een stimulus gezocht (opgeroepen, uitgelokt) die het optreden van de gevreesde stimulus bemoeilijkt of onmogelijk maakt. Zo kan de reactie van de ander, al is die emotioneel negatief gekleurd, ervoor zorgen dat gevoelens van alleen-zijn en aan zichzelf overgelaten zijn worden vermeden. In een behandelprogramma leert de jongere sociaal vaardiger gedrag waardoor hij beter de levenstaken aankan. Het mechanisme van actieve vermijding blijft daarbij vaak bestaan; het blijkt behandelinhoudelijk erg moeilijk om het mechanisme van de actieve vermijding zelf te doorbreken. Nog steeds vermijdt de jeugdige, alleen nu op een constructievere manier, bijvoorbeeld doordat hij geleerd heeft zich te realiseren wat hij ergens van vindt, vragen te stellen over wat hij niet begrijpt, heeft leren onderhandelen over dagelijkse aangelegenheden. Het gevoel aan zichzelf overgelaten te zijn wordt daardoor minder vaak en minder intensief dan vroeger opgeroepen. Met andere

woorden, de behandeling is erop gericht de jongere geen problemen te laten ervaren met zich aan zichzelf overgelaten voelen.

Het mechanisme van afdwingen, of coërcie, is inmiddels erg bekend ([Patterson, 1982](#)). Het kind dwingt bijvoorbeeld door zeuren af dat de ouder toegeeft. Het zeuren wordt door de ouder gezien als probleemgedrag. Als de ouder toegeeft aan het zeuren, wordt de ouder bekrachtigd door het stoppen van het zeuren van het kind, terwijl het kind wordt bekrachtigd in zijn probleemgedrag. Dit kan door de jaren heen leiden tot volstrekt onbeheersbaar gedrag van het kind, gedrag dat buiten het gezin wordt voortgezet en escaleert naar delicten (bijvoorbeeld openlijk antisociaal gedrag als agressie). De behandeling is gericht op het doorbreken van de coërcie door bijvoorbeeld de jeugdige te leren competentier om te gaan met het niet-de-zin-krijgen en de ouders competentier te leren reageren op een zeurend kind.

De *cognitieve benadering* is de afgelopen twee decennia sterk in ontwikkeling geweest. Gedachten (cognities) kunnen vanuit het operant leren gezien worden als niet zichtbare gedragingen, niet zichtbare operanten, 'coveranten' geheten. Ze zijn dan te benaderen vanuit het sociale leermodel. In de cognitieve gedragstherapie is cognitief en sociaal leren geïntegreerd. De cognitieve gedragstherapie is de richting waarin veruit het meeste evaluatie- en effectonderzoek op gebied van jeugdhulpverlening en -psychiatrie plaatsvindt ([Kazdin, Bass, Ayers, & Rodgers, 1990](#); [Weisz & Weisz, 1993](#)). Bekend is het cognitieve model van [Beck \(1995, 1999\)](#) dat ontwikkeld werd voor interventies bij depressiviteit, maar waarvan de toepassing later verbreed is tot persoonlijkheids- en psychotische stoornissen ([Beck, Freeman, & Associates, 1990](#); [Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979](#); [Fowler, Garety, & Kuipers, 1995](#)). In het model worden twee niveaus onderscheiden: automatische gedachten en kernovertuigingen. Automatische gedachten zijn gedachten, beelden of bewustzijnsinhouden die 'vanzelf' in iemand opkomen bij een gebeurtenis. De persoon hoeft zich er niet bewust van te zijn; het kan heel goed dat hij pas bij het nadenken erover, en door erbij geholpen te worden, er bijvoorbeeld opkomt: 'Eigenlijk heb ik gedacht: die sollicitatie zal toch wel mislukken.' Automatische gedachten die disfunctioneel zijn (dat wil zeggen: die niet in overeenstemming met de feitelijke situatie en mogelijkheden van de jeugdige zijn, die gebaseerd zijn op onjuiste uitgangspunten, of die het bereiken van doelen van de jeugdige belemmeren) leiden tot ongewenste emoties en daaraan gekoppeld ongewenst gedrag. Automatische gedachten zijn een situationele verbijzondering van een (vaak onbewuste) kernovertuiging. In het voorbeeld is die kernovertuiging: 'Ik ben een inadequaat iemand, ik ben niet goed genoeg.' De disfunctionele automatische gedachte leidt tot disfunctionele emoties en stemmingen als angst, woede en depressiviteit en via deze tot inadequaat gedrag. Het inadequate gedrag kan bijvoorbeeld leiden tot conflicten waarin de jeugdige verwickeld raakt, tot verwaarlozing van school of werk door spijbelen of verzuimen. Dat kan weer leiden tot contact met deviante leeftijdgenoten met wie hij tot delinquent gedrag komt. Volgens de cognitieve benadering is het daarom nodig dat, naast het zo mogelijk verlichten van levenstaken en het aanleren van vaardigheden, delinquente jongeren functionelere automatische gedachten krijgen en idealiter ook adequatere kernovertuigingen.

