

Discrepanties en agressie: Hangen verschillen in opvattingen over problematiek bij jongeren samen met agressie in de kliniek?

De studie evalueert discrepanties in opvattingen tussen ouders en kinderen over problematiek in een klinisch sample van 26 adolescentie patiënten in een orthopsychiatrisch ziekenhuis. Vergelijkingen tussen de drie schalen van de CBCL en YSR worden gemaakt: competentieschaal, externaliserende schaal en internaliserende schaal. Daarna wordt een samenhang met de prevalentie van agressie-incidenten in de kliniek onderzocht. De cross-informant agreement tussen ouders en kinderen was $r = .14$. Adolescenten rapporteerden minder externaliserende problemen dan hun ouders, maar hadden hogere scores op de competentieschaal. In tegenstelling tot andere studies rapporteerden adolescenten minder internaliserende problemen dan hun ouders. Discrepanties in competentiescores hingen sterk samen met agressie-incidenten, wat kan duiden op overschatting. Resultaten en klinische implicaties worden bediscussieerd.

Masterthesis Orthopedagogiek, werkveld Jeugdzorg
Universiteit Utrecht
Juni 2009

Marrit Irene Elzinga
9917438

Thesisbegeleiding: S. Branje

Mijn dank gaat uit naar Bob Wiggers en Harriet Poot. Hun erkenning en ondersteuning hebben me geholpen in het afronden van mijn studie. Dank ook aan Henk Nijman en Liselore Schickendantz voor hun inspirerend enthousiasme. De jongeren van Barentsz dank ik voor hun medewerking en voor alles wat ze mij over mezelf hebben geleerd. Jantine ter Haar wil ik danken voor haar kritische bespreking. Mijn familie en vrienden voor hun geduld en manier van omgaan met mij, die het allemaal niet handig deed. Mijn onbeschrijflijke en daarom te weinig door mij uitgesproken dank is voor mijn lief.

Discrepanties en agressie: Hangen verschillen in opvattingen over problematiek bij jongeren samen met agressie in de kliniek?

Present study evaluated discrepancies between adolescents' and parents' reports in a clinical sample of 26 adolescent patients of a psychiatric hospital in the Netherlands on three scales of CBCL and YSR: competence, externalising and internalising problems. Next, an association with aggression-related incidents was made. Overall agreement was $r = .14$. Adolescents reported less externalising problems than their parents, but had higher scores on the competence-scales in comparison with their parents. In contrast to other studies adolescents reported less internalising problems than parents. Discrepancies in competence-scores was strongly associated with aggression-related incidents. Results and clinical implications are discussed.

Meerdere informanten geven een completer beeld van de problematiek van een jeugdige. Achenbach, McConaughy en Howell (1987) bevestigen deze stelling na meta-analyse van 119 onderzoeken naar overeenkomsten en verschillen tussen informanten in rapportagelijsten. De auteurs benadrukken dat juist de verschillen belangrijke informatie verschaffen voor de diagnostiek. Verschillende informanten geven immers relevante informatie over verschillende levensgebieden van het kind. De discrepantie tussen informanten en, in het bijzonder tussen ouders en het kind, heeft echter ook een schaduwzijde. Het impliceert een meningsverschil tussen ouder en kind over de aard en zwaarte van de problematiek. Dit verschil in opvattingen kan consequenties hebben voor de verdere ontwikkeling van het kind. Discrepantie in opvatting over problematiek heeft een voorspellende waarde voor toekomstige problemen op school, met justitie en drugsgebruik en contacten met hulpverlening (Ferdinand, Van den Ende & Verhulst, 2004b). Een verschil in opvattingen kan tevens gevolgen hebben voor de inhoudelijke hulpverlening aan kinderen, bijvoorbeeld omdat ouders sneller geneigd zijn tot het zoeken van hulp voor hun kind, dan het kind zelf (Berger, Jodl, Allen, McElhaney & Kuperminc, 2005). Aannemelijk is dan dat de behandeling gericht is op de zorgen en wensen van de ouder, in plaats van de problemen waar het kind zelf last van heeft. Overeenstemming over problemen en het van daaruit gezamenlijke opstellen van doelen voor behandeling zijn een belangrijke grond voor een succesvolle behandeling (Yeh & Weisz, 2001). Jongeren die een andere opvatting hebben over hun problematiek dan hun ouders hebben een lagere motivatie voor een therapeutische interventie ten aanzien van externaliserende problematiek in vergelijking met internaliserende problematiek (Phares & Danforth, 1994). Er zijn dus problemen te verwachten in de behandeling als er sprake is van discrepanties.

Recent onderzoek wijst op een overschatting van eigen sociale vaardigheden door jongeren met gedragsproblemen, zoals de aandachtstekortstoornis (ADHD, APA, 2000) (Baumeister, Smart & Boden, 1996; Hoza et al., 2004). Deze overschatting wordt tevens in verband gebracht met een toename van proactieve agressie (Orobio de Castro, Brendgen, Van Bortel, Vitaro & Schaepens, 2007). Er valt dus te veronderstellen dat discrepanties een mogelijk probleem opleveren in de

behandeling van jongeren met gedragsproblematiek, in het bijzonder ten aanzien van agressie-incidenten binnen een klinische setting. Dit onderzoek beoogt de discrepantie in opvattingen over de problematiek van een jongere te beschrijven bij een groep jongeren met psychiatrische en gedragsproblematiek en daarbij een samenhang te vinden tussen deze discrepantie en de prevalentie van agressie-incidenten binnen de kliniek.

Discrepantie in opvattingen tussen ouders en kinderen

Achenbach en collega's (1987) vonden een gemiddelde overeenkomst van .25 tussen de rapportagelijsten voor ouders en kinderen (Child Behavior Checklist (CBCL) en Youth Self Report (YSR); Achenbach & Rescorla, 2001). Ook ander en recenter onderzoek vindt een lage mate van overeenkomst tussen ouders en kinderen, voor zowel klinische als niet-klinische populaties (Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover & Kala, 1986; Rey, Schrader & Morris-Yates, 1992; Handwerk, Larzelere, Soper & Friman, 1999; Frank, Van Egeren, Fortier & Chase, 2000; Ferdinand, Van den Ende & Verhulst, 2004b; Barker, Bornstein, Putnick, Hendricks & Suwalsky, 2007). Kijkend naar de soort problematiek vindt men meer overeenstemming over externaliserende problematiek dan over internaliserende problemen tussen ouders en kinderen (Achenbach et al., 1987; Stranger & Lewis, 1993). Dat geldt overigens niet voor de meer bedekte vormen van externaliserend probleemgedrag, zoals drugsgebruik of delinquentie (Cantwell, Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1997), daar scoren jongeren weer hoger dan ouders. In de beschrijving van discrepantie in opvattingen valt een verschil tussen klinische en niet-klinische populaties op. Voor klinische populaties geldt dat jongeren minder externaliserende problemen rapporteren en juist meer internaliserende problematiek in vergelijking met hun ouders, dit in tegenstelling met niet-klinische populaties (Sawyer, Baghurst & Mathias, 1992, Kolko & Kazdin, 1993; Phares & Danforth, 1994; Handwerk et al, 1999).

Er zijn meerdere verklaringen voor de aanwezigheid van verschillen in opvattingen. Zo worden correlaties tussen lijsten lager naarmate de leeftijd van het kind stijgt (Achenbach et al., 1987). Een toename van discrepantie met leeftijd duidt op het verder uit elkaar gaan staan van verschillende levensgebieden (thuis, school) van het kind. Voor jongeren geldt dus een grotere discrepantie met ouders dan voor jongere kinderen, hoewel er ook studies zijn die dit niet onderschrijven (zie o.a. De los Reyes & Kazdin, 2005; zij duiden dit als een statistisch verschil). Het verschil tussen rapportage van internaliserende versus externaliserende problemen zou verklaard kunnen worden door het beter kunnen observeren van probleemgedrag in vergelijking met internaliserende problemen: zo zijn depressieve gevoelens moeilijker waar te nemen voor ouders dan agressief gedrag (De los Reyes & Kazdin, 2005). Daarnaast zou het probleem van sociale wenselijkheid bij het invullen van rapportagelijsten een mogelijke factor zijn in discrepantie, hoewel daarvoor weinig empirische ondersteuning is (ibid.). Vervolgens kan er ook sprake zijn van een linguïstisch probleem. Kinderen en jongeren zouden meer moeite hebben met de wat diffusere omschrijving van internaliserende

problemen dan met de externaliserende schaal van rapportagelijsten (bijvoorbeeld stelen, vechten, kan niet stil zitten) (Yeh & Weisz, 2001).

