

De aansluiting van behandelprincipes bij allochtone en autochtone jongeren met meervoudige problematiek.

Lisa van Osch

Kinder- en Jeugdpsychologie, Universiteit Utrecht

2013



Datum: Juli 2013

Studentnr: 3387232

Eerste beoordelaar: dr. Annerieke Oosterwegel

Tweede beoordelaar: drs. Maya Hofhuis- van den Brink

Samenvatting

In huidig onderzoek is gekeken of er verschil waar te nemen is tussen in meervoudige problematiek van risicjongeren van Marokkaanse en Nederlandse afkomst. Er is onderzocht welke behandelingen worden ingezet bij risicjongeren en welke behandelprincipes het beste aansluiten. Dit is gedaan aan de hand van dossieronderzoek bij cliënten van Titan GGZ (N=38); 16 Nederlanders, 12 Marokkanen en 10 cliënten met een andere etniciteit. Hiervan waren 27 man en 11 vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 19 jaar oud. Aanwezigheid van een stoornis, de problematiek in verscheidene leefgebieden en de behandeling is uiteengezet. Uit de resultaten blijkt dat er vooral sprake is van gedragsstoornissen en dat er verschil is in de mate van politie/justitie contact tussen etnische groepen. Gekeken naar soorten behandeling en probleemgedrag, hebben deze een logisch verband met elkaar, behandeling is toegepast op de soort problematiek. Cognitieve gedragstherapie blijkt als enige behandeling de behandeluitkomst te voorspellen. Geconcludeerd wordt dat er enkel een breed cliëntprofiel opgesteld kan worden en cliëntgericht werken van belang is bij risicjongeren. Met dit onderzoek wordt een aanzet voor vervolgonderzoek naar werkzame behandelprincipes in de hulpverlening van risicjongeren gegeven.

Summary

Current study examined whether there was a difference in multidimensional problems between Moroccan and Dutch risk youth. The different therapies and their effectiveness in response to risk youth were examined. Client files of Titan GGZ (N=38) have been used. The files included 16 Dutch, 12 Moroccan and 10 clients of residual ethnicity. There were 27 males and 11 females, with an average age of 19 years old. The study analyzed the incidence of disorders, the problems in different contexts and the treatments. Results a higher rate of behavior disorders and a difference between Dutch and Moroccan risk youth in police and justice contact. Only when it comes to different therapies and problem behavior, it seems that they are logically connected. Cognitive behavioral therapy was the only treatment which predicted the treatment result. In conclusion, a client profile has to be broad and client centered working is important in helping risk youth. This research instigates further research about the effect of therapy components in treating risk youth.

Inleiding

De provincie Utrecht heeft de afgelopen jaren door het programma Utrechtse Jeugd Centraal (UJC) beoogd de effectiviteit van het hulpaanbod in de jeugdzorg te vergroten door concrete doelen te stellen. Hiervoor werken jeugdorganisaties binnen de provincie aan verbetering van de jeugdzorg. Onderzoek naar de effectiviteit van het hulpaanbod gaf een belangrijk inzicht; jeugdzorgaanbieders moeten niet denken in voorzieningen maar in specifieke doelgroepen. Om de effectiviteit van de hulp te vergroten is het belangrijk om te groeperen. Er moeten cliëntprofielen worden gevormd met bepaalde kenmerken en problemen, waarbij het probleem leidend is voor de hulpverlening (Addink, Lekkerkerker, Chênevert, & Eijgenraam, 2012).

De Gestalt van meervoudige problematiek

Bijna een eeuw geleden werd door Wertheimer (1922) de Gestalttheorie opgesteld, waarbij de focus ligt op groeperen. De Gestalttheorie stelt volgens Köhler (1929) dat gedrag niet wordt bepaald door individuele elementen, maar door de intrinsieke aard van het totaal. Binnen de Gestalttheorie is het van belang dat er een consistent totaaloverzicht wordt verkregen en dat er inzicht is in wat het totaal vereist voor de delen. Gedrag moet volgens de Gestalttheorie als een geheel van delen beschouwd en behandeld worden.

In wetenschappelijk onderzoek wordt echter vaak gekeken naar één op één relaties tussen stoornis en behandeling. Zo onderzochten Manjula, Kumariah, Prasadarao en Raguram (2009) de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) voor paniekstoornissen. Chu en Harrison (2007) keken naar de werkzaamheid van CGT bij depressieve adolescenten of adolescenten met een angststoornis en niet naar de werkzaamheid wanneer beide stoornissen optreden. Onderzoek van Harper, Rasolkhani-Kalhorn en Drozd (2009) was gericht op de werkzaamheid van Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapie (EMDR) bij patiënten met een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Chemtob, Nakashima en Carlson (2002) toonden aan dat EMDR bij kinderen met PTSS effectiever is dan een controleconditie. Deze publicaties tonen eenzijdige werkzaamheid van behandelingen aan, er wordt geen verband tussen meervoudige problematiek en behandelingen onderzocht. Eerder genoemd onderzoek van Manjula e.a. (2009) benadrukt echter dat het van belang is onderzoek te doen naar de invloed van verschillende persoonlijkheidstrekken bij angststoornissen en werkzaamheid van CGT. In onderzoek van Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier, de Vries en Gersons (2007) werd gekeken naar de werkzaamheid van een korte CGT op symptomen van zowel PTSS als angst en depressie. Uit dit onderzoek blijkt dat symptomen van de stoornissen

elkaar beïnvloeden. Wanneer men leert omgaan met angst wordt inzicht gegeven in het eigen kunnen en zal er minder sprake zijn van gevoelens van hopeloosheid (Sijbrandij, e.a., 2007). Deze publicatie laat zien dat behandelingen werkzaam kunnen zijn voor stoornissen die naast elkaar optreden; de behandeling van comorbide problematiek. Comorbiditeit is het gelijktijdig optreden van problematiek en is een vaak voorkomend verschijnsel bij risicjongeren. Risicjongeren zijn jongeren die meerdere, samenhangende en elkaar versterkende problemen ervaren waardoor ze het risico lopen op maatschappelijke uitval en/of criminaliteit (Berkeley, & van Uden, 2009). Risicofactoren komen voort uit kenmerken van de jongere zelf, van de omgeving en/of de etnische achtergrond (Berkeley, & van Uden, 2009; Weijers, 2010).

De problematiek van risicjongeren is niet op zichzelf staand maar naast elkaar voorkomend, samenhangend en elkaar versterkend (Berkeley, & van Uden, 2009). Het is om deze reden van belang niet enkel de afzonderlijke risico's maar de gehele problematiek te behandelen. Concluderend kan gesteld worden dat behandeling van meervoudige problematiek van risicjongeren gericht moet zijn op samenhang van de problemen (de Gestalt), de comorbiditeit en de werkzame behandelprincipes die hierop aansluiten.

Taxonomie van problematiek

Soorten problemen

Weijers (2010) duidt aan dat er bij risicjongeren vaak sprake is van meerdere problemen op verschillende leefgebieden en dat comorbide problematiek verschilt. Om deze reden wordt onderscheid gemaakt in soorten problematiek van risicjongeren. Uit onderzoek naar een meetinstrument van gezondheid van adolescenten (the Adolescent Health Review) blijken problemen als drugsgebruik, (seksueel)misbruik, agressief gedrag, emotionele problemen en problemen in de school- en thuissituatie (Harrison, Beebe, & Park, 2001). Dit stemt deels overeen met problemen uit een zelfrapportagelijst over drugsgebruik (Revised Drug Use Screening Inventory). Deze zelfrapportagelijst meet de mate van drugsgebruik, probleemgedrag, psychiatrische stoornissen, gezondheidsstatus, sociale vaardigheden en -contacten, familie context, vrijetijdsbesteding en functioneren op school en -werk (Kirisci, Tarter, & Mezzich, 2008). Siewert, Stallings en Hewitt (2004) maakten ook gebruik van de Revised Drug Use Screening Inventory en kwamen op zes factoren die in verband staan met drugsgebruik van jongeren; gedragsproblemen, hyperactiviteit, lage zelfwaardering, neuroticisme, sociale teruggetrokkenheid en schoolproblemen. Weijers (2010) benadrukt dat factoren vanuit jongeren zelf van belang zijn; er is vaak sprake van gedragsstoornissen, een lager intelligentieniveau en spijbelgedrag. Ten tweede spelen omgevingsfactoren een rol:

gebroken gezinnen, criminaliteit in gezinnen, pedagogische onmacht of traumatiserende gezinsomgeving (Weijers, 2010). Uit de handleiding van Titan GGZ, een tweedelijnspraktijk voor risicojongeren, komt een lijst naar voren met kenmerken van de behandeldoelgroep. Deze handleiding beschrijft factoren als: delictgedrag, verslavingsgevoeligheid, verstandelijke beperktheid, sociale problemen, problemen in thuissituatie/woonsituatie, persoonlijkheidsproblematiek en/of culturalisatie problematiek.