Negatieve kernovertuigingen zijn met adolescenten vaak moeilijk bespreekbaar omdat deze aanvoelen als een devaluatie; de jongere wil deze negatieve overtuiging niet makkelijk onder ogen zien. De behandeling moet dan zorgen voor ervaringen die in tegenspraak zijn met de kernovertuiging. Ook kan de behandelaar functionelere automatische gedachten formuleren. Dat gebeurt door automatische gedachten 'uit te dagen', dat wil zeggen te achterhalen en te bespreken. Bijvoorbeeld, gevraagd kan worden: 'Wat ging er eigenlijk door je hoofd?' Dat kan heel terloops, of nadrukkelijker bij gedragsoefeningen. De behandelaar kan daarbij alternatieve, meer functionele gedachten aanreiken. De jongere wordt bijvoorbeeld gevraagd mee te gaan met de ouders van een vriend. De jeugdige zegt: 'Ze willen natuurlijk een goedkoop hulpje aan me hebben' (automatische gedachte bij de kernovertuigingen: 'Niets voor niets' en 'Je kunt niemand vertrouwen'). De behandelaar reageert: 'Mogelijk. Maar ze vinden je ook te vertrouwen en hechten waarde aan jouw aanwezigheid. Ze vinden je dus waarschijnlijk aardig en menen dat ze wat aan je kunnen hebben.'

De onderliggende logische structuur van emoties

Begrijpen en aanvoelen wat een taak in feite inhoudt, is de eerste vaardigheid die nodig is om hem aan te kunnen. Automatische gedachten beïnvloeden dit begrijpen en aanvoelen. Soms roepen emotionerende gebeurtenissen antisociaal gedrag op omdat de jongere reageert op de impliciete logische structuur die de gebeurtenis voor hém heeft, en niet op de werkelijke taak die de gebeurtenis inhoudt.

Een voorbeeld. Een mishandelde jeugdige denkt dat er wel redenen moeten zijn geweest dat hij mishandeld werd. Hij zal wel iets slechts gedaan hebben, denkt hij. Die reden was er echter niet, vanuit de jeugdige gezien. Maar als hij zich dat zou realiseren, beseft hij ook (op bewust of onbewust niveau) dat degenen die hem hadden behoren te beschermen, hem juist dit aandeden. Het besef dus dat hij onveilig was. Dat besef was vroeger en is nu nog erg beangstigend. Hij vermijdt dit besef en deze angst zich onveilig te voelen door zich schuldig te voelen: voor de mishandeling moet toch wel een reden zijn geweest, hij was immers 'lastig'; als hij dat niet geweest was, had men hem niet geslagen. Hij heeft als het ware de keus gemaakt tussen zich onveilig of zich schuldig voelen; deze keus is als impliciete logische onderliggende structuur voor die emoties in die omstandigheden te zien. Als hem terecht of ten onrechte iets verweten wordt (de werkelijke taak in zijn dagelijks leven), voelt hij zich onveilig en gaat om dit gevoel te vermijden iets doen waarover hij zich schuldig voelt (een zelfopgelegde taak). Hij reageert met gedragsproblemen en delicten, waarover hij zich schuldig kan voelen.

Sociale-vaardigheidstraining houdt in: nagaan wat voor verwijten hem gemaakt worden, dus kritiek te incasseren, vragen te stellen over wat hij niet begrijpt en erover na te denken of de kritiek juist was. Vervolgens zijn eventuele boosheid onderkennen en hanteren, en zien wat er met de kritiek gedaan kan worden. Vanuit het competentiemodel redenerend dient nu ook zijn omgeving te leren hem terechte kritiek op goede manier te geven en zijn pogingen met die kritiek wat te doen, te belonen.

Het aanleren van bepaalde sociale en/of emotionele vaardigheden zorgt er zo voor dat een disfunctionele taak als zich niet veilig voelen in die vorm als taak wegvalt en draagt zo bij aan het in evenwicht houden van de balans.

Interventies gebaseerd op het sociale-competentiemodel

Algemeen

Kenmerkend voor het werken volgens het competentiemodel is ten eerste het presenteren en uitvoeren van de behandeling als een *motiverend aanbod*, ook al is de behandeling in meerdere of mindere mate gedwongen door een civielrechtelijke of strafmaatregel of door dreiging met een strafrechtelijke sanctie. De jongere komt gewoonlijk niet 'solliciteren' of hij 'mag' worden geholpen. Hij hoeft ook niet met een hulpvraag te komen, al is dat natuurlijk wel welkom; er wordt hem een aanbod gedaan. Bij de intake kan een gesprek bijvoorbeeld als volgt verlopen: 'Welkom, Gerard. Je kent het hier niet, dus zal ik enige toelichting geven. Wij hebben van je gehoord en we hebben over je gelezen. We willen je, als je hier komt, daarom laten weten wat we denken en hopen voor je te kunnen doen. Ons eerste aanbod is om met je na te gaan wat je sterke en zwakke kanten zijn, zodat je dat kunt gebruiken voor later. Om je sterke kanten beter te benutten en je zwakke te compenseren of te verbeteren. Het tweede aanbod is: we gaan werken aan het omgaan met ruzies en boosheid. Soms ben je erg boos en komt er ruzie. Een keertje ruzie is niet erg, vaak ruzie en heftige boosheid is niet goed voor je toekomstmogelijkheden. We gaan na: Hoe komt het tot een ruzie? Wat maakt je boos? Hoe kun je dat uiten op een acceptabele manier en hoe kun je een ruzie voorkómen terwijl je ook niet in alles hoeft toe te geven? Dat was het tweede aanbod. Nu moet je hier komen van de kinderrechter, begreep ik. Maar ook al is dat verplicht: dit is ons aanbod. Wat vind je daarvan?' Een dergelijk aanbod, op deze manier gebracht, wordt – met een justitiële maatregel als kader – zelden geweigerd, zo leert de ervaring.