Naast algemene factoren zijn er ook factoren binnen het kind, de ouder en het gezin aan te wijzen die hun eigen invloed hebben op het ontstaan van discrepantie. In relatie tot bovenstaande voeren Cantwell en collega's (1997) aan dat kinderen zich wel degelijk verschillend kunnen gedragen in verschillende situaties (bijvoorbeeld meer gedragsproblemen thuis dan op school, waardoor het kind gemiddeld genomen minder gedragsproblemen zal rapporteren). Bovendien blijkt er vaak een verschil in opvatting tussen ouders en hun adolescente kinderen te zijn tussen wat eigenlijk problematisch is en wat niet (Cantwell et al., 1997). Onderzoek naar de relatie tussen evaluatie van sociaal gedrag door anderen in vergelijking met een zelfevaluatie wijst aan dat er sprake kan zijn van een overschatting van eigen vaardigheden door de adolescent (Baumeister, Smart & Boden, 1996). Als anderen een kind negatief beoordelen op sociale competentie zou het kind zichzelf bij wijze van compensatie positiever gaan beoordelen. Deze overschatting wordt tevens in verband gebracht met ADHD: juist kinderen met ADHD overschatten zichzelf in sociale situaties, terwijl ADHD vaak gepaard gaat met gebrekkige sociale vaardigheden (Hoza et al., 2004). Hiermee samenhangend wordt de neiging van kinderen zichzelf op een sociaal wenselijke manier te presenteren geassocieerd met verschillen tussen informanten (DiBartolo, Albano, Barlow & Heimberg, 1998; Grills & Ollendick, 2003). Dit zou dan betekenen dat kinderen problemen zouden bedekken of ontkennen om een positief beeld van zichzelf te schetsen.

Naast kindgebonden factoren zijn eigenschappen bij ouders van invloed op het tot stand komen van een lage overeenkomst in rapportagelijsten. Zo wordt het oordeel van ouders over het gedrag van hun kinderen beïnvloed door vooraf bestaande stereotypische ideeën over adolescenten als groep: hoe sterker en negatiever het beeld wat ouders hebben over jongeren als groep, hoe negatiever het beeld van hun eigen kind is. Deze ouders hebben bovendien kinderen die zich volgens dat stereotype 'Sturm und Drang' beeld zijn gaan gedragen (Jacobs, Chhin & Shaver, 2005). Een verband werd ook gevonden tussen onveilige hechting en discrepantie (Berger et al., 2005). Onveilig gehechte adolescenten zouden minder geneigd zijn tot het delen van hun belevingswereld met anderen, aangezien zij kwalitatief minder goede relaties aangaan. Anderzijds zouden de ouders van onveilig gehechte kinderen ook minder oog hebben voor het welzijn van hun kinderen. Andere studies vonden dat disfunctioneel ouderschap (Kolko & Kazdin, 1993) en depressie bij de moeder (Briggs-Gowan, Carter & Schwab-Stone, 1996; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000) geassocieerd kunnen worden met discrepantie. Moeders met angst- en depressieve klachten rapporteren meer symptomen bij hun kinderen in vergelijking met andere informanten door hun negatievere beschouwing en een lagere tolerantie van het gedrag van hun kind.

Tevens is er sprake van een samenhang van verschillen in opvattingen met stress en conflicten in de gezinscontext. De meningsverschillen over de problematiek van het kind worden groter naarmate er meer conflicten zijn (Grills & Ollendick, 2003). Dit kan een gevolg zijn van het hanteren van

inadequate communicatiestrategieën door ouders die erg onder druk staan. Bovendien zouden ouders met psychiatrische problemen minder oog hebben voor subtiele signalen bij hun kinderen (Grills & Ollendick, 2002). Dit in ogenschouw nemend lijkt er sprake van een voortdurend in stand houden van een moeizame relatie binnen het gezin, waarbij verschillen in opvattingen, situationele en persoonsgebonden factoren elkaar versterken. Mulvaney, Mebert en Flint (2007) geven een overzicht van alle persoonsgebonden factoren bij ouders die van invloed zijn op discrepanties. Zij concluderen dat naarmate er sprake is van een lage tevredenheid binnen het huwelijk, meer sprake van stress bij de opvoeding en binnen het werk, minder warmte in de relatie met het kind en meer meningsverschillen over de opvoeding, ouders meer problemen rapporteren over het gedrag van hun kind en dan in het bijzonder externaliserende problemen.

De los Reyes en Kazdin (2005) doen een aanzet tot een theoretisch model rondom discrepanties tussen informanten. Zij voeren daarbij een aantal psychologische constructen aan als verklaring van die verschillen. Ten eerste het zogenaamde *actor-observer* fenomeen, waarbij de observant (in dit geval de ouder) gedrag in een bepaalde situatie beziet als gevolg van de eigenschappen van het kind, terwijl het kind dit gedrag ziet als uitgelokt door de situatie zelf. Agressie in een situatie zou volgens dit fenomeen door ouders dan worden uitgelegd als een probleem van het kind, terwijl het kind vindt dat het niet aan zichzelf, maar aan de situatie ligt. Daarnaast zou het perspectief van de beschouwer invloed hebben op de manier waarop men de situatie ervaart, zeker in negatieve situaties. Omdat rapportage rondom probleemgedrag in principe altijd is gelieerd aan negatieve gebeurtenissen vanuit het perspectief van ouders zou dat invloed hebben op de rapportage zelf. Binnen een intake- en diagnostiekproces zouden ouders dan, vanuit hun standpunt dat behandeling noodzakelijk is, juist de negatieve aspecten van het gedrag van het kind benadrukken. Tenslotte voeren de auteurs aan dat herinneringen aan situaties door informanten worden geschematiseerd: omdat een kind in de thuissituatie vaak ruzie maakt met een broertje of zusje, zou deze dat ook wel op school doen. De context van gedrag wordt bij diagnostiek vaak buiten beschouwing gelaten.

Discrepantie in opvattingen is een bekend fenomeen in het onderzoek naar problematiek in populaties en in diagnostiek. Hoewel er ook gewezen wordt op de diagnostische relevantie van discrepanties (zie o.a. Achenbach, 1987) kunnen er ook problemen ontstaan in de behandeling van jeugdigen. Dit lijkt voornamelijk zo bij kinderen en jongeren die veel probleemgedrag vertonen en daarnaast uit een systeem komen met veel persoonlijke en relationele problemen.

Discrepantie als voorspeller van agressie binnen de kliniek

Een lage overeenstemming in diagnostische informatie heeft impact op de klinische praktijk. Volgens Phares en Danforth (1994) is lijdensdruk een belangrijke voorspeller van motivatie voor behandeling. Het probleem is echter dat overeenstemming tussen ouders en kinderen over problematiek niet

vanzelfsprekend leidt tot lijdensdruk rondom een probleem (Yeh & Weisz, 2001). Men vond bij vergelijking van lijdensdruk tussen ouders en kinderen in een klinische populatie dat ouders meer stress hebben rond de gedragsproblematiek van hun kind, dan de jongere zelf (Phares & Danforth, 1994). Kinderen zouden daarnaast geneigd zijn tot het ontkennen van een probleem als het probleem voor hen geen belasting vormt (De Los Reyes & Kazdin, 2005). In het geval van gedragsproblemen is dit aannemelijk: de omgeving heeft er meer last van dan het kind zelf. Aan de andere kant zou de adolescent juist meer last hebben van de internaliserende problemen dan de ouders. Deze tegenstelling in opvatting tussen ouders en kinderen zou bij jongeren zorgen voor een lagere motivatie voor verandering van gedrag door middel van behandeling: zij voelen zich onbegrepen.