Uit bovenstaande lijsten van probleemgedrag kan geconcludeerd worden dat er meerdere problemen spelen bij risicojongeren. Alle bovengenoemde lijsten noemen problemen met betrekking tot drugsgebruik, gedragsproblemen, sociale vaardigheden, school/werk functioneren en de thuissituatie. Problemen die meerdere malen worden genoemd zijn verstandelijke beperktheid en regelovertredend gedrag (delict-, agressief- en spijbelgedrag). Wegens genoemde meervoudige problematiek, wordt in dit onderzoek een profiel van probleemfactoren in kaart gebracht. Derhalve is gekeken naar de aanwezigheid van factoren met betrekking tot psychiatrische stoornissen, verslavingsproblemen, sociale problemen, school- en werkproblemen, woonproblemen, problemen in de thuissituatie en politie/justitie contact.

Interculturalisatie

Nederland is een multiculturele samenleving, die sinds 1950 steeds meer 'niet-westerse' migranten telt. Ondanks de stijging 'niet-westerse' migranten in Nederland, is dit niet vertaald in de toepassing van de hulpverlening. Een begrip dat van belang is voor de hulpverlening aan allochtone cliënten is interculturalisatie. Dit houdt in dat de hulpverlening open staat voor verschillende culturen of gemeenschappelijke kenmerken van groepen zonder te oordelen (Olthuis, & van Heteren, 2003).

Vollebergh (2002) merkt op dat allochtone jongeren die de jeugdzorg uiteindelijk bereiken op alle fronten meer probleemgedrag ervaren en een geschiedenis hebben van gedragsproblemen en delictgedrag. Uit onderzoek van Knipscheer en Kleber (2005) blijkt dat er niet zoiets bestaat als 'de allochtoon'. Zo melden Turken en Marokkanen meer somatische klachten dan Surinamers en Nederlanders, die meer psychische klachten melden. Het is wegens deze cultuurspecificiteit van belang verschillen in etnische achtergrond te onderscheiden (Knipscheer, & Kleber, 2005). Dominguez Martinez en Vreeswijk (2002) geven aan dat relatief veel Marokkanen (48% tegen 36% van de Turken) zijn gevestigd in de vier grote steden, een grote meerderheid woont in wijken waar problematiek zich opstapelt. Vandenbroucke, Braam, Pels en Steketee (2008) stellen dat de grootste categorie

risicojongeren van Marokkaanse afkomst is. Wegens de cultuurspecificiteit en de oververtegenwoordiging van de Marokkaanse cultuur in Nederland (Vandenbroucke, e.a., 2008), is dit onderzoek toegespitst op risicojongeren van Nederlandse en van Marokkaanse afkomst.

Interculturalisatie in de hulpverlening is van belang om problematiek voor zowel autochtone als allochtone cliënten te verhelpen (Olthuis, & van Heteren, 2003). Het is van belang cultuurspecifiek te zijn (Knipscheer, & Kleber, 2005). De Gestalt van de problematiek kan voor de ene cultuur anders uitpakken dan voor de ander; samenhang van de problemen is voor verschillend over culturen. Om te onderzoeken of dit daadwerkelijk het geval is, is etnische achtergrond meegenomen als factor voor meervoudige problematiek van risicojongeren.

Taxonomie van behandelingen

In Nederland is een reeks aan behandelingen voor diverse stoornissen bekend. Eerder werd CGT als behandeling voor depressie en angststoornissen genoemd (Chu, & Harrison, 2007). EMDR is volgens onderzoek van Chemtob e.a. (2002) een werkzame traumabehandeling. Andere behandelingen die worden geboden aan risicojongeren zijn onder andere Leren van Delict, Agressie Regulatie op Maat, Psycho Motorische Therapie, Psycho-educatie, Motiverende gespreksvoering, Schematherapie en Steunend-structurend contact. Deze behandelingen lopen sterk uiteen en zijn van verschillend niveau. De doelen en de werkzame principes van behandelingen zijn uiteengezet om een overzichtelijk beeld te vormen van behandelingen en op welk aspect zij aansluiten op problematiek van risicojongeren.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

CGT beoogt maladaptieve gedachtes en gedragingen te verbeteren door het aanleren van adaptieve copingvaardigheden die elk domein van het disfunctioneren aanpakken (Rezvan, Baghban, & Bahrami, 2008). Uit onderzoek van Voss Horrell (2008) komt naar voren dat CGT een passende behandeling is voor meerdere stoornissen, zoals depressie, PTSS en paniekstoornissen. Tevens zou CGT de frequentie van drugsgebruik verminderen. Volgens Rathod en Kingdon (2009) is CGT een werkzame behandeling voor uiteenlopende problematiek en voor verschillende etnische achtergronden mits er sprake is van voldoende aanpassing. Uit ander onderzoek blijkt dat CGT werkzaam is voor adolescenten met een depressie, zowel bij een 'westerse' als 'niet-westerse' doelgroep (Kaslow, & Thompson, 1998; Reinecke, Ryan, & DuBois, 1998 uit Dijkstra, 2012).

De werkzame principes van CGT zijn volgens Voss Horrell (2008) een combinatie van

gedragscomponenten en cognitieve herstructurering in de vorm van monitoring, identificatie of verandering van problematische gedachten.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapie (EMDR)

EMDR is een multidimensionele behandeling waarbij sprake is van een duale stimulatie van gedachten en handelingen. De behandeling richt zich op modificatie van maladaptieve informatie. Daarbij is het vormen van positieve gevoelens, inzichten en verandering van gedachtegangen en gedrag van belang. EMDR is een behandeling die aansluit bij trauma gerelateerde problematiek (Chemtob, e.a., 2002). Uit een meta-analyse van Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer en Stams (2009) blijkt dat EMDR effectief is bij kinderen met PTSS. Een ondersteuning voor EMDR bij allochtone cliënten is het onderzoek van ter Heide, Mooren, Kleijn, de Jongh en Kleber (2011), waaruit blijkt dat EMDR bij getraumatiseerde asielzoekers een kleine toename in verbetering heeft vergeleken met stabilisatie therapie.

Onderzoek van Eling (2009) wijst uit dat EMDR werkt volgens cognitieve principes. EMDR bevat een combinatie van intern gerichtheid op de traumatische gebeurtenis en aandacht voor een afleidende stimulus. Dit leidt tot zowel desensitisatie als cognitieve herstructurering van de traumatische beleving (Eling, 2009).

Leren van Delict (LvD)

Leren van Delict ontwikkelt en verbetert gedragalternatieven, cognitieve vertekeningen, vijandige attributies en sociaal-probleemoplossende vaardigheden. De behandeling richt zich op vermindering van gewelddadig gedrag en van de kans op recidive bij risicojongeren (van der Steege, Oudhof, & de Lange, 2011). Indirect onderzoek naar de effectiviteit van Leren van Delict toont aan dat principes effectief zijn voor impulsieve, antisociale, agressieve, delinquente en gedragsgestoorde jeugdigen (Kazdin, 1998).

Leren van Delict is gebaseerd op een cognitief-gedragsmatig principe en bevat het aanleren van sociaal-cognitieve en probleemoplossende vaardigheden. Van der Steege e.a. (2011) beschrijven dat behandelvormen die gebaseerd zijn op cognitieve principes het meest effectief zijn voor jongeren met antisociaal gedrag en meervoudige, complexe problematiek.