Het tweede kenmerk van interventies vanuit het competentiemodel is *dat men zich 'naast de jongere' plaatst* en met hem kijkt naar zijn leven en mogelijkheden. Het is dus niet: 'Je bent gestoord en je moet daarvoor worden behandeld. Werk je mee of werk je tegen?' Een houding van naast de jongere staan betekent overigens niet dat men altijd maar toegeeft. Een behandeling vraagt om regels. Het nakomen daarvan wordt beloond, bijvoorbeeld met voortgang naar een volgend stadium in het behandelingsprogramma, met meer verantwoordelijkheid en vrijheid. Op het zich niet aan de regels houden volgen sancties. In een inrichting geldt in dit verband geen tegenstelling tussen 'beheersing' van de jongeren en het bevorderen van sociale competentie. Het laatste kan niet zonder een sociaal-emotioneel veilig klimaat, iets waar adequate beheersing mede voor zorgt. Een onveilig klimaat creëert onwenselijke taken die een beroep doen op disfunctionele vaardigheden als machogedrag, uitdagen, zich overschreeuwen en heftiger probleemgedrag. Zo'n klimaat is tegengesteld aan de eerdergenoemde condities voor optimale ontwikkeling en is niet bevorderlijk om wenselijke vaardigheden te leren.

Het derde kenmerk van de interventies is dat een *competentieprofiel* wordt opgesteld. Vragen die hierbij aan de orde zijn, luiden: Welke levenstaken worden de jongere gesteld, wat werkt verzwarend, wat verlichtend? Over welke vaardigheden beschikt hij? Welke zijn gewenst en welke ontbreken? Legt hij zichzelf disfunctionele taken op en wat vermijdt hij daarmee? Welke kernovertuigingen en automatische gedachten heeft hij en welke verandering daarin is in principe gewenst? In samenhang hiermee wordt een gedragsanalyse gemaakt van het totstandkomen en het verloop van probleemgedrag én van gewenst gedrag (vaardigheden). Deze gedragsanalyse kan leiden tot verheldering van een zogeheten 'delictscenario' (de keten van gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag die leidt tot delicten) en geeft aan welke vaardigheden ontbreken of wel aanwezig zijn maar niet worden geactiveerd.

Het vierde kenmerk is een *gestructureerde aanpak*: een programma waarin duidelijk is wat wordt aangeleerd en waarom. Zo'n programma vloeit voort uit het competentieprofiel (derde kenmerk) en sluit aan bij het motiverende aanbod (eerste kenmerk).

De programma's, met name de ambulante en de residentiële in latere fasen van de behandeling, hebben voorts – als vijfde kenmerk – een *cognitieve component*: er wordt gewerkt aan verandering van cognitieve schema's, automatische gedachten en kernovertuigingen. Programma's zijn ook gericht op verandering van attitudes, normen en waarden.

Het zesde kenmerk ten slotte volgt uit de operante leertheorie: er wordt zoveel mogelijk gewerkt in de *omgeving* waar de jongere gaat leven (bij ambulante interventies) of de jongere wordt op die omgeving gericht voorbereid (vaardigheden voor de daar gestelde taken worden aangeleerd, zoals volgt uit het competentieprofiel).

Ambulante interventies

Ambulante interventies bestaan voor een groot deel uit sociale-vaardigheidstraining of sociale-vaardigheidstherapie. Sociale-vaardigheidstherapie gaat verder dan training, en bestaat uit een vaardigheidstraining naast bijvoorbeeld interventies gericht op angstreductie of traumaverwerking. Procedures voor sociale-vaardigheidstraining en -therapie zijn beschreven door [Bartels \(1986, 1988\)](#) en, gebaseerd daarop, voor sociale-vaardigheidstraining als alternatieve sanctie door [Van der Veer, Slot, Berger en Verrips \(1992\)](#).

De onderwerpen die bij een dergelijke training of therapie aan de orde komen zijn gerelateerd aan een competentieprofiel en een gedragsanalyse. Er worden behandeldoelen opgesteld, in termen van zo'n profiel. Voor de jongere worden die behandeldoelen op de al aangegeven manier als concreet aanbod geformuleerd, vaak als een soort winkelpresentatie: 'Zie het hier als een soort winkel. Ik heb geen boter, kaas en eieren, maar ik zal je vertellen wat ik wel heb.' Dit wordt dan gevolgd door het voorstel wat te gaan doen. Dan wordt een 'weekkaart'

gemaakt: daarbij wordt nagegaan hoe de dagen van de week van opstaan tot naar bed gaan verlopen. Dit geeft veel informatie en wordt gewoonlijk ook door jongeren informatief gevonden. Hierna volgt het in rollenspel oefenen van voorgestelde vaardigheden. Gewoonlijk komen in een training twee à drie vaardigheden aan de orde.