Kinderen zijn meer geneigd problemen binnen het gezin van herkomst aan te wijzen als doelen voor behandeling, terwijl ouders juist vinden dat de problematiek van het kind behandeling nodig heeft (Hawley & Weisz, 2003). De discrepantie in opvatting speelt door in de behandeling doordat binnen de kliniek ouders, kinderen, therapeuten en diagnostici het vaak niet eens kunnen worden over de aard van het probleem én de doelen voor behandeling (Yeh & Weisz, 2001; Hawley & Weisz, 2003; Jensen-Doss & Weisz, 2008), wat implicaties heeft voor de resultaten van behandeling. Volgens een studie van Yeh en Weisz (2001) is er meer overeenstemming in opvatting over de reden van verwijzing als het kind zelf externaliserende problematiek opgeeft als oorzaak van zoeken naar hulp. Dit zou volgens de auteurs een betere overeenstemming in therapeutische doelen impliceren. Probleem is echter dat juist in klinische populaties kinderen meer internaliserende problemen rapporteren (zie boven). Bovendien kunnen verschillen in opvattingen in de triade van therapeut, ouder en kind leiden tot het onvoldoende aangaan van een therapeutische relatie (Hawley & Weisz, 2003). Een verschil in opvattingen tussen ouders en kind leidt derhalve tot problemen in het hele behandelproces: van diagnostiek, tot opstellen van behandeldoelen tot de behandeling zelf.

Ferdinand, Van den Ende en Verhulst (2006) onderzochten discrepanties bij een klinische populatie en vonden een verband met latere problemen op school, contacten met politie en justitie en drugsgebruik. Volgens de onderzoekers is het aannemelijk dat adolescenten die hun problemen niet herkennen minder ontvankelijk zijn voor therapeutische en educatieve interventies. Jongeren in Nederland zijn vaak opgenomen omdat ze agressief gedrag vertonen (Scholte & Van der Ploeg, 2000) en daarbij worden bij hen vaak stoornissen als ADHD, de oppositionele gedragsstoornis (ODD; APA, 2000) en de gedragsstoornis (CD; idem.) gediagnosticeerd (Vreugdenhil, Doreleijers, Vermeiren, Wouters & Van den Brink, 2004). Er is sprake van vijandig en negatief gedrag en bijkomende agressie. Hoewel de jongeren met deze problematiek zeker last hebben van hun eigen gedrag, is het vaak de omgeving die het agressieve gedrag van deze jongeren als onaangenaam en storend ervaart (Knorth, Klomp, Van den Bergh & Noom, 2007), een gegeven dat discrepantie in opvattingen aanwijst. Juist voor deze jongeren zou een discrepantie in opvattingen samen kunnen hangen met het veel voorkomen van agressie: ze hebben al veel moeite zichzelf te beheersen en zijn daarbij minder ontvankelijk voor therapeutische interventies. Daarnaast is er binnen de behandeling minder sprake van een

overeenstemming over doelen (Yeh & Weisz, 2001), meningsverschillen waarbij de therapeut de neiging heeft zich te wenden tot informatie van ouders (Hawley & Weisz, 2003) en jongeren zich niet begrepen voelen. De overschatting van eigen vaardigheden is een bijkomend probleem (Hoza et al., 2004). Harter (1990) refereert aan het feit dat zelfbeeld een belangrijke moderator is voor gedrag. Zelfbewustzijn, zelfvertrouwen, differentiatie en de mogelijkheid om te reflecteren op eigen gedrag beïnvloeden voorspellingen over - en begrip van – gedrag en zijn tevens van belang voor therapeutische interventies. Daarbovenop komt de bevinding dat overschatting van eigen sociale vaardigheden (Orobio de Castro et al., 2007) en een opgeblazen zelfwaardering (Baumeister et al., 1996) leiden tot meer agressief gedrag bij jongeren.

Hypothese en vraagstellingen

Dit onderzoek richt zich op het verband tussen discrepantie in opvattingen tussen ouders en hun (adolescente) kinderen en het vóórkomen van agressie binnen een kliniek. Getracht wordt te onderzoeken of er een verband bestaat tussen een lage mate van overeenstemming en het veel voorkomen van agressie-incidenten tijdens de behandeling. Om tot een uitspraak te komen wordt allereerst de discrepantie op zich onderzocht, beginnende met de mate van overeenstemming tussen beide lijsten. Is dit lager dan in een normale populatie? Een lage overeenkomst tussen verschillende lijsten wordt door de auteurs van de CBCL en YSR al erkend, de mate van *cross informant agreement* tussen ouders en kinderen ligt op .25 voor de algemene populatie (Achenbach et al., 1987, Achenbach & Rescorla, 2001). De verwachte overeenkomst in dit onderzoek ligt lager dan .25. Ten tweede wordt de richting van de aangenomen verschillen bepaald: ouders rapporteren vermoedelijk meer probleemgedrag dan jongeren. Van klinische populaties is bekend dat deze jongeren minder gedragsproblemen scoren op YSR dan hun ouders op de CBCL (Sawyer et al., 1992; Kolko & Kazdin, 1993; Phares & Danforth, 1994). In tegenstelling tot de externaliserende schaal rapporteren jongeren in een klinische setting juist meer internaliserende problemen dan hun ouders (idem.; Handwerk et al., 1999). Daarom wordt aangenomen dat in dit sample jongeren hoger scoren op de internaliserende schaal dan hun ouders. Ten vierde worden verschillen en richting in opvattingen over competenties onderzocht. Onderzoek toont aan dat er bij jongeren met probleemgedrag vaak sprake is van overschatting van competenties (Baumeister, Smart & Boden, 1996; Hoza et al., 2004). Aangenomen wordt dat jongeren meer competenties rapporteren dan hun ouders, wat een aanwijzing is van overschatting door de jongere.

Tenslotte wordt de relatie van discrepanties met het aantal agressie-incidenten onderzocht: hangt een groot verschil in scores samen met het meer voorkomen van agressie-incidenten binnen de kliniek? Een samenhang tussen een verhoogd aantal agressie-incidenten met een lage mate van overeenstemming zou kunnen duiden op een gebrekkige samenwerking van de jongere in de behandeling. Per onderdeel van de CBCL en YSR wordt dit onderzocht. Ten eerste: hangt een verschil

in opvattingen samen met het aantal agressie-incidenten? Ten tweede: hangt een verschil in opvattingen over externaliserende problemen samen met agressie-incidenten? Ten derde: hangt een verschil in opvattingen over internaliserende problemen samen met agressie-incidenten? Ten vierde: hangt een verschil in opvattingen over competenties samen met agressie-incidenten? Ten slotte wordt gekeken welk onderdeel van discrepantie het sterkst samenhangt met agressie-incidenten: een discrepantie in opvatting over probleemgedrag, internaliserende problemen of een discrepantie in opvattingen over competenties, wat zou duiden op overschatting.

Methoden

Respondenten

Respondenten in het onderzoek zijn jongeren en ouders van een orthopsychiatrische kliniek in Den Dolder. Van 26 jongeren zijn gepaarde lijsten (CBCL en YSR), waarvan 15 jongens en 11 meisjes. De leeftijd van de deelnemende jongeren ligt tussen 14 en 18 jaar; de gemiddelde leeftijd ligt op 16 jaar. Bijna alle rapportagelijsten van de kant van de ouders zijn ingevuld door de biologische moeder, slechts één CBCL is door een adoptiemoeder ingevuld. De ouders zijn overwegend van een gemiddelde sociaal economische status: 73 procent heeft geschoold werk. Analyse van het sample met een independent samples t-test ten opzichte van andere respondenten die niet gepaard konden worden laat geen significant verschil tussen beide groepen zien. De gemiddelden op de verschillende schalen van YSR en CBCL (externaliserende problematiek, internaliserende problematiek en competentieschaal) zijn nagenoeg gelijk.