Agressie Regulatie op Maat (ARopMaat)

ARopMaat beoogt dynamische individuele risicofactoren die gerelateerd zijn aan agressieregulatie problematiek te verminderen. Daarbij wordt gewerkt aan vertekende en disfunctionele cognities, stressreductie, impulscontrole, emotieregulatie en probleemoplossingsvaardigheden (Hoogsteder, Hendriks, van Horn, & Wissink, 2012). De

behandeling richt zich op zelfregulatie en recidivevermindering bij risicojongeren met agressieproblematiek. Uit onderzoek van Hoogsteder e.a. (2012) blijkt dat ARopMaat in theorie geschikt is voor jongeren uit diverse etnische groepen doordat de responsieve benadering en de culturele sensitiviteit ervoor zorgen dat de therapie aansluit op het referentiekader van de jongeren.

ARopMaat is vooral gebaseerd op cognitieve principes. Hierbij ligt de nadruk op het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen in combinatie met het leren toepassen van adequate cognities (Hoogsteder, e.a., 2012).

Psycho-motorische therapie (PMT)

PMT maakt gebruik van lichamelijke (ontspannings) oefeningen en technieken om cliënten meer bewust te laten worden van hun eigen lichaam, gevoelens en handelingen (Knapen, Knapen, Van de Vliet, Van Coppenolle, David, Peuskens, & Pieters, 2005). Cliënten die leiden aan een depressie, angststoornis of een persoonlijkheidsstoornis ervaren vaak lichamelijke klachten en hebben vaak een lager zelfbeeld. Het nut van lichamelijke oefeningen en bewustwording van lichamelijke problemen is om deze reden een onderdeel in behandeling van psychopathologie (Knapen, e.a., 2005). PMT is tevens geschikt voor cliënten die hun agressie internaliseren. Door PMT neemt opgekropte agressie af, waardoor cliënten minder frustratie ervaren en woede beter kunnen uiten (Boerhout, & van der Wee, 2008).

PMT is een lichaamsgerichte therapie die werkt volgens een cognitief principe. Dit houdt in dat er gewerkt wordt met lichaamsgerichte oefeningen en met cognitieve herstructurering. Cliënten ervaren lichamelijke competentie, waardoor de cognitieve competentie verandert of verhoogt (Sproet, Vos, & Verheij, 2003).

Psycho-educatie

Psycho-educatie heeft als doel cliënten competenties te laten verwerven die bijdragen tot hun geestelijke gezondheid. Dit kan beperkt zijn tot kennisoverdracht, maar er kan ook aandacht besteed worden aan het aanleren van vaardigheden (van Daele, Hermans, van Steenwegen, van Audenhove, & van den Bergh, 2010). Van Daele e.a. (2010) geven aan dat psycho-educatie geschikt is voor stress, angst en depressie. Echter wordt er in onderzoek nauwelijks gekeken naar de afzonderlijke effectiviteit van psycho-educatie aangezien er vaak sprake is van samengaan met andere behandelingen.

Psycho-educatie werkt volgens een didactisch principe (van Daele, e.a., 2010). Dit houdt in dat het kennis, vaardigheden en inzicht overdraagt aan de cliënt.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering versterkt de intrinsieke motivatie om te veranderen door de ambivalentie van de cliënt te onderzoeken en deze op te lossen (Bartelink, 2010).

Motiverende gespreksvoering richt zich op behandeling van verslaving (Miller, & Rollnick, 2002), maar wordt ook ingezet bij motivatieproblemen richting behandeling tot introspectie en gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering is onder andere geschikt voor alcoholverslaafde adolescenten. Verslavingsgerelateerde problemen verminderen en adolescenten gaan uiteindelijk minder drinken (Tevyaw & Monti, 2004).

Aan motiverende gespreksvoering liggen sociaal constructivistische principes ten grondslag (Bartelink, 2013). Dit houdt in dat oplossingen door cliënt en hulpverlener samen gevormd worden, zoals het samen vormen van alternatief gedrag of omgaan met problemen.

Schematherapie

Schematherapie breidt de originele cognitieve gedragstherapie van Beck (1987) uit voor cliënten die moeite hebben met identificeren, toepassen en veranderen van cognities en emoties. Dit wordt gedaan door herstructurering van cognitieve schema's die aan het gedrag ten grondslag liggen (Hawke, & Provencher, 2011). Hawke en Provencher (2011) beschrijven dat schematherapie gebruikt wordt voor persoonlijkheidsstoornissen, maar dat deze behandelvorm ook werkzaam is voor stemmings- en angststoornissen. Schematherapie wordt geïndiceerd wanneer cliënten een meer uitgebreide behandeling nodig hebben dan CGT (Young, 1990). Onderzoek van Bögels, Vlierberghe, Braet, Bosmans en Rosseel (2010) geeft aan dat schematherapie werkzaam is voor adolescenten met zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag.

De werkzame principes bevatten cognitieve herstructurende componenten. Het is een vorm van CGT, waarbij de primaire focus ligt het ontdekken van onaangepaste schema's in verschillende stoornissen (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

Steunend-structurend contact

Steunend-structurend contact is gericht op structurering en advisering. Hoofddoel van deze behandeling is, naast het verminderen van klachten, herstel van de competentie en verhogen van een gevoel van veiligheid. Een duidelijk beeld van de problematiek, de capaciteiten van de cliënt en het optimaliseren van de werkrelatie is hierbij van belang (Trijsburg, Clijn, Collumbien, & Lietaer, 2000). Steunend-structurend contact wordt ingezet bij cliënten die nog onvoldoende kunnen profiteren van een vorm van psychotherapeutische behandeling (Trimbos, z.j.).

De werkzame principes zijn gebaseerd op psychotherapeutische deelprincipes uit cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en directieve therapie (Trimbos, z.j.).

Behandelvormen en de behandelprincipes

Bovenstaande onderzoeken beschrijven uiteenlopende behandelvormen en laten vaak een één-op-één relatie tussen behandelvormen en problematiek zien. Het komt erop neer dat behandelingen niet bij elke problematiek ingezet worden en dat de principes waarop zij gebaseerd zijn niet bij elke vorm van problematiek werkzaam zijn. Doordat de behandelvormen van verschillend niveau zijn en deze bij meervoudige problematiek van risicojongeren op meerdere aspecten moeten aansluiten, is het van belang een groot scala aan behandelingen in te zetten. De problematiek van de jongeren is hierin leidend voor de soort behandeling. Wanneer er sprake is van meervoudige problematiek, worden er meerdere behandelingen ingezet. Op deze manier kunnen verschillende principes van behandeling aansluiten bij meerdere aspecten van problematiek en wordt er cliëntgericht gewerkt.

Goodness of fit

Het bovenstaande gezegd, is het relevant te kijken naar de aansluiting van behandeling op meervoudige problematiek van risicojongeren met verschillende etnische achtergronden. De term *Goodness of Fit* duidt de relatie tussen de behandeling en de problematiek aan.

Goodness of Fit is een oude en veelbesproken term in de ontwikkelingspsychologie wanneer het gaat om ouder-kind relaties. Er is volgens Thomas en Chess (1977) sprake van *Goodness of Fit* wanneer de verwachtingen en eisen van de omgeving en de ouders aansluiten op de capaciteiten en het gedrag van het kind. In huidig onderzoek wordt gekeken naar de *Goodness of Fit* van behandeling bij de capaciteiten en het gedrag van risicojongeren.

Om deze *Goodness of Fit* te kunnen bewerkstelligen, wordt ten eerste de meervoudige problematiek van risicojongeren in kaart gebracht. Addink e.a. (2013) kaarten aan dat het vormen van cliëntprofielen in de jeugdzorg van belang is om de hulp te verbeteren. Hierop wordt aangesloten door te onderzoeken of er een cliëntprofiel van risicojongeren gevormd kan worden. Er wordt verwacht dat er op meerdere leefgebieden sprake is van comorbide, samenhangende en elkaar versterkende problematiek bij risicojongeren (Berkeley, & van Uden, 2009) en dat deze problemen overeenkomen tussen de jongeren. Er kan een concreet cliëntprofiel opgesteld worden waarbij de problematiek van risicojongeren als geheel (de Gestalt) beschouwd wordt. De verwachting is dat de meervoudige problematiek over etnische achtergronden zal verschillen (Knipscheer & Kleber, 2005). De cliëntprofielen en de Gestalt van de problematiek zullen verschillen tussen culturen.