De trainingen, zeker degene die als alternatieve sanctie worden uitgevoerd, zijn meestal van een tevoren bekende duur (8 of 10 tot maximaal 40 uur). Sociale-vaardigheidstherapieën kunnen langer duren, met frequentere contacten die naar verloop van tijd overgaan in laagfrequent contact. Bij therapieën kunnen specifieke onderwerpen aan de orde komen als angsten, rouw, depressieve stemming, obsessief gedrag, paranoiaïde gekleurde overtuigingen, wanen of aan wanen grenzende belevingen, en traumatische ervaringen. Cognitieve technieken worden hierbij altijd toegepast. Naast operant en observatieleren, worden ook technieken gebaseerd op klassiek conditioneren (vooral om angsten te reduceren). Alnaargelang de opzet worden ouders en gezin meer of minder intensief bij de therapie betrokken. Bij sociale-vaardigheidstraining als alternatieve sanctie door jeugdreclasserders ligt het accent op de training, maar worden ook wel afspraken in het gezin gearrangeerd. Bij sociale-vaardigheidstherapie bleek in ongeveer de helft van de behandelingen intensief met het gezin te worden gewerkt ([Bartels, 1986, 1988](#)).

(Semi)residentiële en (dag)klinische programma's

Bij (semi)residentiële en (dag)klinische programma's geldt als eerste vereiste: het scheppen van een sociaal-emotioneel veilig klimaat. Daarnaast geldt ook hier dat vaardigheden worden aangeleerd op basis van individuele gedragsanalyses en competentieprofielen. De basis wordt daarbij gevormd door operant en observatieleren. In de jeugdhulpverlening en justitiële jeugdinrichtingen kan een programma geheel of voor het overgrote deel uit hierop gebaseerde interventies bestaan, waarmee een aanzienlijke vooruitgang (in termen van uitbreiding en effectiever maken van het vaardigheidsrepertoire van de jongere) kan worden bereikt. Beschrijvingen worden gegeven door [Slot \(1988\)](#), [Slot en Spanjaard \(1999\)](#) en [Spanjaard \(1998\)](#).

Het programma is ingedeeld in ten minste drie fasen: een gewenningsfase waarin basale vaardigheden worden aangeleerd voor het omgaan met elkaar in de groep, een tweede fase waarin aan de realisatie van individuele behandel- of werkdoelen wordt gewerkt en een fase waarin het vertrek wordt voorbereid. De tweede fase kan eventueel opgesplitst zijn in meer (sub)fasen. In fase 1 kan worden gewerkt met een *puntensysteem*. Als een jeugdige een minimum aantal punten op een dag heeft gehaald, heeft hij recht op 'privileges' zoals een lekker broodje, meer vrije tijd of meebeslissen over bijvoorbeeld recreatieactiviteiten. Het puntensysteem vervult meerdere functies: zo is het een motiveringssysteem, het geeft de mogelijkheid tot veelvuldige bekrachtiging, het leert de jongere basale omgangsvaardigheden, het is goed voor de relatie tussen teamleden en jongeren, het zorgt voor een goede sfeer, het kan individueel gehanteerd worden, en het biedt een goede 'opstap' naar specifiekere technieken en de vervolgbehandeling in fase 2. Er wordt nogal eens opgezien tegen invoering van dit puntensysteem. Soms wordt het daarom achterwege gelaten. Dat staat de uitvoering van een sociale-competentieprogramma in principe niet in de weg: ook zonder puntensysteem kunnen vaardigheden worden geleerd en taken waar nodig verlicht. Alleen is het wel zo dat dit in residentiële programma's met duidelijk meer moeite gepaard gaat. De praktijk leert dat een goed voorbereide invoering van het puntensysteem (met oefenen van groepsleiding en heldere presentatie aan de jongeren) niet op problemen hoeft te stuiten ([Slot, 1988](#)).

Naast de basisonderdelen van het scheppen van een sociaal-emotioneel veilig klimaat (eventueel met puntensysteem) en het, in de volgende fase, werken aan individuele leerdoelen, is een scala aan specifieke interventies mogelijk. Voorbeelden hiervan zijn: sociale-vaardigheidstraining, individueel of in groepjes, delictscenario opstellen, stress- en delictpreventietraining, psycho-educatie en individuele begeleiding of behandeling. In jeugdpsychiatrische settings, waar de behandeling zich naast gedragsproblematiek ook richt op bijvoorbeeld ADHD, stemmingsstoornissen, posttraumatische stressstoornissen en psychotische stoornissen, horen zulke specifieke interventies er per definitie bij. Dat geldt ook voor de vaktherapieën als creatieve therapie (beeldend, drama, muziek). Uitgangspunt is dat deze interventies steeds worden gerelateerd aan het competentieprofiel van de jeugdige.