Barentsz, onderdeel van Altrecht GGZ, heeft twee besloten en één open behandelunit en biedt daarnaast deeltijd- en poliklinische behandeling voor jongeren van vijftien tot twintig jaar. De doelgroep van Barentsz is omschreven als jongeren met ernstige psychiatrische problematiek met bijkomende gedragsproblemen of jongeren met ernstige gedragsproblemen en een co-morbide psychiatrische stoornis (intern document Barentsz, 2006). De orthopsychiatrie is een relatief jonge tak van de psychiatrie en richt zich op jongeren die gedragsmatig te moeilijk zijn voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en te psychiatrisch voor de jeugdzorg. Veel voorkomende stoornissen zijn ADHD, ODD, CD, PDD-NOS en persoonlijkheidsproblematiek. Kenmerkend is een langdurig hulpverleningstraject en vroegtijdige problemen in de thuissituatie. Ouders hebben al een lang traject doorlopen met hun kind en zullen daardoor veel problemen ervaren met het gedrag van hun kind. In tegenstelling tot de grote problemen die ouders ervaren is er bij de jongere sprake van een lage lijdensdruk en dus een lage motivatie voor behandeling. Niet zelden komt de motivatie van de jongere voort uit een bepaalde mate van dwang (een civielrechtelijke maatregel) of drang (alle andere mogelijkheden zijn uitgeput), wat ervoor zorgt dat gedurende de behandeling de motivatie voor - en

acceptatie van - hulp en verandering kwetsbaar is (Boon & Haijer, 2008). Juist in de klinische praktijk van Barentsz zal een discrepantie in opvattingen een veel voorkomend fenomeen zijn.

Instrumenten

De Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) en de Youth Self Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) zijn scoringslijsten voor probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen. De CBCL wordt ingevuld door ouders van kinderen tussen 6 en 18 jaar. De YSR is de zelfscorevariant van de CBCL en wordt ingevuld door jongeren van 11 tot 18. Doordat de CBCL en de YSR hetzelfde onderwerp hebben, namelijk de problematiek van het kind, is er sprake van meerdere informanten. Meerdere informanten leveren meer relevante diagnostische informatie op. De CBCL en de YSR bevatten een competentieschaal en een schaal voor probleemgedrag. De competentieschaal bestaat uit 19 vragen over het functioneren van de jongere in sociaal opzicht. Niet alleen de hoeveelheid activiteiten buitenshuis wordt gemeten, maar ook hoeveel tijd men daarmee bezig is en hoe goed men daarin is in vergelijking met leeftijdsgenoten. Daarnaast doet men navraag naar de kwaliteit van relaties met anderen en de schoolprestaties.

De probleemschaal bestaat uit 105 identieke items die problemen beschrijven en op een 0 tot 2 puntsschaal worden ingevuld, waarbij 0 staat voor 'helemaal niet' en 2 voor 'duidelijk of vaak'. Naast identieke items hebben de lijsten specifieke items: de CBCL heeft 15 extra vragen over het functioneren van het kind, de YSR heeft 13 sociaal wenselijke vragen. De CBCL en YSR hebben aparte schalen voor externaliserende en internaliserende problematiek. Voor beide lijsten geldt dat er jarenlange studie gedaan is naar betrouwbaarheid en validiteit en dat deze voldoende is bevonden (externaliserende schaal CBCL: $\alpha = .94$, YSR: $\alpha = .90$, internaliserende schaal CBCL: $\alpha = .90$, YSR: $\alpha = .90$, competentieschaal CBCL: $\alpha = .79$, YSR: $\alpha = .75$; Achenbach & Rescorla, 2001). Ook de Nederlandse vertalingen van de lijsten hebben een goede betrouwbaarheid en validiteit (YSR: De Groot, Koot & Verhulst, 1996, CBCL: Kasius, Ferdinand, Van den Berg & Verhulst, 1997).

Voor dit onderzoek zijn drie schalen per lijst gemaakt: een competentieschaal (aantal items: 17, zie onder), een externaliserende schaal (aantal items: 32), een internaliserende schaal (aantal items: 31) en een totale schaal. De totale schaal is een optelling van de probleemitems en de competentie-items. De externaliserende en internaliserende schalen komen overeen met de schalen die door de auteurs van de ASEBA-lijsten wordt gehanteerd (Achenbach & Rescorla, 2001). Tabel 1 toont de alfa's van de CBCL en YSR en subschalen. Voor de hypothesen met betrekking tot de samenhang van discrepanties met agressie zijn variabelen gemaakt door verschilcores op de verschillende schalen te berekenen.

Tabel 1

Cronbach's alpha per schaal

	Totale schaal	Externaliserende schaal	Internaliserende schaal	Competentieschaal
CBCL	.96	.88	.87	.77
YSR	.94	.89	.92	.72

Analyse van de data laat zien dat er op twee items veel gemiste antwoorden zijn. CBCL en YSR vragen naar de schoolprestaties door een aantal vakken aan te geven met daarachter de mogelijke scores 'onvoldoende', 'lager dan gemiddeld', 'gemiddeld' en 'hoger dan gemiddeld'. Uit deze vragen zijn twee items gemaakt: het aantal vakken en de gemiddelde prestatie. Deze vragen zijn zowel op de CBCL als op de YSR een aantal malen niet ingevuld, waardoor op de schalen 'totale score' en 'competentieschaal' een te kleine N overblijft. De twee items zijn daarom verwijderd uit de schalen. Daardoor blijven minder items over voor het creëren van de competentieschaal, wat gevolgen heeft voor de betrouwbaarheid van de schaal, hoewel deze nog voldoende is voor beide lijsten.

Het aantal agressie-incidenten wordt gemeten middels de SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale Revised; Nijman et al., 1999; Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker, 2004), een observatieschaal voor agressiemeting binnen psychiatrische ziekenhuizen die zich heeft bewezen als een goede meting voor naar buiten gerichte agressie. De SOAS-R heeft als doel de zwaarte van agressie te meten, maar is ook geschikt voor meten van prevalentie. De SOAS-R bestaat uit een formulier met vijf kolommen, waarmee leden van de behandelstaf een agressie-incident evalueren op aard en mate van ernst. In de eerste kolom wordt de aanleiding ingevuld, in de tweede de middelen die de patiënt gebruikte (bijvoorbeeld verbale agressie of voorwerpen). In de derde kolom registreert de medewerker het doelwit van de agressie. Kolom vier en vijf worden respectievelijk gebruikt voor registratie van de consequenties van het slachtoffer en de maatregelen om de agressie te stoppen. De SOAS-R meet ook agressie van de patiënt die gericht is op zichzelf. Onderzoeken waarbij de SOAS-R is gebruikt geven een maximale inter-rater betrouwbaarheid van .96 (intraclass correlatie). Maximale validiteit is .81 (Spearman's r) (Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker, 2005).

Procedure

De CBCL wordt bij intake meegegeven als onderdeel van een groter pakket aan lijsten. De CBCL wordt voorafgaand aan opname ingevuld door ouders. CBCL's zijn gecodeerd als biologische moeder, biologische vader en ander. In de dataset geldt 'ander' als adoptieouder, er is wel sprake van een ouderlijke band. Indien beide (biologische) ouders een CBCL hebben ingevuld én beide lijsten bruikbaar zijn, wordt de lijst van de moeder gebruikt. Jongeren worden na opname zo snel mogelijk gevraagd de YSR in te vullen, waardoor er nog geen beïnvloeding van behandeling plaats heeft

kunnen vinden. De jongere vulde de lijst alleen in, al is er een volwassene aanwezig die kan helpen als dat nodig is. Beide lijsten zijn geanonimiseerd, maar als paar, ingevoerd.