Ten tweede is de diversiteit van behandelingen die worden geboden en de één-op-één relatie bij het behandelen van problematiek van belang. Aangezien er sprake is van meervoudige problematiek wordt verwacht dat meerdere behandelingen naast elkaar ingezet dienen te worden zodat de problematiek als geheel aangepakt kan worden. Om een gemeenschappelijke deler te vinden in behandelingen, waardoor er meer gericht wordt op behandeling van meervoudige problematiek, is gekeken naar de principes volgens welke behandelingen werken. Uit bovenstaande beschrijving van behandelvormen blijkt dat de behandelingen overwegend een cognitieve component bevatten maar dat deze door het verschil in niveau en behandeldoel verschillend tot uiting komen. Behandelingen die cognitieve componenten als belangrijkste noemer hebben, zullen naar verwachting het beste aansluiten bij de problematiek van risicojongeren (van der Steege, e.a., 2011). Cognitieve vaardigheden zijn echter afhankelijk van cognitieve ontwikkeling. Dit is onder andere ontwikkeling van kennis, inzicht, taal, en redeneren. Deze vaardigheden lopen bij cliënten uiteen, zeker over etnische groeperingen. Daarom moet onderzocht worden of er een eenduidig cliëntprofiel gevormd kan worden en welke behandelprincipes hier daadwerkelijk op aansluiten. De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt: In hoeverre sluiten verschillende behandelprincipes aan op meervoudige problematiek van zowel Marokkaanse als Nederlandse risicojongeren?

Methode

Respondenten

De participanten zijn geselecteerd aan de hand van dossierinformatie van cliënten die bij Titan GGZ enige vorm van behandeling ondergingen in de periode van februari 2012 tot april 2013. Titan GGZ is een tweedelijns praktijk die zich specialiseert op het bieden van hulp door diagnostiek en behandeling van risicojongeren in omgeving Utrecht.

De steekproef bestond uit 38 participanten waarvan 27 mannen en 11 vrouwen. De leeftijd van de participanten lag tussen de 14 en 32 jaar oud en was gemiddeld 19 jaar ($M=19.61$, $SD=3.96$). De leeftijd van de mannen was gemiddeld 20 jaar oud ($M=20.37$, $SD=4.38$), de leeftijd van de vrouwen was gemiddeld 17 jaar oud ($M=17.73$, $SD=1.68$).

Er waren 16 participanten van Nederlandse afkomst, 12 van Marokkaanse afkomst en 10 participanten van andere etnische afkomst (Turks, Indonesisch/Nederlands, Antilliaans, Kaapverdisch of Surinaams). Het geboorteland van de ouders bepaalde de etniciteit.

Er is gekeken naar externaliserend of internaliserend probleemgedrag, aanwezigheid van stoornissen op AsI (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR (DSM-IV-TR); American Psychiatric Association, 2001) en problemen op AsIV (APA, 2001): middelenmisbruik, problemen in de opvoedsituatie, school/werk problemen, woonproblemen, sociale problemen en politie/justitie contact.

De behandelingen betroffen Cognitieve gedragstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapie, Leren van Delict, Agressie Regulatie op Maat, Psycho-motorische therapie, Psycho-educatie, Motiverende gespreksvoering, Schematherapie en/of Steunend-structurerend contact.

Tabel 1: Kenmerken participanten

Kenmerken	man	vrouw	totaal
	<i>N</i> = 27	<i>N</i> = 11	<i>N</i> = 38
Gemiddelde leeftijd in maanden	<i>M</i> = 20.37 (<i>SD</i> = 4.38)	<i>M</i> = 17.73 (<i>SD</i> = 1.68)	<i>M</i> = 19.61 (<i>SD</i> = 3.96)
Etniciteit			
- Nederlands	<i>N</i> = 12	<i>N</i> = 4	<i>N</i> = 16
- Marokkaans	<i>N</i> = 10	<i>N</i> = 2	<i>N</i> = 12
- Overig	<i>N</i> = 5	<i>N</i> = 5	<i>N</i> = 10

Instrumenten

Het onderzoek is verricht aan de hand van dossiers. Er zijn demografische gegevens, psychodiagnostische gegevens en behandelgegevens verzameld.

De *leeftijd* van de participanten is bepaald door de geboortedatum en de startdatum van de behandeling. De leeftijd van de participant is de leeftijd waarop hij of zij is gestart met de behandeling.

De *etniciteit* van de participanten is bepaald aan de hand van het geboorteland van de ouders. Wanneer ten minste één ouder in het buitenland geboren is, is er sprake van een allochtone afkomst. Er is gebruik gemaakt van een analyse tussen een autochtone subgroep (Nederlands *N*=16) en de grootste allochtone subgroep (Marokkaans *N*=12).

De *problematiek* van de participanten is gemeten aan de hand van dossierinformatie. Voor de aanwezigheid van externaliserend en/of internaliserende problemen is gekeken naar

de diagnose die is vastgesteld in voorgaand psychodiagnostisch onderzoek uit informatie op AsI en AsII van de DSM-IV-TR (APA, 2001). As I dient voor het vastleggen van stoornissen met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid, deze worden op AsII benoemd. De meervoudige problematiek is in kaart gebracht middels de classificatie op AsIV (APA, 2001). AsIV benoemt problematiek zoals school of werkproblemen, politie/justitie contact, sociale problemen, verslavingsproblemen, problemen in de opvoedsituatie.

De *behandelvormen* zijn per participant in kaart gebracht. Uit dossieronderzoek is informatie bijeengebracht over de behandeling die de participant bij Titan GGZ onderging of die in voorgaand onderzoek is geadviseerd.

De *behandeluitkomst* is gemeten aan de hand van het psychodiagnostisch verslag, het behandelplan en het verslag van de behandelevaaluatie. Het psychodiagnostisch verslag en het behandelplan zijn gebruikt als voormeting van de problematiek. Aan de hand van de behandelevaaluatie is gekeken in hoeverre de problematiek was verholpen.

Procedure

Er is dossieronderzoek verricht bij cliënten van Titan GGZ. Demografische en psychodiagnostische informatie is verkregen uit psychodiagnostisch onderzoek en verslaglegging van behandeling. De variabelen betroffen demografische gegevens als 'leeftijd', 'sekse' en 'etniciteit'. Psychodiagnostische gegevens betroffen 'psychische stoornissen', 'externaliserend/internaliserend gedrag', 'middelenmisbruik', 'politie/justitie contact', 'sociale problemen', 'problemen in opvoedsituatie', 'woonproblemen' en 'werk/school problemen'. Voor elke participant is de soort behandeling en de behandeluitkomst vastgesteld. Vervolgens is geanalyseerd in hoeverre er sprake was van meervoudige problematiek en welke behandelvormen effectief bleken bij de gehele steekproef, als ook de Nederlandse en Marokkaanse subgroepen apart.

Statistische analyse

De analyse is gedaan aan de hand van het data-analyse programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0, 2012). Frequency distributions zijn gebruikt om de frequentie van problematiek te meten. Middels Crosstabs en Pearson correlaties zijn de samenhang en afhankelijkheid van variabelen getoetst. Regressie analyses toetsten voorspellingen van variabelen. T-toetsen en ANOVA's zijn uitgevoerd om het verschil in problematiek en behandeluitkomsten, alsmede het verschil in behandelingen voor problematiek te toetsen.

Resultaten

Meervoudige problematiek

Meervoudige problematiek op AsI (DSM-IV-TR)

Om de frequentie van stoornissen op AsI voor de gehele steekproef te achterhalen is een frequentie distributie gebruikt. Gedragsstoornissen komen het vaakst voor (31,4%).

Comorbide stoornissen op AsI zijn meestal niet aanwezig (65,7%). Comorbide stoornissen die het meest vóórkomen zijn gedragsstoornissen en hechtingsstoornissen (tabel 2).