Evaluatiegegevens

De (semi)residentiële variant van het competentiemodel is, zoals beschreven, ontwikkeld op basis van de Amerikaanse *Teaching-Family Homes*. Deze zijn geregeld op effect onderzocht, waarbij overwegend positieve resultaten bleken ([Braukmann e.a., 1985](#); [Kirigin, Braukmann, Awater, & Wolf, 1982](#); [Lipsey & Wilson, 1998](#); [Slot, 1988](#); [Wolf, Philips, & Fixsen, 1974](#)).

De (semi)residentiële methodiek werd in één paviljoen van een Nederlandse justitiële rijksinrichting ingevoerd. De resultaten werden vervolgens vergeleken met twee controlepaviljoens (er was 'random' toewijzing) en waren positief: de interventiejongeren werden sociaal vaardiger, verkeerden na afloop van de behandelperiode psychosociaal in betere omstandigheden en recideerden minder dan de controlejongeren ([Slot, 1988](#)). Nadien zijn de methodiek van de Nederlandse Kursushuizen en de toepassingen van het competentiemodel in residentiële programma's eveneens gebaseerd op de *Teaching-Family Homes* en een verdere uitwerking daarvan. Door [Slot \(1988\)](#) werd het al genoemde balansmodel, ontleend aan [McFall \(1982\)](#), toegevoegd aan de ambulante en residentiële programma's.

[Bartels \(1986\)](#) vergeleek een ambulante therapiegroep, gebaseerd op het competentiemodel, met een qua aanvangsgegevens overeenkomende vergelijkingsgroep, die op de gebruikelijke wijze ambulante begeleiding/behandeling werd geboden. Er werden positieve resultaten gevonden inzake de psychosociale situatie en recidive (follow-up tijden van tien maanden; de recidive van de interventiegroep bedroeg eenderde van

die in de vergelijkingsgroep). Verder werden gezinsvoogden getraind in een aangepaste versie van de sociale-vaardigheidstrainingen, later gevolgd door gezinsvoogdijteams ([Bartels, 1988](#)). Ook hierbij werden positieve resultaten gevonden. De follow-up tijden bij de genoemde onderzoeken waren nooit langer dan twaalf maanden. Langere follow-up tijden zouden zeer wenselijk zijn om te zien hoe de jongeren zich verder ontwikkelen. Aannemelijk is een wat groter recidivepercentage van de interventiegroepen.

Meer in het algemeen blijkt de bevordering van sociale competentie door vooral sociale-vaardigheidstraining en taakverlichting te leiden tot verbetering van de psychosociale situatie van de jongeren en tot minder recidive ([Bartels, 1986, 1988](#); [Slot, 1988](#); [Van Gageldonk & Bartels, 1991](#)).

In meta-analyses (zie bijvoorbeeld [Bartels, Schuurma, & Slot, 2001](#)) van onderzoek naar effectieve interventies bij jeugdige delinquenten komen steeds die interventies als succesvol naar voren die kenmerken hebben van interventies volgens het competentiemodel. Het gaat daarbij met name om: structuur biedende programma's, een cognitieve component, en het werken in of voorbereiden op de (nieuwe) leefomgeving van de jongere.

Effectieve ambulante interventies in de meta-analyse van [Lipsey en Wilson \(1998\)](#) over 200 effectonderzoeken zijn: individuele counseling, interpersoonlijke vaardigheidstraining en gedragsmatige interventies. Effectieve residentiële interventies zijn volgens dezelfde bron: interpersoonlijke vaardigheidstraining en Teaching-Family Homes.

[Kazdins overzichtsstudie \(1997\)](#) toont als effectieve ambulante interventies: cognitieve probleemoplossende vaardigheidstraining (sociale-vaardigheidstraining met cognitieve technieken), Parent Management Training (gedragsmatige oudertraining), Functional Family Therapy (gedragstherapeutische gezinstherapie) en Multisystems Therapy (therapie met het sociale netwerk van een jongere en het gezin, met een variëteit aan interventies waaronder veel gedragsmatige en cognitieve). [Breston en Eyberg \(1998\)](#) noemen in hun overzichtsstudie de Parent Management Training en Functional Family Therapy als 'zeker effectieve interventievormen'. [Hollin \(1994\)](#) komt in zijn meta-analyse van metastudies tot de volgende karakteristieken van effectieve programma's voor jeugdigen met antisociaal gedrag: ze bieden een structuur (zoals vaardigheidstrainingen en gestructureerde residentiële programma's dat doen); hebben een cognitieve component; zijn gericht op het veranderen van attitudes, overtuigingen, normen en waarden; en ze worden uitgevoerd in de leefomgeving van de jongere of richten zich daarop. Structuur bieden voor de manier van omgaan met elkaar waarbij sociale vaardigheden worden geleerd, kwam ook in de enige Nederlandse metastudie naar de effecten van kinder- en jeugdpsychotherapie, -psychiatrie en jeugdhulpverlening als effectief naar voren ([Van Gageldonk & Bartels, 1991](#)).