Sinds september 2008 worden door alle sociotherapeuten agressie-incidenten geregistreerd middels de SOAS-R. Voor data over jongeren die vóór deze datum zijn opgenomen is de dagelijkse rapportage gebruikt. De meting liep tot april 2009. Dat betekent dat een aantal jongeren in het sample nog steeds opgenomen zijn en er nog agressie-incidenten kunnen voorkomen. De gemiddelde scores per jongere op SOAS-R en uit de dagelijkse rapportage is vergeleken met een independent samples t-test. Er was geen significant verschil in de score van de SOAS-R ($M = 3.21$, $SD = 3.98$) ten opzichte van de dagelijkse rapportage ($M = 8.00$, $SD = 9.24$; $t(24) = -1.880$, $p = .072$).

Resultaten

Analyses met betrekking tot discrepanties

De eerste hypothese van dit onderzoek is dat de mate van overeenkomst tussen beide scoringslijsten lager is dan in de normale populatie. Daarbij wordt getoetst of de *cross-informant agreement* lager is dan .25 (in de meta-analyse van Achenbach et al. (1987) is dit een gemiddelde correlatie tussen informanten van alle onderzoeken). De totale schalen van YSR en CBCL zijn vergeleken door middel van een Pearson correlatietest. De r is volgens deze test .14, $p = .637$. Dit is lager dan $r = .25$ van de normale populatie. Daarna is een intraclass correlatietest uitgevoerd voor een correctie op afhankelijkheid van de scores. De intraclass correlatie coëfficiënt komt op .11, $p = .355$.

Discrepancie in gedragsproblemen Middels een paired samples t-test voor het vergelijken van gemiddelden wordt het verschil én de richting tussen de externaliserende schaal van de CBCL en de externaliserende schaal van YSR berekend. De richting toetst de hypothese H1: de score op de externaliserende schaal van de ouderrapportage is hoger dan de score op de externaliserende schaal van de jongerenlijst. Tabel 2 laat een overzicht zien van de gemiddelden van de in dit onderzoek gebruikte variabelen. Vergelijking laat een significant verschil zien tussen de score op externaliserende schaal CBCL en de score op de externaliserende schaal van de YSR op een 99% betrouwbaarheidsinterval ($t(21) 6.57$, $p = .000$). De verdeling van de externaliserende schaal van de CBCL is rechts scheef, terwijl die van de YSR wat links scheef is. De skewness van beide schalen onderschrijft dit (skewness CBCL = -1.198, skewness YSR = .750). De kurtosis van de schalen laat een verschil zien in verdeling (kurtosis CBCL = -.892, kurtosis YSR = .793).

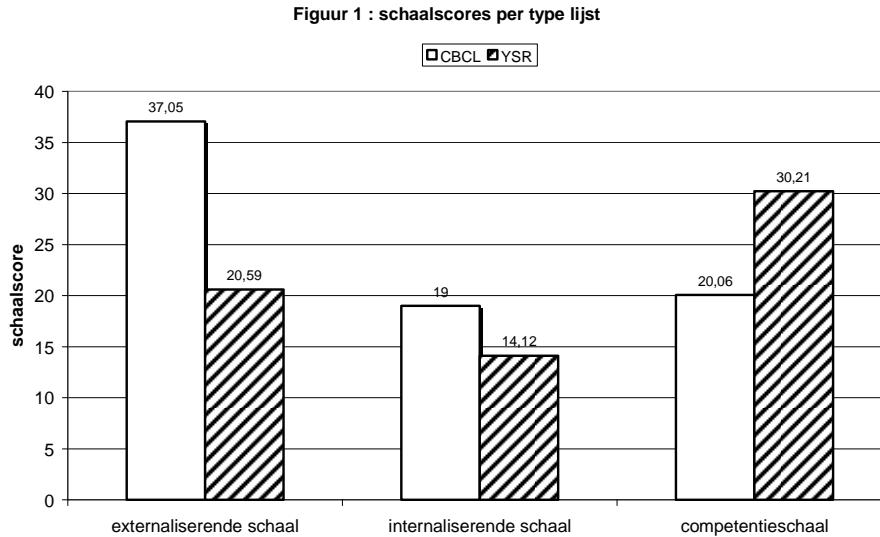
Tabel 2

Gemiddelden en standaarddeviaties variabelen

Variabelen	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Totale score CBCL	15	72.77	23.42
Totale score YSR	25	45.20	9.23
Externaliserende schaal CBCL	22	37.05	10.24
Externaliserende schaal YSR	26	20.59	9.63
Internaliserende schaal CBCL	25	19.00	9.64
Internaliserende schaal YSR	26	14.12	10.56
Competentieschaal CBCL	19	20.06	7.32
Competentieschaal YSR	25	30.21	6.57
Verschilscore totaal CBCL-YSR	14	29.29	25.03
Verschilscore externaliserende schaal CBCL-YSR	22	16.45	11.75
Verschilscore internaliserende schaal CBCL-YSR	25	4.48	12.29
Verschilscore competentieschaal YSR-CBCL	18	10.11	10.35

Discrepantie op internaliserende schaal Ook voor verschillen op de internaliserende schaal is een paired samples t-test voor het vergelijken van een gemiddelde gebruikt. Hierbij gaat het om het vergelijken van beide gemiddelden. Aangenomen is dat de score op de YSR hoger is dan de score op de CBCL. De test geeft een significant verschil aan op 90 % betrouwbaarheidsinterval tussen de internaliserende schaal van de CBCL en de internaliserende schaal van de YSR bij $t(24) = -2.04$ en $p = .053$, maar niet in de richting van de gestelde hypothese. Jongeren rapporteerden minder internaliserende problemen dan hun ouders,.

Discrepantie in competenties Voor verschillen op het competentiedeel is dezelfde procedure ingezet als hierboven. Aangenomen is dat de score op de competentieschaal van de YSR hoger is dan de score op de competentieschaal van de CBCL. Er is een significant verschil tussen de competentieschaal van de CBCL en de competentieschaal van de YSR op een 99% betrouwbaarheidsinterval ($t(17) = -4.15$, $p = .001$). Jongeren rapporteerden een significant hogere score op de YSR dan hun ouders op de CBCL. Figuur 1 laat de verschillende scores voor de schalen van CBCL en YSR zien.



Analyses met betrekking tot discrepanties en agressie

Aangenomen wordt dat een groter verschil in scores tussen ouder- en jongerenrapportage samenhangt met een groter aantal agressie-incidenten binnen de kliniek. Ten eerste wordt de verschillen op de totale scores van beide lijsten op samenhang beoordeeld met een Pearson correlatietest. De correlatietest wijst geen significante samenhang ($p = .197$) aan tussen een discrepantie in scores op de gehele CBCL en YSR. De samenhang is zelfs licht negatief ($r = -.25$), wat er zelfs op zou kunnen wijzen dat naarmate de totale discrepantie groter wordt het aantal agressie-incidenten daalt. Tabel 2 laat de correlaties zien tussen de gebruikte variabelen.

Tabel 3

Pearson correlatiescores per variabele

Variabelen	1	2	3	4	5
(1)Totaal					-.25
(2) Externaliserend			.52**	.05	.08
(3) Internaliserend		.52**		-.02	.07
(4) Competentie		.05	-.02		.62*
(5) Agressie	-.25	.08	.07	.62*	

$N = 26$. Totaal = totale score CBCL minus totale score YSR; Externaliserend = score externaliserende schaal CBCL minus score externaliserende schaal YSR; Internaliserend = score internaliserende schaal minus score internaliserende schaal YSR; Competentie = score competentieschaal YSR minus score competentieschaal CBCL.