Er is gebruik gemaakt van een crosstabs methode met een contingentie coëfficiënt om meervoudige problematiek op stoornisniveau van de gehele steekproef te toetsen. Er is geen significante variatie tussen AsI stoornissen en AsI comorbide stoornissen ($C=.735$, $p=.423$). Er is geen patroon van meervoudige problematiek op stoornisniveau voor de gehele steekproef. In absolute zin komt een comorbide stoornis het meest voor bij Autistiform Spectrum Stoornis (ASS, $N=3$) en gedragsstoornissen ($N=4$) (tabel 2).

Tabel 2. Vóórkomen van stoornissen op AsI en comorbide stoornissen op AsI in absolute getallen.

	AsIcomorbide						Totaal
	Geen diagn	Depressief	Angst	Trauma	Gedrag	Hechting	
Depressieve stoornis	3	0	0	0	1	0	4
Angststoornis	1	1	0	0	0	0	2
ADHD(vorm)	3	0	0	0	0	1	4
ASS(vorm)	1	0	1	1	1	0	4
Trauma	3	0	1	0	0	0	4
Middelenafhankelijk	2	0	0	0	0	0	2
Gedragsstoornis	7	0	0	1	0	3	11
Hechtingsstoornis	2	0	0	0	1	0	3
Identiteitsstoornis	1	0	0	0	0	0	1
Totaal	23	1	2	2	3	4	35

Meervoudige problematiek op AsI en AsIV problematiek (DSM-IV-TR)

De samenhang van problematiek op AsI en de problematiek op AsIV is getoetst met behulp van een Pearson correlatie. Uit de resultaten blijkt geen significante samenhang voor de stoornissen op AsI en problematiek op AsIV (tabel 3). Het verband met politie/justitie contact nadert significantie.

Tabel 3. Pearson correlaties tussen problematiek op AsI en problematiek op AsIV.

	AsIV Verslaving	AsIV Opvoedsituatie	AsIV SchoolofWerk	AsIV Wonen	AsIV Sociaal	AsIV Justitiecontact
<i>R</i>	-,034	,182	-,007	,097	-,025	,318
AsI <i>p</i>	,843	,288	,967	,573	,883	,059
<i>N</i>	36	36	35	36	36	36

Met een multiële lineaire regressie (methode backward) is getoetst in welke mate stoornissen op AsI worden voorspeld door problematiek op AsIV. Problematiek op AsI was de afhankelijke variabele, problematiek op AsIV de voorspellende variabele. Voor het gehele model waarin het verband tussen verschillende vormen van problematiek op AsIV en stoornissen op AsI is getoetst, wordt geen significantie gevonden ($F_{(6,28)}=.639, p=.698$). Dit houdt in dat problematiek op AsIV gezamenlijk de stoornissen op AsI niet voorspellen. Bij de methode backward worden voorspellers met een F -waarde $>.1$ één voor één uit het model verwijderd. In de analyse blijft na deze procedure politie/justitie contact als enige significante voorspellende factor voor stoornissen op AsI over ($F_{(1,33)}=4.281, \beta=.339, t=2.069, p<.05$).

Meervoudige problematiek op AsI en probleemgedrag

Om de meervoudige problematiek op stoornisniveau en soort probleemgedrag van de gehele steekproef te toetsen is een crosstabs methode uitgevoerd. In dit geval is gekeken naar de Cramer's V wegens het verschil in symmetrie en aantal categorieën. Er blijkt geen significante variatie tussen AsI stoornissen en probleemgedrag bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Er is echter wel een tendens tot een significant verband aanwezig ($V=.589, p<.1$). Er is vooral sprake van externaliserend probleemgedrag wanneer er sprake is van een gedragsstoornis ($N=10$).

Meervoudige problematiek voor probleemgedrag

Een frequentie distributie is gebruikt om de aanwezigheid van probleemgedrag voor de gehele steekproef te achterhalen. Hieruit blijkt dat 44,7% internaliserend probleemgedrag en 44,7% externaliserend probleemgedrag heeft, 10,5% ervaart zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag. De steekproef is gelijk verdeeld in termen van soort probleemgedrag.

Meervoudige problematiek voor probleemgedrag en AsIV problematiek

Middels een crosstabs methode is de afhankelijkheid getoetst van probleemgedrag en AsIV problematiek voor de gehele steekproef. Wegens het verschil van aantal categorieën in de variabelen, is Cramer's V gebruikt. Er blijkt een significant verband tussen probleemgedrag en opvoedsituatie ($V=.492, p<.05$). Daarnaast is er een significant verband aanwezig tussen

probleemgedrag en politie/justitie contact ($V=.521, p<.05$). Deze verbanden zijn aanwezig wanneer er sprake is van externaliserend probleemgedrag. De causaliteit van dit verband is echter niet te achterhalen, waardoor het niet duidelijk is of politie/justitie contact het probleemgedrag veroorzaakt of dat dit juist het politie/justitie contact veroorzaakt.

Met een multiële lineaire regressie (methode backward) is getoetst of probleemgedrag wordt voorspeld door problematiek op AsIV. Hierbij was het probleemgedrag de afhankelijke variabele en problematiek op AsIV de voorspellende variabelen. Voor het gehele model waarin het verband tussen alle verschillende vormen van problematiek op AsIV en probleemgedrag wordt getoetst, wordt geen significantie gevonden ($F_{(6,29)}=1.833, p=.127$). De problematiek op AsIV voorspelt niet het probleemgedrag. In de analyse blijft na de methode backward (verwijdering F -waarde $>.1$) politie/justitie contact als significante voorspeller voor probleemgedrag over ($F_{(1,34)}=8.918, \beta=-.456, t=-2.986, p<.05$).

Problematiek en etniciteit

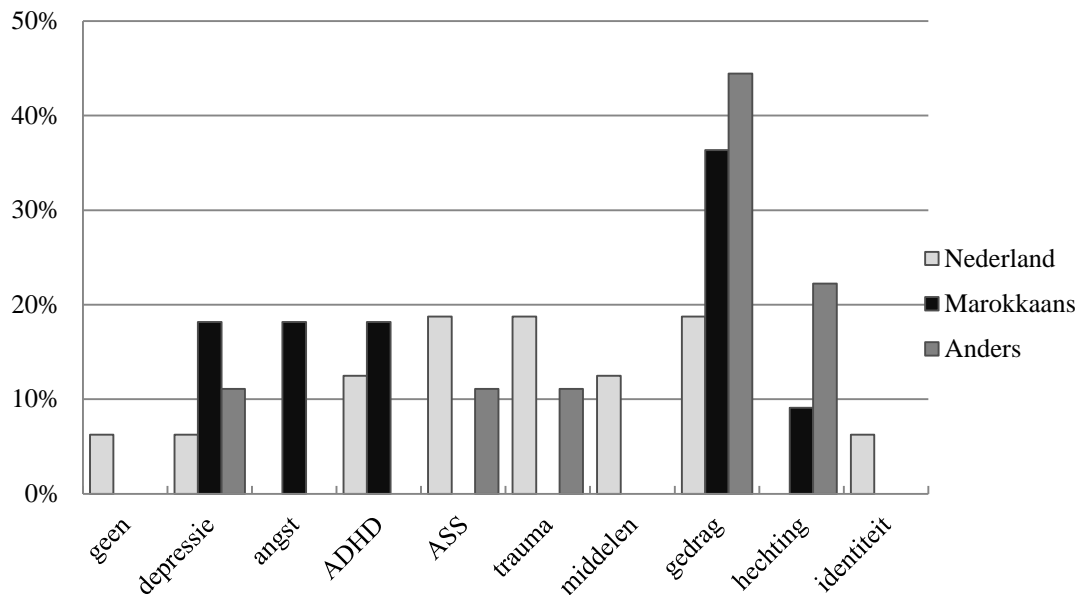
Etniciteit en stoornissen op AsI

In deze paragraaf wordt getoetst of risicojongeren met een Marokkaanse of Nederlandse afkomst verschillen in soort problematiek. Als eerste is met een T-test gekeken naar verschil stoornissen op AsI als onafhankelijke variabelen voor de afhankelijke variabele etnische achtergrond. Uit deze test blijkt geen verschil tussen risicojongeren van Nederlandse en Marokkaanse afkomst voor hoeveelheid verschillende stoornissen op AsI ($t=.390, p=.699$).