Geconcludeerd kan worden dat interventies gebaseerd op het competentiemodel, voor zover onderzocht, positieve uitkomsten laten zien. Ook laten metastudies zien dat interventies die qua kenmerken sterk overeenkomen met het model over het algemeen effectief blijken te zijn. Dat laatste maakt het des te meer aannemelijk dat interventies gebaseerd op het competentiemodel tot de groep van werkzame methodieken gerekend kunnen worden. Jongeren in de residentiële jeugdzorg gaan gemiddeld vooruit ([Boendermaker, 1998](#)) al is grotere vooruitgang (verbetering van psychosociaal functioneren en lager recidivisme) zeker wenselijk. Zou de jeugdzorg ermee gebaat zijn meer principes en technieken uit het model toe te passen? In zekere zin: ja. Het model is in het veld bekend, in veel jeugdzorginstellingen worden technieken eruit gebruikt. Vaak echter als onderdeel en maar beperkt vanuit het model zelf gedacht. Dat kan aan de resultaten afbreuk doen; het model moet overigens altijd 'op maat' worden gehanteerd. Onderscheid maken tussen categorieën jongeren en problemen en op basis daarvan een optimaal interventiepakket vormgeven kan in principe de effectiviteit vergroten, wat kan inhouden dat er juist een zekere 'mix' van sommige categorieën wenselijk is. Organisatorische gegevens, politieke en beleidsoverwegingen beïnvloeden het feitelijk eindresultaat ook aanzienlijk ([Bartels, Schuurma, & Slot, 2001](#); [Lipsey & Wilson, 1998](#); [Weisz & Weisz, 1993](#)).

Toekomst

De relatieve effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van het competentiemodel dragen bij aan de grote belangstelling voor en brede toepassing van het model. Vanaf 1984 zijn er in Nederland in circa 150 projecten afdelingen van (semi)residentiële instellingen of teams van ambulante instellingen in het gebruik van het model getraind. Naast de oorspronkelijke doelgroep van jeugdige delinquenten ontstonden nieuwe doelgroepen: jeugdige delinquenten met psychiatrische problematiek, kinderen met psychiatrische en/of gedragsproblematiek ([Geeraets, 1998](#)), verstandelijk gehandicapte kinderen, jeugdigen en volwassenen met psychiatrische problematiek ([Bartels, 1994](#); [Bartels & Tate, 1995](#)), en volwassen delinquenten met meer of minder uitgesproken psychiatrische problematiek ([Van der Meulen & Bartels, 1993](#)). Momenteel wordt gewerkt aan de opzet van tbs-programma's. Daarnaast is een preventieproject, gericht op jonge kinderen, in een eerste stadium van uitvoering ([De Bok, 1998](#); [Slot, Duivenvoorde, Orobio de Castro, Afkirin, & Speekenbrink, 2000](#)).

Niettemin zijn wat betreft de theoretische fundering en de praktische toepassingen, mede met het oog op de doelgroepverbreding, nog verbeteringen nodig. Zo zijn langere *follow-up tijden* bij effectonderzoek wenselijk. Daarmee kan beter worden nagegaan hoe geleerde vaardigheden zich over een lange periode ontwikkelen en welke factoren in de sociale omgeving deze vaardigheden bestendigen en ondermijnen.

Door werkers in het veld, met name in de jeugdpsychiatrie, en door theoretici wordt het competentiemodel nogal eens te 'recht-toe-recht-aan' gevonden. Met name zou men de cognitieve component wat verder uitgewerkt willen zien. Dit is een terecht commentaar. Kennis van het proces van *sociale-informatieverwerking* is inderdaad van groot belang voor het verbeteren van interventieprogramma's tegen agressie ([Orobio de Castro & Bosch, 1998](#)). Belangrijke stappen voor de uitbouw van de cognitieve aspecten worden inmiddels gezet. Zo ontwikkelde

[Orobio de Castro \(2000\)](#) een model met gecombineerde cognitieve en emotionele componenten en kwam tot een praktisch bruikbare toepassing van dat model (zie ook dit themanummer).

Andere critici (zie bijvoorbeeld [Van der Ploeg & Scholte, 2000](#)) missen een verbinding van het competentiemodel met een *persoonlijkheidsmodel* en een model van de *persoonlijkheidsontwikkeling*. Ook deze kritiek snijdt hout. Hoewel door gedragstherapeuten die met kinderen en jeugdigen werken, het belang van kennis van de ontwikkeling wordt onderkend, komt een ontwikkelingspsychologische uitwerking van de leertheorie slechts traag op gang ([Prins, 1993](#)). Eerste pogingen om het competentiemodel te verbinden met een persoonlijkheidsmodel worden op dit moment ondernomen, bijvoorbeeld in het dagcentrum forensische jeugdpsychiatrie *De Derde Oever* in Amsterdam (zie [Bartels, 2000, 2001](#)) en het kinder- en jeugdpsychiatrisch dagcentrum *Bommel* in Hilversum. De in een eerdere paragraaf genoemde onderliggende logische structuur van emoties blijkt hierbij een thema dat theoretisch en praktisch veelbelovend is: het biedt aanknopingspunten voor een gedetailleerder gedragsanalyse en competentieprofiel, en sluit goed aan bij ontwikkelingspsychologische concepten. De onderliggende logische structuur van emoties wordt immers mede bepaald door de ontwikkelingsfase waarin een jeugdige zich bevindt en door de ontwikkelingsfase kenmerkende cognitieve schema's en kernovertuigingen.