*significat bij $p < .01$
**significat bij $p < .05$

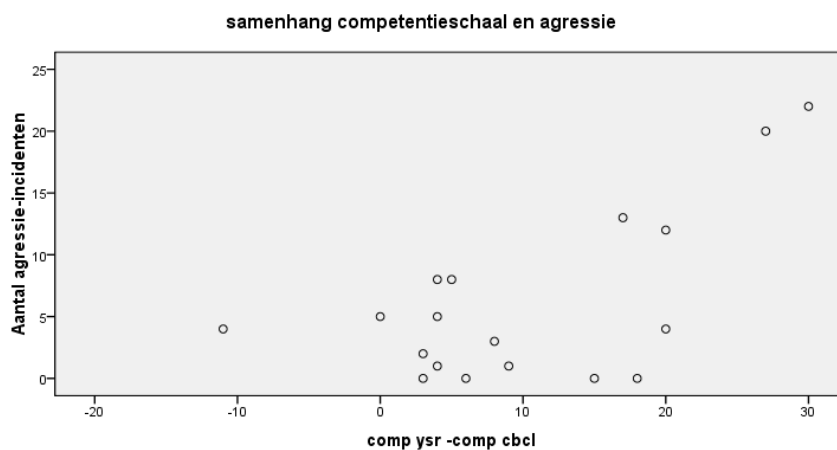
Discrepantie op probleemgedrag en agressie De aanname is dat een grotere score op de externaliserende schaal van de CBCL ten opzichte van de externaliserende schaal van de YSR

samenhangt met het veel voorkomen van agressie-incidenten binnen de kliniek. Er is geen significante samenhang tussen agressie en discrepanties op externaliserende problematiek ($p = .363$).

Discrepantie op internaliserende schaal en agressie Aangenomen wordt dat een grotere score op de internaliserende schaal van de CBCL ten opzichte van de internaliserende schaal van de YSR samenhangt met het meer voorkomen van agressie-incidenten. De Pearson correlatietest geeft geen significante samenhang aan voor deze hypothese ($p = .758$). Zowel voor totale, externaliserende als internaliserende schaal geldt een zeer lage correlatie.

Discrepantie op competentieschaal en agressie Heeft een verschil in opvattingen over competenties samenhang met agressie-incidenten? De bijbehorende hypothese luidt: een grotere score van jongeren op competentieschaal ten opzichte van de score van de ouders op de competentieschaal hangt samen met het aantal agressie-incidenten. Ook daarbij is een Pearson correlatietest gebruikt. Figuur 2 laat het scatterplot van de samenhang van agressie met discrepantie in opvattingen over competenties zien. Zowel het scatterplot als de correlatietest ondersteunen hypothese H1: er is een sterke positieve correlatie tussen het aantal agressie-incidenten en het verschil in scores tussen YSR en CBCL ($n = 18$, $p = .003$) bij een 99% betrouwbaarheidsinterval. De verklaarde variantie is 38,9%. Volgens Cohen (1988) is dit een groot effect.

figuur 2



De data geeft aanleiding tot nog een extra analyse ten aanzien van de probleemschaal van de CBCL en YSR. Opvallend in de verschilscores van de externaliserende schaal is een aantal negatieve scores (jongeren rapporteren meer gedragsproblemen dan ouders). Daarom is besloten een vergelijking te maken met de internaliserende schaal van de YSR en CBCL om te onderzoeken of de verschilscores op externaliserende schaal samenhangen met verschilcores op de internaliserende schaal. Als jongeren meer of minder gedragsproblemen rapporteren dan hun ouders, doen de jongeren dat dan ook ten aanzien van internaliserende problemen? Een correlatietest met de verschilcores op de

externaliserende schaal laat een significante samenhang zien op een 95% betrouwbaarheidsinterval ($p = .014$, $r^2 = .265$).

Bovenstaande doet vermoeden dat er ook een samenhang zou kunnen zijn van de verschillen op de internaliserende schaal met verschillen op de competentieschaal. Een correlatietest van verschillen op deze schalen wijst geen significante samenhang ($p = .928$) aan tussen beide variabelen. Datzelfde geldt voor een correlatietest tussen competentieschaal en externaliserende schaal ($p = .863$).

Discussie

Deze studie is erop gericht een verschil aan te tonen in opvattingen tussen ouders en jongeren over de aard en zwaarte van de problematiek. Daarnaast wordt een koppeling gemaakt met agressie-incidenten binnen een kliniek. Verschillen in de opvattingen over problematiek van ouders en kinderen is op alle onderdelen van de rapportages te vinden. De gemiddelde overeenkomst tussen de ouderlijsten en de rapportage door kinderen was erg laag, er was sprake van een verschil in opvatting over gedragsproblemen, internaliserende problemen en de competenties van het kind. Jongeren rapporteerden minder gedragsproblemen en internaliserende problemen dan hun ouders, maar meer competenties. Een sterke samenhang werd gevonden tussen overschatting van de competenties door de jongere ten opzichte van de ouders en het aantal agressie-incidenten.

De resultaten van dit onderzoek komen grotendeels overeen met eerdere bevindingen. De gemiddelde overeenkomst tussen opvatting van ouders over problematiek en de opvatting van de jongere daarover ligt lager dan in de normale populatie. Meta-analyse van onderzoeken die scores op CBCL en YSR vergelijken vond een gemiddelde overeenkomst van $r = .25$ (Achenbach et al., 1987). In dit onderzoek is de overeenkomst laag, wat duidt op een verschil in opvattingen tussen ouders en kinderen en in overeenstemming is met de gestelde hypothese. Ouders scoren meer gedragsproblemen op de externaliserende schaal dan hun kinderen, in overeenkomst met eerdere bevindingen (Rey et al., 1992; Phares & Danforth, 1994; Handwerk et al., 1999; Barker et al., 2007). Hoewel de gebruikte rapportagelijsten strikt genomen niet 'lijdensdruk' meten (dit is een ander construct en heeft een andere onderzoeksmethode), is er reden aan te nemen dat ouders meer last hebben van het probleemgedrag van hun kind, dan de jongere zelf. Jongeren scoren hoger op de competentieschaal dan hun ouders, wat ook door andere auteurs is gevonden (Baumeister et al., 1996; Hoza et al., 2000). Deze discrepantie lijkt te wijzen op een overschatting van eigen (sociale) vaardigheden van de jongere. Ook de resultaten met betrekking tot samenhang van discrepanties en agressie zijn in lijn met eerdere onderzoek: agressie hangt samen met verschillen in opvatting over competenties van de jongere (Orobio de Castro et al., 2007).

Opvallend is dat jongeren minder internaliserende problemen rapporteren dan hun ouders, terwijl meerdere onderzoeken juist het tegenovergestelde vonden (Sawyer et al., 1992; Kolko &

Kazdin, 1993; Phares & Danforth, 1994; Handwerk et al., 1999). Een vergelijking van de internaliserende schaal met de externaliserende schaal laat daarnaast een congruentie in de scores zien. Als jongeren minder problemen rapporteren op de externaliserende schaal, dan doen ze dat ook op de internaliserende schaal. Dit geldt dus ook andersom: jongeren die meer gedragsproblemen rapporteren dan hun ouders, rapporteren ook meer internaliserende problemen. Een verklaring kan zijn dat ouders deze jongeren wellicht al geruime tijd niet meer thuis hebben wonen door eerdere uithuisplaatsingen. Mogelijk onderschat deze doelgroep de eigen problematiek, willen de jongeren niet toegeven dat er sprake is van een probleem, of wil men het niet toegeven ten opzichte van anderen. Men neemt aan dat jongeren wat meer moeite hebben met de diffuse omschrijving van internaliserende problemen ten opzichte van tastbaar gedrag zoals stelen of niet stil kunnen zitten (Yeh & Weisz, 2001). Van kinderen is ook bekend dat ze de neiging hebben zich sociaal wenselijk te presenteren (DiBartolo et al., 1998; Grills & Ollendick, 2003). Juist de jongeren die meer externaliserende en internaliserende problemen rapporteren dan hun ouders zijn mogelijk interessant voor vervolgonderzoek: zouden zij meer inzicht hebben in eigen problematiek en derhalve ook meer actief participeren in behandeling?

De resultaten lieten geen significante samenhang zien tussen discrepanties op internaliserende en externaliserende schaal en het aantal agressie-incidenten. De samenhang van agressie-incidenten met discrepantie op de totaalscore van jongere en ouders was zelfs negatief, wat een aanwijzing kan zijn dat er mogelijk sprake is van minder agressie-incidenten als de discrepantie groter is. De vraag is of dit specifiek is voor de jongeren in dit onderzoek. Om hier meer informatie over te krijgen kan een vergelijking gemaakt worden met andere klinieken voor orthopsychiatrie in Nederland.

De data van CBCL en YSR van dit onderzoek geven nog verdere aanleiding tot vragen rondom de doelgroep. Opvallend is dat jongeren op het competentiedeel vaak zaken invullen die ouders of volwassenen niet zullen zien als zinvolle activiteiten, zoals computeren, opmaken en 'chillen'. Ook bij relatief eenvoudige klussen als tafel afruimen of afwassen geven jongeren aan dat ze dit in vergelijking met leeftijdgenoten beter kunnen. Ook over het hebben van het aantal vrienden en de betekenis van deze vriendschappen is een groot verschil te zien tussen ouder en jongere. Jongeren geven steeds aan meer dan drie vrienden te hebben en daar veel activiteiten per week mee te ondernemen. Ouders rapporteren minder vrienden en minder sociale activiteiten per week. Hoewel niet verder onderzocht is dit een veel geziene overeenkomst van de jongeren in dit onderzoek. Een mogelijke verklaring is een verschil in opvatting tussen ouders en kinderen over wat sociale competenties inhouden. Zo zien jongeren in dit onderzoek zien computeren als een activiteit. Hun ouders zijn niet opgegroeid in het digitale tijdperk en zien dat vanuit hun perspectief niet als een zinvolle bezigheid. In dit licht zal ook de interpretatie van vriendschappen anders zijn. Jongeren hebben door media als internet meer, maar in de ogen van volwassenen wellicht onbeduidende contacten gekregen. De meeste ouders zullen MSN niet als een zinvolle invulling van de tijd zien en de daarbij onderhouden contacten niet als vriendschappen. In die zin is er dus ook een beperking ontstaan in de CBCL en YSR: deze lijsten vragen naar het aantal (fysieke) activiteiten per week met

vrienden. In een veranderende samenleving zou dat een achterhaald concept kunnen zijn als men spreekt over betekenisvolle contacten met anderen.

Beperkingen

De steekproef in dit onderzoek is betrekkelijk klein. Dat heeft mogelijk de resultaten beïnvloedt, hoewel de correlatietesten een zeer lage correlatie opleverden. In het onderzoek van de samenhang van discrepanties met agressie moet natuurlijk rekening worden gehouden met individuele verschillen in agressie bij jongeren. Aangezien gedragsstoornissen met bijkomende agressieproblematiek een kenmerk zijn van de doelgroep kan immers niet alle agressie te wijten zijn aan een verschil in inzicht over de zwaarte van de problematiek. Natuurlijk zijn er veel andere factoren die bijdragen aan de prevalentie van agressie (zie o.a. Stegge & Thomaes, 2007). Tevens zou rekening moeten worden gehouden met de opnameduur van de jongere: een jongere die langer is opgenomen zou meer kans hebben op een hoger aantal agressie-incidenten. De data van de SOAS-R laat een dalende lijn zien van het aantal gerapporteerde agressie-incidenten met de SOAS-R in de loop van de tijd. Dit lijkt te duiden op het slecht invullen van de lijsten door behandelstaf, wat de resultaten van dit onderzoek mogelijk heeft beïnvloedt. Ook het recente gebruik van de SOAS-S binnen de kliniek heeft invloed. Van sommige jongeren moest de dagelijkse rapportage worden gebruikt voor het scoren van het aantal agressie-incidenten. Daarbij was de interpretatie afhankelijk van de onderzoeker en niet van de behandelstaf die de agressie van dichtbij meemaakten. Een vergelijking van het aantal agressie-incidenten door middel van dagelijkse rapportage gescoord en door middel van de SOAS-R laat ook een verschil zien, hoewel niet significant. Dit kan enerzijds duiden op een verschil van interpretatie van agressie door de onderzoeker en anderzijds op het niet consequent invullen door behandelstaf. De SOAS-R is in staat de ernst van het incident te meten, dat is echter niet meegenomen in deze studie: agressie-incidenten variëren daardoor van schelden tot het gooien van een stoel en vechtpartijen.

Gaandeweg het onderzoeksproces is besloten de scores op de schoolse prestaties van CBCL en YSR weg te laten uit het onderzoek, aangezien er te veel gemiste data zijn op die items. Hierdoor is een verschil ontstaan met de door de auteurs van de lijsten bedoelde competentieschaal. Er zijn meer gemiste data op de CBCL dan op de YSR, dat is wellicht te wijten aan het verschil in procedure. Ouders vulden de lijst voorafgaand aan opname in. Jongere deden dit tijdens opname, waardoor zij zich misschien meer gecontroleerd wisten en de lijst zorgvuldiger invulden. Een andere mogelijkheid is dat jongeren er baat bij hadden dat de onderzoeker en behandelstaf op de hoogte waren van hun opvatting van de problematiek en daarom zorgvuldiger waren. Jongeren in de kliniek in dit onderzoek hebben vaak een lang hulpverleningstraject achter de rug en wonen soms al meerdere jaren niet meer thuis. Het is mogelijk dat opvattingen over problematiek of de noodzaak van behandeling dan meer uit elkaar gaan staan. Bovendien hebben ouders al meerdere keren voor allerlei instanties dit soort vragenlijsten in moeten vullen, waardoor mogelijk verzadiging ontstaat.

Meerdere onderzoeken wijzen uit dat er een relatie tussen agressie en een overschatting in sociale competenties (Baumeister et al., 1996; Hoza et al., 2004; Orobio de Castro et al., 2007). In dit onderzoek is echter het verschil in opvattingen over de competentieschaal van CBCL en YSR gebruikt en niet het concept 'zelfbeeld'. Hoewel de discrepantie op de competentieschaal een aanwijzing kan zijn voor overschatting van sociale competentie, is er conceptueel geen sprake van overschatting of een vertekend zelfbeeld. Voor een correcte weergave van dit concept zou een andere onderzoeksmethode moeten worden gebruikt.

Klinische implicaties en aanbevelingen

Een verschil in opvattingen over problematiek heeft grote implicaties in de klinische praktijk. De overeenkomst tussen wat ouders van de problematiek denken en wat jongeren vinden is verwaarloosbaar, wat betekent dat er bij binnenkomst in de kliniek al direct een probleem ontstaat (Yeh & Weisz, 2001). De lage overeenkomst bij problematiek impliceert een lage overeenkomst in de opvattingen over de te varen koers binnen de behandeling. Het formuleren van doelen voor behandeling zal veel voeten in de aarde hebben, aangezien doelen gelieerd moeten zijn aan de aard van de problematiek. De behandelstaf zal zich van deze discrepantie bewust moeten zijn en naar beide partijen hun oren moeten laten hangen.

Het meer rapporteren van gedragsproblemen door ouders dan door kinderen geeft een verschil in ervaring van dat gedrag aan. Jongeren bezien hun gedrag wellicht niet als problematisch. Deze jongeren zijn ook beperkt door hun psychische problemen in het beoordelen van gedrag, bijvoorbeeld door autistiforme stoornissen. Bovendien zijn jongeren eerder geneigd hun gedrag te verklaren door situationele factoren, dan door disposities. Bij hun ouders is dit andersom (De los Reyes & Kazdin, 2005). Het vergt dan inzet van behandelaren om dit verschil van gezichtspunt voor de jongere en zijn ouders inzichtelijk te maken. Aan de andere kant geeft de discrepantie waardevolle informatie over de relatie van ouder en kind en het functioneren van de jongere op verschillende gebieden (Achenbach et al., 1987). Ook op het gebied van competenties is dat het geval. Jongeren die zichzelf meer competenties toedichten dan hun ouders kunnen zichzelf in de behandeling ook competentier presenteren dan in de werkelijkheid het geval is.

Discrepanties geven ook diagnostisch relevante informatie voor behandelaars. Discrepanties kunnen een aanwijzing zijn van problematiek bij ouders (Kolko & Kazdin, 1993; Briggs-Gowan et al., 1996; Youngstrom et al., 2000; Grills & Ollendick, 2002; Berger et al., 2005) of binnen gezinnen (Grills & Ollendick, 2003; Jacobs et al., 2005; Mulvaney et al., 2007). Daarnaast hebben discrepanties in opvattingen een voorspellende waarde voor problemen op school, met justitie en drugsgebruik (Ferdinand et al., 2004b). Binnen de behandeling kunnen meningsverschillen ook een vertrekpunt voor gesprek zijn. Behandelaars kunnen door het inventariseren en bespreken van deze meningsverschillen de doelmatigheid van de behandeling bevorderen.

De samenhang van discrepanties in competentie met agressie is voor de dagelijkse praktijk van groot belang. Baumeister en collega's (1996) verklaren een deel van agressie door een opgeblazen gevoel van zelfvertrouwen. Aantasting van dat zelfbeeld door krenking zou agressie in de hand werken. Er zou tevens een samenhang zijn met psychopathie. In de diagnostiek is een koppeling van een dergelijke persoonlijkheidsstoornis met discrepantie een belangrijke observatie. In de dagelijkse omgang met deze jongeren zou bewustzijn bij de behandelstaf van dit mechanisme mogelijk gevaarlijke situaties (of zelf separaties) kunnen voorkomen. Tevens geeft een constatering van een mogelijke overschatting handvatten in de behandeling.

Ten behoeve van de klinische praktijk zou het nuttig zijn de aard van de discrepantie kwalitatief verder uit te diepen. Daarbij valt te denken aan de redenen van opname: vindt de jongere zelf dat een opname noodzakelijk is, of vinden de ouders dat? Jongeren zullen soms van mening zijn dat zij niet degenen zijn die voor behandeling in aanmerking komen, maar dat hun ouders dat zijn. Mogelijk is er een verband te vinden met gedwongen of vrijwillige opnamen: aangenomen kan worden dat de discrepantie kleiner is bij vrijwillige opnamen. Dit kan ook met betrekking tot de richting gebeuren. Jongeren die meer problemen rapporteren dan hun ouders zouden eerder geneigd kunnen zijn tot het zelf zoeken van hulp. De los Reyes en Kazdin (2005) betogen dat discrepanties consequenties kunnen hebben voor motivatie voor behandeling. In het licht hiervan zou het nuttig zijn de samenhang van discrepanties in opvattingen over problematiek met de deelname aan het programma van de kliniek te onderzoeken. Vanuit deze studie kan worden verondersteld dat er een samenspel is tussen een overschatting van vaardigheden door de jongere, een verschil in meningen over de te varen koers en opname in een klinische setting die door jongeren in de meeste gevallen niet als vrijwillig wordt ervaren. Hoe dat samenspel precies verloopt, behoeft verder onderzoek.

Referenties

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Baumeister, R. F., Smart, L. & Boden, J. M. (1996). Relation of threatend egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, *103*, 5-33.
- Barker, E. T., Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Hendricks, C. & Suwalsky, J. T. D. (2007). Adolescent-mother agreement about adolescent problem behaviors: direction and predictors of disagreement. *Journal of Youth and Adolescence*, *36*, 950-962.
- Berger, L. E., Jodl, K. M., Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P. (2005). When adolescents disagree with others about their symptoms: Differences in attachment organization as an explanation of discrepancies between adolescent, parent, and peer reports of behavior problems. *Development and Psychopathology*, *17*, 509–528
- Boon, A. E. & Haijer, Z. D. (2008). Orthopsychiatrie: een behandeling voor lastige jonge psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, *63*, 41-49.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 749-765.
- Cantwell, D. P., Lewinsohn, M. D., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 610–619.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. In: Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual*. Berkshire: Open University Press.
- De Groot, A., Koot, H. M. & Verhulst, F. C. (1996). Cross-cultural Generalizability of the Youth Self Report and the Teacher's Report Form Cross-informant syndromes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 651-664.
- De los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*, 483-509.
- DiBartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H. & Heimberg, R. G. (1998). Cross-Informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 213-220.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C. & Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*, 181-190.
- Ferdinand, R. F., Van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2004b). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 198-206.
- Ferdinand, R. F., Van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2006). Prognostic value of parent-adolescent disagreement in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *15*, 156-162.

- Frank, S. J., Van Egeren, L. A., Fortier, J. L., Chase, P. (2000). Structural, relative, and absolute agreement between parents' and adolescent inpatients' reports of adolescent functional impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 395-402.
- Grills, A. E. & Ollendick, T. H. (2002). Issues in parent-child agreement: the case of structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*, 57-83.
- Grills, A. E. & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*, 30-40.
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Soper, S. H. & Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out of home settings. *Psychological Assessment*, *11*, 14-23.
- Hawley, K. M. & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 62-70.
- Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations: Implications for the understanding, assessment, and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 113-142.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Abikoff, H. B., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Adbert, C., Swanson, J. M., & Wigal, T., (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 382-391.
- Jacobs, J. E., Chhin, C.S., Shaver, K. (2005). Longitudinal links between perceptions of adolescence and the social beliefs of adolescents: Are parents' stereotypes related to beliefs held about and by their children. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*, 61-72.
- Jensen-Doss, A. & Weisz, J. R. (2008). Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 711-722.
- Kasius, M. C., Ferdinand, R. F., Van den Berg, H. & Verhulst, F. C. (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *38*, 625-632.
- Knorth, E. J., Klomp, M. Van den Bergh, P. M. & Noom, M. J. (2007). Aggressive adolescents in residential care: A selective review of treatment requirements and models. *Adolescence*, *42*, 461-485.
- Kolko, D. J. & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *34*, 991-1006.
- Mulvaney, M. K., Mebert, C. J. & Flint, J. (2007). Parental affect and childrearing beliefs uniquely predict mothers' and fathers' ratings of children's behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*, 445-457.
- Nijman, H. I., Muris, Merckelbach, P. H. L. G. J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A. M., Van Rixtel, A., & Allertz, W. (1999). The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggressive behavior*, *25*, 197-209.
- Nijman, H. I., Palmstierna, R., Almvik, R., Stolker, J. J. (2005). Fifteen years of research with the staff observation aggression scale: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*, 13-21.
- Orobio de Castro, B., Brendgen, M, Van Boxtel, H. Vitaro, F. & Schaepers, L. (2007). "Accept me, or else...": Disputed overestimation of social competence predicts increases in proactive aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 165-178.

Phares, V. & Danforth, J. S. (1994). Adolescents', parents', and teachers' distress over adolescents' behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 721-732.

Rey, J. M., Schrader, E. & Morris-Yates, A. (1992). Parent-child agreement on children's behaviours reported by the child behaviour checklist (CBCL). *Journal of Adolescence*, 15, 219-230.

Sawyer, M. G., Baghurst, P. & Mathias, J. (1992). Differences between informants' reports describing emotional and behavioral problems in community and clinic-referred children: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 441-449.

Scholte, E. M. (1994). Adolescent probleemgedrag. In W. Meeus (red.) *Adolescentie. Een psychosociale benadering*. Groningen, Wolters-Noordhoff.

Scholte, E. M. & Van der Ploeg, J. D. (2000). Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioural difficulties: Findings from a longitudinal study in Holland. *Childhood*, 7, 129-154.

Stegge, H. & Thomaes, S. (2007). Korte lontjes en opgeblazen ego's: over schaamte, zelfbeeld en agressie. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 34, 5-23.

Stranger, C. & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 22, 107-115.

Vreugdenhil, C., Doreleijers, Th. A. H., Vermeiren, R., Wouters, L. F. J. M. & Van den Brink, W. (2004). Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 97-104.

Yeh, M. & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic. Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1018-1050.

Youngstrom, E., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.

Intern:

Visiedocument verwijzers mei 2006