Met behulp van een crosstabs methode is onderzocht in hoeverre jongeren van Nederlandse en Marokkaanse afkomst verschillen in soorten stoornissen op AsI. Uit deze analyse blijkt dat risicojongeren met een Marokkaanse afkomst meer gedragsstoornissen (17,6%) en angststoornissen (18,2%) vertonen dan autochtone jongeren. Autochtone risicojongeren vertonen meer ASS problematiek (18,8%) en trauma gerelateerde stoornissen (18,8%) dan risicojongeren van Marokkaanse afkomst (grafiek 1).

Etniciteit en probleemgedrag

Met een T-test is getoetst of er een verschil bestaat tussen probleemgedrag van risicojongeren met een Marokkaanse of Nederlandse afkomst. Er blijkt geen significant verschil aanwezig voor internaliserend en externaliserend probleemgedrag tussen verschillende etnische afkomsten ($t=.789, p=.437$).



Grafiek 1: percentage aanwezigheid stoornissen uitgezet voor etniciteit.

Etniciteit en problematiek op AsIV

De resultaten voor het verschil op AsIV tussen risicojongeren van Marokkaanse of Nederlandse afkomst zijn getoetst middels een serie T-tests met etniciteit als onafhankelijke en type problematiek op AsIV als afhankelijke variabele. Er bestaat een significant verschil tussen de verschillende etnische afkomsten op politie/justitie contact. Uit de Levene's test voor gelijke varianties blijkt dat de standaard deviatie voor risicojongeren van Marokkaanse afkomst groter is dan bij autochtone risicojongeren ($F_{(1,26)} = 5.680, p < .05$). Deze groep heeft meer spreiding in politie/justitie contact. Ondanks deze spreiding blijkt dat risicojongeren van Marokkaanse afkomst alsnog significant meer politie/justitie contact hebben dan autochtone risicojongeren ($t = -2.284, p < .05$).

Behandeling van meervoudige problematiek

Behandeling en stoornissen op AsI

Er is een multilineaire regressie uitgevoerd om te toetsen in welke mate stoornissen op AsI (voorspellende variabele) de behandeluitkomst (afhankelijke variabele) voorspellen. Er is geen significant verband gevonden ($F_{(1,34)} = .064, \beta = -.043, t = -.254, p = .698$). Problematiek op AsI heeft geen voorspellende waarde voor de behandeluitkomst.

Behandeling en probleemgedrag

Middels een ANOVA is getoetst in hoeverre behandelingen verschillen voor het internaliserende, externaliserende en internaliserend/externaliserend probleemgedrag. De afhankelijke variabele was het probleemgedrag en de onafhankelijke variabelen de

behandelvormen. Er bestaat een significant verschil tussen vormen van probleemgedrag voor Leren van Delict ($F_{(2,35)}=8.596$, $MD=.471$, $p<.05$). Leren van Delict wordt enkel geboden wanneer er sprake is van externaliserend probleemgedrag. Daarnaast is er een significant verschil tussen soorten probleemgedrag voor ARopMaat ($F_{(2,35)}=5.275$, $MD=.353$, $p<.05$). ARopMaat wordt vaker geboden als er sprake is van externaliserend probleemgedrag in vergelijking tot internaliserend probleemgedrag. Psycho-educatie blijkt significant vaker geboden te worden wanneer er sprake is van een combinatie van externaliserend en internaliserend probleemgedrag in vergelijking met externaliserend probleemgedrag ($F_{(2,35)}=2.487$, $MD=.441$, $p<.05$). Gekeken naar het verschil in vormen van probleemgedrag en CGT, blijkt dat CGT significant vaker geboden wordt bij internaliserend probleemgedrag in vergelijking met externaliserend probleemgedrag ($F_{(2,35)}=5.987$, $MD=.529$, $p<.05$).

Tabel 4. Behandeluitkomst voor verschillend probleemgedrag

probleemgedrag	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Extern	1,59	1,176	17
Intern	2,06	1,560	17
Extern/Intern	1,50	1,732	4
Total	1,79	1,398	38

Een ANOVA met probleemgedrag als onafhankelijke en behandeluitkomst als afhankelijk variabele was gewenst. Uit tabel 4 blijkt echter dat het aantal jongeren met internaliserend/externaliserend probleemgedrag te laag is. Om deze reden is er verschil in internaliserend en externaliserend probleemgedrag getoetst middels een T-test. Er zijn geen significante verschillen gevonden op internaliserend en externaliserend probleemgedrag en de behandeluitkomst van de gehele steekproef ($t=-.993$, $p=.328$).

Er werd een regressie analyse uitgevoerd met behandeluitkomst als afhankelijke en probleemgedrag als voorspellende variabele. Probleemgedrag blijkt geen significant voorspellende waarde voor de behandeluitkomst ($F_{(1,36)}=.155$, $\beta=-.065$, $t=.393$, $p=.696$).

Behandeling en problematiek op AsIV

De samenhang van problematiek op AsIV en behandelvormen is getoetst met behulp van een Pearson correlatie. Uit de resultaten blijkt dat politie/justitie contact een negatieve samenhang heeft met CGT en psycho-educatie als behandelvorm. Leren van Delict heeft hierop een positieve samenhang maar hangt negatief samen met sociale problemen. Steunend-structurerend contact heeft een positieve samenhang voor sociale problemen en

woonproblemen. Gekeken naar problemen in de opvoedsituatie, hebben EMDR en motivatietherapie een negatieve samenhang. Schematherapie hangt positief samen met woonproblemen (tabel 5).

Met behandeluitkomst als afhankelijke en AsIV problematiek als voorspellende variabele, blijkt uit de resultaten van de uitgevoerde regressie analyse dat er geen significante voorspelling is gevonden voor AsIV problematiek op behandeluitkomst ($F_{(6,29)} = .398$, $p = .874$).

Tabel 5. Pearson correlaties tussen problematiek op AsIV en behandelvormen.

		Verslaving	Opvoedsituatie	SchoolWerk	Wonen	Sociaal	Justitiecontact
CGT	<i>R</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-,339
	<i>p</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,038
Psycho edu	<i>R</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-,405
	<i>p</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,012
LvD	<i>R</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-,335	,344
	<i>p</i>	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,040	,034
Steun structuur	<i>R</i>	n.s.	n.s.	n.s.	,374	,370	n.s.
	<i>p</i>	n.s.	n.s.	n.s.	,021	,022	n.s.
EMDR	<i>R</i>	n.s.	-,348	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	<i>p</i>	n.s.	,032	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
motivatie	<i>R</i>	n.s.	-,369	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	<i>p</i>	n.s.	,023	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Schematherapie	<i>R</i>	n.s.	n.s.	n.s.	,496	n.s.	n.s.
	<i>p</i>	n.s.	n.s.	n.s.	,002	n.s.	n.s.

Behandeling en etniciteit

Verskil in etniciteit op soort behandeling die de risicojongeren ondergingen is getoetst aan de hand van een T-test, waarbij de afhankelijke variabele de etnische afkomst was en soorten behandeling de onafhankelijke variabelen. Risicojongeren van Marokkaanse afkomst ondergingen significant vaker Leren van Delict als behandeling dan autochtone risicojongeren ($t = -2.225$, $p < .05$).

Verskil in etniciteit voor de behandeluitkomst werd getoetst aan de hand van een T-test. Er werden geen significante verschillen gevonden van etnische afkomst op de behandeluitkomst ($t = .071$, $p = .944$).

Behandeling en behandeluitkomst

Met een multi-pele lineaire regressie (methode backward) is getoetst in welke mate de behandeluitkomst wordt voorspeld door behandelvormen. De behandeluitkomst was de afhankelijke variabele, de voorspellende variabelen betroffen de behandelvormen. Voor het gehele model waarin het verband tussen alle verschillende behandelvormen en de behandeluitkomst wordt getoetst, wordt geen significantie gevonden ($F_{(9,28)}=1.247, p=.308$). Behandelvormen voorspellen gezamenlijk niet de behandeluitkomst. Bij methode backward blijft CGT als enige significante voorspellende factor voor de behandeluitkomst over ($F_{(2,35)}=4.681, \beta=.401, t=2.652, p<.05$). Gekeken naar de samenhang van behandelvormen, blijkt uit de Pearson correlatie een significant negatieve samenhang tussen CGT en AROPmaat ($R=-.390, p<.05$).

Tabel 6. Pearson correlaties tussen behandelvormen

		PMT	psychoedu	ARopMaat	LvD	steunstructuur	EMDR	motivatie	schematherapie
CGT	<i>R</i>	n.s.	n.s.	-,390	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	<i>p</i>	n.s.	n.s.	,016	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Discussie

Wegens het verbeteren van de hulp in de jeugdzorg wordt gesteld dat het van belang is cliëntprofielen op te stellen, waarbij de problematiek leidend is voor de hulpverlening (Addink, Lekkerkerker, Chênevert, & Eijgenraam, 2012). Een groep waarbij vaak sprake is van meervoudige problematiek op meerdere leefgebieden zijn risicojongeren (Berkeley, & van Uden, 2009; Weijers, 2010). Deze problematiek blijkt tevens te verschillen over etniciteit. Vollebergh (2002) geeft aan dat allochtone jongeren die aangemeld worden bij jeugdzorg vaak een geschiedenis van probleemgedrag en delinquent gedrag laten zien. Het is hierbij van belang cultuurspecifiek te kijken aangezien problematiek over cultuur verschilt (Knipscheer & Kleber, 2005). Uit onderzoek blijkt dat behandelingen zich vaak richten op bepaalde soorten problematiek. Bij risicojongeren is er echter sprake van meervoudige problematiek en de Gestalt van de problematiek behandeld worden. In huidig onderzoek is onderzocht of cliëntprofielen opgesteld kunnen worden voor risicojongeren met meervoudige problematiek en welke behandelprincipes hierop aansluiten. Er is dossieronderzoek verricht bij cliënten die onder enige vorm van behandeling waren bij Titan GGZ. Voor elke participant is de etnische afkomst, de problematiek en de soort behandeling die zij ondergingen uitgezet en werd gekeken in hoeverre de problematiek was verholpen.

Verwachting en conclusie

Zoals in overeenstemming met Berkeley en van Uden (2009) als Weijers (2010) werd verwacht dat er sprake is van meervoudige problematiek op meerdere leefgebieden bij de gehele steekproef. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat bij 30% van de cliënten van Titan GGZ sprake is van comorbide problematiek. In deze comorbiditeit is echter geen systematisch patroon te herkennen op basis waarvan cliëntprofielen geschetst kunnen worden.

Wat in de gaten moet worden gehouden is dat comorbiditeit een ander begrip is dan meervoudige problematiek, waarvan ook sprake is bij de cliënten. De meervoudige problematiek uit zich in de aanwezigheid van psychische stoornissen of externaliserend probleemgedrag in combinatie met AsIV problematiek (politie/justitie contact en problemen in de opvoedsituatie). De meervoudige problematiek loopt echter sterk uiteen, waardoor er geen eenduidig beeld gevormd kan worden van de problematiek bij risicojongeren. Naar aanleiding van onderzoek van Vollebergh (2002) als Knipscheer en Kleber (2005), waarin wordt gesteld dat allochtone jongeren over het algemeen meer problematiek ervaren dan autochtone risicojongeren, werd in het onderzoek een verschil tussen etniciteit verwacht. Uit de resultaten blijkt echter dat er geen verschil bestaat voor de mate van psychische stoornissen en soort probleemgedrag van risicojongeren van Marokkaanse en Nederlandse afkomst. Er is wel een verschil gevonden in problematiek op AsIV, risicojongeren van Marokkaanse afkomst hebben meer politie/justitie contact. Wat gesteld kan worden is dat politie/justitie contact een gemeenschappelijke deler is in de meervoudige problematiek en dat dit vaker voorkomt bij risicojongeren van Marokkaanse afkomst.

Wegens de diversiteit aan behandelingen die geboden worden, was het van belang te kijken naar de aansluiting van behandelvormen op meervoudige problematiek. De resultaten geven weer dat de behandelingen die geboden worden een logisch verband hebben met het probleemgedrag dat speelt bij de risicojongeren. Het externaliserend probleemgedrag wordt behandeld door behandelvormen die zich daarop richten (Leren van Delict en ARopMaat), dit geldt tevens voor het internaliserend probleemgedrag. Dit wordt ondersteund door het gegeven dat er een samenhang is gevonden voor problematiek op AsIV en verschillende behandelvormen. Er worden verschillende soorten behandeling toegepast naar gelang de problematiek. Dit is in overeenstemming met wat eerder uiteengezet is in de inleiding, namelijk dat niet elke behandeling voor dezelfde problematiek ingezet wordt. Wat daarnaast blijkt is dat de behandeluitkomst niet voorspeld wordt door de problematiek en behandelingen, de enige behandeling die de behandeluitkomst voorspelt is CGT. Dit laatste is in overeenstemming met Van der Steege e.a. (2011) die stellen dat behandelvormen die

gebaseerd zijn op cognitieve principes juist effectief zijn voor jongeren met antisociaal gedrag en meervoudige, complexe problematiek (van der Steege e.a., 2011). Wegens het belang van interculturalisatie (Olthuis & van Heteren, 2003) is gekeken naar de behandeling en verschillen in etniciteit. Er is geen verschil aangetoond in de problematiek van verschillende etnische achtergronden, maar ook geen verschil in behandeluitkomst voor Nederlandse en Marokkaanse risicjongeren. Wat wel opvallend is, is dat Marokkaanse risicjongeren vaker Leren van Delict als behandeling ondergingen terwijl er geen significant verschil aanwezig was voor de mate van problematiek met Nederlandse risicjongeren. Een verklaring voor deze uitkomst is dat Marokkaanse risicjongeren vaker politie/justitie contact hebben. Dit houdt in dat deze jongeren vaker delicten hebben gepleegd. Leren van Delict is een behandeling die zich richt op (gewelddadige) delicten (van der Steege e.a., 2011).

Samenvattend, blijkt uit het onderzoek dat er geen concreet cliëntprofiel opgesteld kan worden voor risicjongeren zoals wordt geïndiceerd in het voorstel voor verbetering van de jeugdzorg (Addink, e.a., 2012). Politie/justitie contact bestaat echter wel als gemeenschappelijke deler. Om de verbetering in de jeugdzorg te ondersteunen wordt, in overeenstemming met Berkeley en van Uden (2009), maatschappelijke uitval en politie/justitie contact als belangrijke factor voor een breed cliëntprofiel van risicjongeren geïndiceerd. Uit huidig onderzoek blijkt dat meervoudige problematiek van risicjongeren sterk uiteenloopt en behandeling van problematiek tevens sterk uiteenloopt. Cliëntgericht werken is van belang om aan te kunnen sluiten bij de meervoudige problematiek van risicjongeren. Gekeken naar de verschillende principes van behandeling blijkt dat een cognitief principe voorspellend is voor de behandeluitkomst. Cliëntgericht werken middels behandelingen met een cognitieve component wordt derhalve geïndiceerd.

In de praktijk is het van belang meerdere behandelingen in te zetten waarbij de problematiek van de cliënt leidend is voor de behandeling. Om deze reden is het van belang cliëntgericht te werken en in de praktijk behandelingen naast elkaar in te zetten om de Gestalt van de problematiek te kunnen behandelen. Een belangrijke term die leidend moet zijn voor de hulpverlening van risicjongeren is daarom 'eclectisch werken'. Eclectisch werken houdt in dat de behandelaar gebruik maakt van verschillende therapieën, behandelwijzen en concepten. Er worden elementen gekozen die het best passen bij de cliënt en het probleem (Verheijen, z.j.).

Tekortkomingen en vervolgonderzoek

Er is sprake van een aantal beperkingen binnen het onderzoek. Ten eerste is er sprake van een relatief kleine steekproef. De spreiding van de aanwezigheid van stoornissen kan sterk uit elkaar liggen, alsmede de geboden behandeling. Hierdoor kan een unbalanced design ontstaan, waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten kan worden beïnvloed. De problematiek van risicjongeren is uiteenlopend en verschilt sterk van elkaar, waardoor de problematiek van risicjongeren niet gegeneraliseerd kan worden. Grimm (1993) stelt dat er sprake is van type II fout; een kleine steekproef vergroot de kans op het niet vinden van een bestaand effect. In vervolgonderzoek is het van belang een grotere steekproef te nemen zodat de betrouwbaarheid van de resultaten verbetert en er mogelijk een eenduidig beeld ontstaat van meervoudige problematiek. Een andere optie is om huidig onderzoek te repliceren waardoor verschillende meetmomenten bij elkaar genomen kunnen worden en er mogelijk wel een verband gezien wordt in problematiek. Ten tweede is er mogelijk sprake van een bias in de data omdat deze op basis van dossieronderzoek zijn voltrokken. Hierdoor is het onderzoek afhankelijk van de kwaliteit van deze geregistreerde gegevens, wat niet te allen tijde ten goede komt aan de betrouwbaarheid van de informatie. Dit wordt gesteld aangezien de informatie van de ene cliënt al een paar jaar oud was terwijl voor de andere cliënt de gegevens recentelijk waren onderzocht. Ook de zienswijze van de hulpverlener is hierop van invloed. Er is geen sprake van geheel objectieve informatie omdat de behandelaar een inschatting maakt over de mate waarin problematiek verholpen is. Ondanks dat dit professioneel wordt gedaan, blijft er sprake van enige subjectiviteit. Daarnaast is er geen gebruik gemaakt van een gelijke vóór en nameting van de problematiek. Uit de dossiers is psychodiagnostisch onderzoek als voormeting gebruikt, terwijl er bij de nameting gebruik is gemaakt van de behandel-evaluatie. Hierdoor moeten de resultaten voorzichtig worden beschouwd. Voor vervolgonderzoek wordt geadviseerd om een voor- en nameting met gelijke meetinstrumenten te doen, zodat een bias in interpretatie van de aanwezigheid van problematiek achterwege blijft. De laatste beperking is het verband tussen de variabelen, aangezien deze cross-sectioneel zijn onderzocht, maar de causale verbanden tussen de variabelen niet zijn aangetoond. Om te kunnen onderzoeken in welke richting problematiek elkaar beïnvloedt en in welke richting behandeling en problematiek elkaar beïnvloedt, wordt onderzoek naar de causale verbanden geïndiceerd.

Referenties

- Addink, A., Lekkerkerker, L., Chênevert, C., & Eijgenraam, K. (2012). *De ontwikkelingen van cliëntprofielen voor de Utrechtse jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 15-3-2013 van www.nji.nl/publicaties.
- American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Bureau editie, Amsterdam: Harcourt.
- Bartelink, C. (2010). *Motiverende gespreksvoering*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 15-3-2013 van www.nji.nl/watwerkt.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Berkeley, E.J., & van Uden, A. (2009). *Risicjongeren. Een bundeling van inzichten uit onderzoek, beleid en praktijk over een effectieve aanpak*. Den Haag: Nicis Institute.
- Bögels, S., Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., & Rosseel, Y. (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young's Schema Theory in Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Chu, B.C., & Harrison, T.L. (2007). Disorder-specific Effects of CBT for Anxious and Depressed Youth: A Meta-analysis of Candidate Mediators of Change. *Clinical child and Family Psychology Review*, 10, 352-372.
- Elling, M. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 3-3-2013 van www.nji.nl/jeugdinterventies.
- van Daele, T., Hermans, D., van Steenwegen, D., van Audenhove, C., & van den Bergh, O. (2010). Preventie van stress, angst en depressie door psycho-educatie Een overzicht van interventies. *Psychologie en Gezondheid*, 38, 224-235.
- Dijkstra, H. (2012). De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen bij westerse en niet-westerse cliënten. *Masterthesis Universiteit Utrecht*.
- Dominguez Martinez, S., & Vreeswijk, A.(2002). Ruimtelijke concentratie van allochtonen. In J. Veenman (Red.), *De toekomst in meervoud. Perspectief op Multicultureel Nederland*, 39-55.
- Harper, M., Drozd, J., & Rasolkhani-Kalhorn, T. (2009). On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights From qEEG Studies. *Traumatology*, 15, 81-95.

- Harrison, P.A., Beebee, T.J., & Park, E. (2001). The Adolescent Health Review: A Brief, Multidimensional Screening Instrument. *Journal of Adolescent Health, 29*, 131-139.
- Hawke, L.D. & Provencher, M.D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*, 257-277.
- ter Heide, F.J.J., Mooren, T.M., Kleijn, W., de Jongh, A., & Kleber, R.J. (2011). EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: results of a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology, 2*, 1.
- Hoogsteder, L.M., Hendriks, J., van Horn, J., & Wissink, I. (2012). Agressie Regulatie op Maat: een evaluatie studie in een justitiële jeugdinrichting. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 51*, 481-495.
- Kirisci, L., Tarter, R., & Mezzich, A. (2008). Screening Current and Future Diagnosis of Psychiatric Disorders Using the Revised Drug Use Screening Inventory. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*, 653.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de GGz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 47*, 753-759.
- Kohler, W. (1929). *Gestalt Psychology*. London: Liveright.
- Manjula, M., Kumariah, V., Prasadarao, P.S.D.V., & Raguram, R. (2009). Cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Indian Journal of Psychiatry, 52*, 108.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. New York/London: The Guilford Press.
- Olthuis, G., & van Heteren, G. (2003). Multicultural health care in practice. *Health Care Analysis, 11*, 199-206.
- Raad voor de Volksgezondheid (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid
- Rathod, S., & Kingdon, D. (2009). Cognitive Behaviour Therapy Across Cultures. *Journal of Psychiatry, 8*, 370-371.
- Rezvan, S., Baghban, I., & Bahrami, F. (2008). A comparison of cognitive-behavior therapy with interpersonal and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Counselling Psychology Quarterly, 21*, 309-322.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M., & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 599-606.
- Siewert, E.A., Stallings, M.C., & Hewitt, J.K. (2004). Factor structure and concurrent validity of the Drug Use Screening Inventory in a community adolescent sample. *Addictive Behaviors, 29*, 627-638.

- Sijbrandij, B., Olf, M., Reitsma, J., Carlier, I., de Vries, M., & Gersons, B. (2007). Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.
- Sproet, M., Vos, R.C., & Verheij, F. (2003). *Goed gezond(d): klinische gezinsbehandeling in verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg*. Garant, Antwerpen/Apeldoorn.
- van der Steege, M., Oudhof, M., & de Lange, M. (2011). *Leren van Delict, gedragstraining voor jongeren die een gewelddadig delict pleegden. Theoretische handleiding*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 15-3-2013 van www.nji.nl.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- Trimbos. (z.j.). *Steunende-structurende begeleiding*. Verkregen op 09-07-2013 van http://www.trimbos.nl/~media/Themas/5_Implementatie/Doorbraak/Depressie/B5%20Steunende%20structurende%20begeleiding.ashx
- Vandenbroucke, M.W.G., Braam, H., Pels, T., & Steketee, M.J. (2008). Gemeentelijk beleid voor Marokkaans-Nederlandse jongeren. Rapportage over de wenselijkheid van specifiek doelgroepenbeleid. Gedownload op 4-3-2013 van http://www.verweyjonker.nl/doc/jeugd/Gemeentelijk%20beleid%20voor%20MarokkaansNederlandse%20jongeren_2667B.pdf
- Verheijen, A. (z.j.). *Eclectische therapie*. Verkregen op 09-07-2013 van <http://www.innernet.org/eclectisch.html>
- Vollebergh, W. (2002). *Gemiste kansen. Culturele diversiteit en jeugdzorg*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Voss Horrell, S. C. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 160-168.
- Weijers, I., Hepping, K., & Kampijon, M. (2010). *Jeugdige veelplegers*, Amsterdam: SWP.
- Weijers, I. (2008). *Justitiële interventies voor jeugdige daders en risicjongeren*. Boom Juridische uitgevers, Den Haag.
- Wertheimer, M. (1922). Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt. *Psychological Research*, 1, 47-58.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Publications.