Ook wordt getracht verbindingen te leggen met neurobiologische en neuropsychologische kaders, zodat de persoonlijkheidsstructuur en -ontwikkeling gezien kan worden in relatie tot disfuncties bij specifieke pathologieën, zoals een te hoog en te sterk wisselend activatieniveau, overreageren op prikkels en een weinig generaliseren van het geleerde bij autistische problematiek ([Bartels, 2001](#)).

Meer algemeen is de tendens waarneembaar om het competentiemodel in te bedden in een meer omvattend theoretisch kader. Op die manier kan van elke interventie worden aangegeven op welk aspect van het functioneren deze aangrijpt. Dit maakt het voorts mogelijk interventies vanuit de verschillende theoretische oriëntaties op elkaar af te stemmen. Het voorkomt dat jeugdigen met ernstige gedragsproblemen of delinquentie in combinatie met andere problematiek vanuit een onsamenhangende eclectische benadering worden behandeld.

Literatuur

1. Bakker-de Pree, B. (1987). *Constructionele gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
2. Bartels, A. A. J. (1986). *Sociale vaardigheidstraining voor probleemjongeren*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
3. Bartels, A. A. J. (1988). Sociale-vaardigheidstherapie voor jeugdige delinquenten en jongeren met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (Red.), *Handboek voor Gedragstherapie* (pp. C.14.1-62). Deventer: Van Loghum Slaterus.
4. Bartels, A. A. J. (1993). Een programma voor behandeling in het kader van strafrechtelijke maatregelen voor jeugdigen. In F. Koenraadt, S. J. Steenstra, L. C. M. Stegman, & W. H. G. Wolters (Red.), *Forensische jeugdpsychologie. Rapportage en behandeling in het familie- en jeugdrecht* (pp. 205-218). Arnhem: Gouda Quint.
5. Bartels, A. A. J. (1994). Ernstige gedragsstoornissen bij verstandelijk gehandicapte jongeren. In J. D. Bosch, H. A. Bosma, D. N. Oudshoorn, J. Rispen, & A. Vyt (Red.), *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie 1 (1994-1995)* (pp. 259-277). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
6. Bartels, A. A. J. (2000). *Sociale-competentiebevordering als forensische jeugdpsychiatrische behandeling: een verdieping en verbreding van het begrip sociale-competentiebevordering*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
7. Bartels, A. A. J. (2001, in druk). Sociale-competentiebevordering als forensische jeugdpsychiatrische behandeling: een verdieping en verbreding van het begrip sociale-competentiebevordering. In H. M. P. van Leeuwen, N. W. Slot, & M. Uijterwijk (Red.), *Antisociaal gedrag van adolescenten. Determinanten en interventies*. Leuven: Acco.
8. Bartels, A. A. J., & Doreleijers, Th. A. H. (1998). Forensische problematiek bij licht verstandelijk gehandicapten. In S. Windemuller, B. E. B. M. Huskens, J. Grootenboer, & J. M. Teeuwisse (Red.), *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren* (pp. 146-156). Assen: Van Gorcum.
9. Bartels, A. A. J., & Heiner, J. (1994). De condities voor optimale ontwikkeling. Het belang van het kind in hulpverlening, preventie en beleid. *Jeugd en Samenleving*, 24, 282-295.
10. Bartels, A. A. J., Schuurisma, S., & Slot, N. W. (2001). Interventies. In R. Loeber, N. W. Slot, & J. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugdige delinquenten: omvang, oorzaken en interventies* (pp. 291-318). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
11. Bartels, A. A. J., & Bates, J. G. (1995). *Programma-ontwikkeling bij ernstig probleemgedrag van verstandelijk gehandicapten*. Videofilm van 50 minuten. Utrecht: NcGv.
12. Bartels, A. A. J., & Van Schaik, J. H. (1997). *Handleiding Dagcentrum Forensische Jeugdpsychiatrie Amsterdam 'De Derde Oever'*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
13. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy*. Londen: Guilford.
14. Beck, J. S. (1999). *Basisboek cognitieve therapie* (vertaling door J. Geluk van 'Cognitive Therapy', 1995).

Baarn: Intro.

15. Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York/Londen: Guilford Press.
16. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
17. Boendermaker, L. (1998). *Eind goed al goed. De leefsituatie van jongeren een jaar na vertrek uit een justitiële jeugdinstelling* (WODC, nr. 157). Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie.
18. Braukmann, C. J., Bedlington, M. M., Belden, B. D., Braukmann, P. D., Husted, J. J., Ramp, K. K., & Wolf, M. M. (1985). Effects of community based group home treatment programs on male juvenile offenders' use and abuse of drugs and alcohol. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 249-378.
19. Breston, E. V., & Eyberg, Sh. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189. Vertaling: Effectieve psychosociale behandelingen voor gedragsgestoorde kinderen en adolescenten. *Bijblijven. Literatuurselectie kinderen en adolescenten*, 1999, 6, 98-114.
20. Buysse, W. H. (1998). Persoonlijke sociale netwerken en gedragsproblemen in de adolescentie. 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 3, 1998-1999* (pp. 242-266). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
21. De Bok, P. (1998). **Jeugdcriminaliteit**: de paden afsnijden. De Methode SPRINT. *Tijdschrift voor de sociale sector*, mei, 14-19.
22. Doreleijers, Th. A. H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening* (academisch proefschrift). Arnhem: Gouda Quint.
23. Farrington, D. P., & West, D. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: risk and protective factors and early identification. *Criminal behavior and mental health*, 3, 492-523.
24. Fowler, D., Garety, Ph., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive therapy for psychosis. Theory and practice*. New York: Wiley.
25. Geeraets, M. (1998). *Vaardigheidstraining voor kinderen*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
26. Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., & Harachi, T. W. (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber, & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 106-145). London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage.
27. Hess, L. E. (1995). Changing family patterns in Western-Europe: opportunity and risk factors for adolescent development. In M. Rutter, & D. J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes* (pp. 67-103). New York: Wiley.
28. Hollin, C. R. (1994). Designing effective rehabilitation programmes for young offenders. *Psychology, Crime and Law*, 1, 193-209.
29. Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes, and Issues. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
30. Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 135-144.
31. Kirigin, K. A., Braukmann, C. J., Awater, J. D., & Wolf, M. M. (1982). An evaluation of teaching-family (Achievement Place) group homes for juvenile offenders. *Journal of Applied Behavior analysis*, 15, 1-16.
32. Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent and serious delinquency. In R. Loeber, & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 86-104). London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage.
33. Lipsey, M. W. & Wilson, D. R. (1998). Effective Intervention for Serious Juvenile Offenders: A Synthesis of Research. In R. Loeber, & D. P. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 313-345). London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage.
34. McFall, R. D. (1982). A Review and Reformulation of the Concept of Social Skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
35. Orobio de Castro, B. (2000). *Social information processing and emotion in antisocial boys*. (academisch proefschrift). Duivendrecht: Paedologisch Instituut Amsterdam/Duivendrecht.
36. 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 3, 1998-1999* (pp. 212-240). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
37. Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene (Oregon, USA): Castalia.

38. Prins, P. J. M. (1993). Ontwikkeling, context en gedragsverandering bij kinderen. In P. J. M. Prins (Red.), *Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (pp. 33-49). Houten: Bohn Stafleu Van Logum. Eerder verschenen in het Handboek Gedragstherapie afl. 24 (juni 1992).
39. Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. London: Cambridge University Press.
40. Slot, N. W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
41. Slot, N. W. & Spanjaard, H. J. M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: Intro.
42. Slot, N. S., Duivenvoorde, Y., Orobio de Castro, B., Afkirin, A., & Speekenbrink, M. (2000). *Voortgang van het project SPRINT (pilotstudie preventieve interventies voor jongeren met antisociaal gedrag)*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
43. Smith, D. J. (1995). Youth crime and conduct disorders. In M. Rutter, & D. J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes* (pp. 389-489). New York: Wiley.
44. Spanjaard, H. (1998). Competentievergroting in een jeugdinstelling. In W. Koops, & N. S. Slot (Red.), *Van Lastig tot misdadig* (pp. 117-130). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
45. Tolan, P. H. (1998). Voorspellers van gewelddadig gedrag bij jongens. In W. Koops, & N. S. Slot (Red.), *Van Lastig tot misdadig* (pp. 52-62). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
46. Tremblay, R. (1998). De ontwikkeling en preventie van fysieke agressie. In W. Koops, & N. S. Slot (Red.), *Van Lastig tot misdadig* (pp. 33-48). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
47. Van der Meulen, L., & Bartels, A. A. J. (1993), *Werken met gedetineerden in de laatste fase van hun detentie*. Arnhem: Gouda Quint.
48. Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. (2000), Nieuwe programma's voor jeugdigen met ernstige psychosociale problemen nader belicht. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 39, 221-235.
49. Van der Veer, K., Slot, N. W., Berger, M. A., & Verrips, W. J. (1992). *Ambulante Sociale-Vaardigheidstraining. Cursusboek 'Sociale-Vaardigheidstraining als alternatief voor een Sanctie'*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
50. Van Gageldonk, A., & Bartels, A. A. J. (1991). Evaluatie-onderzoek in de jeugdhulpverlening. Opzet en resultaten van een overzichtsstudie. *Kind en Adolescent*, 12, 1-18.
51. Vollenbergh, W. (1995). Kwetsbare adolescenten en competentie. In K. Bakker, M. Pannebakker, & J. Srijders (Red.), *Kwetsbaar en competent. Sociale participatie van kwetsbare jeugd: theorie, beleid en praktijk* (pp. 37-54). Utrecht: NIZW-uitgeverij.
52. Weisz, J. R., & Weisz, B. (1993), *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. New York: Sage.
53. Wolf, M. M., Philips, E. L., & Fixsen, D. L. (1974), *Achievement Place II* (vol. 1). Rochville, MD: National Institute of Mental Health (NIMH), Center for Studies of Crime and Delinquency.

Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten