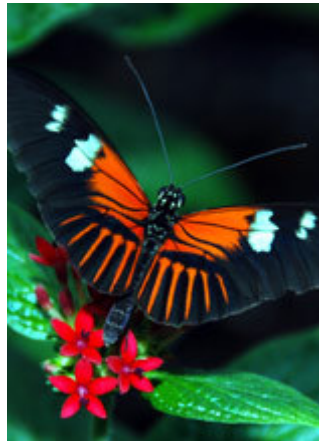


# *Voorspellers van behandelverloop bij jongeren met gedragsproblemen*



Een onderzoek in het kader van de Master Klinische & Gezondheidspsychologie aan  
de Universiteit van Utrecht



Maart 2011 - Juli 2011

Lieke van den Reijen - 3020444



Onder begeleiding van prof. Dr. Bram Orobio de Castro (Universiteit Utrecht) &  
prof. Dr. Henk Nijman (Altrecht).

Met dank aan: Barentsz, Centrum voor Orthopsychiatrie & Forensische Jeugdpsychiatrie (Altrecht  
Aventurijn)

## *Inhoudsopgave*

Samenvatting	3
Inleiding	4
Methoden	11
Resultaten	15
Discussie	22
Referenties	27

## *Samenvatting*

Het hebben van gedragsproblemen is ernstig voor jongeren en voor hun omgeving. Een goede behandeling is daarom noodzakelijk. Helaas blijkt dat veel jongeren vroegtijdig hun behandeling staken, waardoor ze niet de hulp krijgen die ze nodig hebben. Het huidige onderzoek heeft als doel voorspellers te vinden van uitval uit de behandeling en behandelingsucces voor jongeren met gedragsproblemen. Door middel van vragenlijsten die door de jongeren (YSR en SCL-90) of hun ouders (CBCL) ingevuld werden tijdens de intake of aan het begin van de behandeling is onderzocht of de gerapporteerde klachten en problemen een voorspeller kunnen zijn voor het verloop van de behandeling. Ook werd onderzocht of enkele vaststaande variabelen zoals geslacht en leeftijd invloed konden hebben op het behandelverloop. In dit onderzoek zijn definities geformuleerd voor zowel uitval als behandelingsucces. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze definities was voldoende tot goed.

Aan het onderzoek deden 127 jongeren mee (79 jongens en 48 meisjes) in de leeftijd tussen de 14 en 20 jaar. Uit de resultaten blijkt dat de vragenlijsten die de jongeren aan het begin van hun opname invullen slechts in zeer beperkte mate het verloop van de behandeling kunnen voorspellen. Alleen enkele subschalen van de SCL-90 hebben een voorspellende waarde. Zo blijkt dat jongeren die uitvielen, hoger scoorden op de subschalen *Depressie* en *Overig* van de SCL-90 dan jongeren die bleven. Jongeren waarbij meer vooruitgang werd geconstateerd na afloop van hun behandeling scoorden aan het begin van hun opname hoger op de subschaal *Hostiliteit* van de SCL-90. Meer meisjes dan jongens bleken een verbetering te hebben doorgemaakt en de jongeren die vooruitgang hadden geboekt waren, achteraf gezien, langer in de kliniek geweest dan de jongeren waarbij geen verbetering waargenomen was.

In vervolgonderzoek zou meer aandacht besteed moeten worden aan dynamische factoren voor het vinden van voorspellers van het behandelverloop.

**Sleutelwoorden:** Jongeren, Gedragsproblemen, CBCL, YSR, SCL-90, Voorspeller, Uitval, Behandelingsucces

## *Inleiding*

Gedragsproblemen zijn heel ernstig voor een jongere en zijn of haar omgeving. Zonder de juiste behandeling kunnen de problemen meegenomen worden naar de volwassen leeftijd, met alle gevolgen van dien (opnames in psychiatrische ziekenhuizen, detentie etc.). Behandeling is dus noodzakelijk. Helaas blijkt uit veel onderzoeken dat een groot deel van de jongeren hun behandeling niet afmaakt (uitvalt). Het is daarom belangrijk onderzoek te doen naar de oorzaken hiervan, om te zorgen dat meer jongeren hun behandeling afmaken.

Al sinds de jaren '60 zijn onderzoekers bezig met het fenomeen *uitval*, het vroegtijdig stoppen met een (psychologische) behandeling (o.a. Gottschalk, Mayerson & Gottlieb, 1967). Uit deze vroegere onderzoeken blijkt dat ongeveer 30% tot 60% van de (voornamelijk volwassen) cliënten met verschillende psychische problemen de behandeling vroegtijdig verlaat (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1986). Latere onderzoeken, die zich niet alleen op volwassenen, maar ook op kinderen en adolescenten hebben gericht, geven nog hogere percentages, van 50 tot 75% (Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994).

De verschillen tussen de percentages kunnen deels verklaard worden doordat er verschillende definities van uitval gebruikt worden in verschillende onderzoeken. De meest gebruikte manieren om uitval te definiëren zijn: 1. Een cliënt komt niet op een gemaakte afspraak; 2. Een cliënt ondergaat minder therapiesessies dan van tevoren was afgesproken; 3. Een cliënt stopt tegen het advies van de therapeut in met de behandeling (Wierzbicki & Pekarik, 1993) en 4. Een cliënt is minder lang (gemeten in tijd in tegenstelling tot het aantal sessies) in therapie dan afgesproken (Baekeland & Lundwall 1975). Het aantal therapiesessie dat een cliënt ondergaat is betrouwbaarder te meten dan het advies van de therapeut. De criteria om een cliënt al dan niet met ontslag te laten gaan, hangen immers af van de verschillende therapeuten, en zijn onderling moeilijk te vergelijken (Pekarik, 1991). Ondanks dat wordt de derde definitie door veel onderzoekers geprefereerd (Wierzbicki & Pekarik,

1993; Kazdin et al., 1994), het kan immers zo zijn dat een cliënt ook bij minder therapie sessies al zo veel verbetering heeft doorgemaakt dat doorgaan zinloos is.

Het doel van het huidige onderzoek is na te gaan welke jongeren vroegtijdig uitvallen uit hun behandeling voor gedragsproblemen. Daartoe wordt eerst de literatuur over de gevolgen van uitval en voorspellers van uitval besproken, waarna empirisch wordt onderzocht welke factoren van de jongeren die opgenomen zijn op Barentsz, het verloop van de behandeling kunnen voorspellen.

Er is een aantal redenen waarom vroegtijdig afhaken van de behandeling ongunstig is voor zowel cliënten als therapeuten. Cliënten die voortijdig stoppen met hun behandeling krijgen niet de interventie die ze in veel gevallen wel nodig hebben (Weisz, Weiss & Langmeyer, 1987) en hebben uiteindelijk de slechtste prognose (Gottschalk et al., 1967). Kinderen die hun behandeling afmaken hebben daarna minder problemen dan kinderen die afhaken. Dit werd door Kazdin et al. (1994) onder andere gemeten met de *Child Behavior Check List (CBCL)* en de *Children's Action Tendency Scale (CATS)*; voor het meten van agressie bij kinderen). De verschillen tussen kinderen die vroegtijdig stopten en kinderen die wel de behandeling afmaakten waren significant op de subschalen *Internaliserende problemen* ( $t = 4.64, p < .05$ ), *Externaliserende problemen* ( $t = 5.04, p < .05$ ) en *Totale gedragsproblemen* ( $t = 7.00, p < .01$ ) van de CBCL. Ook op de CATS waren de verschillen significant ( $t = 10.13, p < .01$ ) (Kazdin et al., 1994). Daarnaast ervaren ouders van kinderen die de behandeling afmaken minder opvoedstress dan de ouders van kinderen die afhaken (Pellegrin, Costa, Weems & Dalton, 2010).

Het uitvallen van cliënten heeft ook nadelige effecten voor klinieken en therapeuten. De meeste cliënten haken af door niet op een gemaakte afspraak te komen. Als een cliënt zonder overleg niet op komt dagen voor de therapie, kost dit de therapeut tijd en geld. Uitval is dus ongunstig voor de kosten-effectiviteit van de behandeling (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Pekarik, 1985; Weisz et al., 1987).

Daarnaast is het frustrerend voor de therapeut als de cliënt niet komt, wat kan leiden tot minder werkplezier, persoonlijke problemen en een slechtere relatie met de

cliënt, en dat kan weer leiden tot een slechter resultaat van de behandeling (Mueller & Pekarik, 2000; Pekarik, 1985).

Uitval blijkt dus een groot probleem. Het is daarom belangrijk te achterhalen waarom cliënten uitvallen. Onderzoek naar de voorspellers voor uitval is relevant omdat het kan helpen bepalen welke cliënten het risico lopen voortijdig uit te vallen en daardoor een slechtere prognose hebben. Inzicht in de karakteristieken van de hoog risico cliënten is een goede eerste stap in het bepalen hoe ze beter bereikt kunnen worden (Pellegrin et al., 2010; Weisz et al., 1987). Vervolgens kunnen er vroeg in de behandeling interventies toegepast worden om een langere behandeling van deze cliënten te bevorderen, waardoor de prognose verbeterd (Kendall & Sugarman, 1997). Als bijvoorbeeld blijkt dat vooral de praktische problemen (voor de ouders) een grote rol spelen bij het uitvallen van hun kinderen uit de behandeling, zouden enkele aanpassingen hierin al een verschil in uitval percentages kunnen maken. Zo zouden de behandelzeiten aangepast kunnen worden aan de werktijden van de ouders, kan er gezorgd worden dat de therapieën op een makkelijk te bereiken plaats worden gegeven en kan er gezorgd worden voor kinderopvang voor overige kinderen (Lee, August, Bloomquist, Mathy & Realmuto, 2006).

Omdat er zo veel cliënten vroegtijdig stoppen met hun behandeling en er zo veel nadelen zijn aan dit uitvallen, zijn de oorzaken van uitval in het verleden intensief onderzocht. In de wat vroegere onderzoeken uit de jaren '60, '70 en '80 werd de oorsprong van de problemen vooral gezocht in vaststaande en onveranderbare factoren van de cliënten (en eventueel hun ouders), zoals leeftijd, sekse en opleiding. In later onderzoek verschoof de focus meer naar dynamische factoren; zoals de motivatie en verwachtingen van de cliënten (en hun ouders) ten opzichte van de behandeling (Schroder, Sellman, Frampton & Deering 2009).

Ook werd er pas in de latere jaren een onderscheid gemaakt tussen volwassenen en kinderen. Eerder werden volwassenen en kinderen vaak als één groep onderzocht, of werd er helemaal geen aandacht aan kinderen besteed. Men komt er echter steeds meer achter dat er waarschijnlijk verschillende variabelen

geassocieerd kunnen worden met uitval bij kinderen en uitval bij volwassenen (Wierzbicki, & Pekarik, 1993; Kendall, & Sugarman, 1997; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997). Opvallend hierbij is dat er wel een onderscheid is gemaakt tussen kinderen (tot 12 jaar) en volwassenen (vanaf 18 jaar), maar dat jongeren (tussen de 12 en 18 jaar) vaak niet onderzocht worden.

In 1975 schreven Beakeland en Lundwall een overzichtsartikel waarin ze de belangrijkste oorzaken van uitval die in de 20 jaar daarvoor gepubliceerd waren voor *volwassenen* op een rijtje zetten. Zij kwamen tot de conclusie dat uitval vooral sterk samenhangt met vaststaande kenmerken van de cliënten, zoals een lage sociale economische status, het vrouwelijke geslacht, een lagere leeftijd en een laag niveau van angst- en depressieklachten. Ook als de cliënt al vaker vroegtijdig gestopt is met een behandeling, is dat een voorspeller van uitval. Daarnaast heeft het een negatieve invloed als de therapeut nog maar weinig ervaring heeft (Beakeland & Lundwall, 1975).

Uit verschillende onderzoeken naar uitval bij *kinderen tot 12 jaar* blijkt dat een vergroot risico om de behandeling vroegtijdig te verlaten onder andere wordt geassocieerd met een aantal kenmerken van de *ouders* zoals het behoren tot een etnische minderheidsgroep, een laag opleidingsniveau, een lage sociaal economische status (Kendall & Sugarman, 1997; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Kazdin et al., 1994), psychopathologie (Holmes, 1983; Kazdin & Wassell, 2000), psychopathologie van de moeder in het verleden (Kendall & Sugarman, 1997; Prinz & Miller, 1994), en het wonen bij een alleenstaande ouder (vaak een jonge, alleenstaande moeder; Kazdin & Mazurick, 1994; Kazdin et al., 1994; Pellegrin et al., 2010;). Daarnaast rapporteren de families van deze kinderen meer stress en meer ingrijpende gebeurtenissen in het verleden (Kazdin, & Mazurick, 1994; Prinz & Miller, 1994).

Ook eigenschappen van de *kinderen* zelf spelen een rol bij uitval, onder andere het hebben van ADHD (Schroder et al., 2009), het hebben van meer problemen (gemeten met de CBCL op zowel de *Internaliserende schaal* ( $t = 2.61, p < .01$ ), als de *Externaliserende schaal* ( $t = 2.83, p < .01$ ) en de schaal die het totaal van de gedragsproblemen meet ( $t = 3.00, p < .01$ ); Kazdin et al., 1994; Pellegrin et al., 2010),

het hebben van meer disruptieve gedragsproblemen en ernstiger delinquent gedrag (Kazdin et al., 1994; Kendall & Sugarman, 1997; Prinz & Miller, 1994; Schroder et al., 2009) en het hebben van contact met antisociale leeftijdsgenoten (Kazdin, & Mazurick, 1994).

Het feit dat kinderen met symptomen van gedragsstoornissen vaker afhaken, hangt waarschijnlijk samen met de ouder- en familiefactoren die geassocieerd worden met deze problematiek. Zo kunnen een lage sociaal economische status, psychopathologie bij één van de ouders en opvoedstress zowel een negatieve invloed hebben op het volgen van een behandeling als op de symptomen van gedragsstoornissen (Kazdin et al., 1994).

Er zijn dus duidelijk vaststaande factoren van cliënten (en hun ouders) die uitval voorspellen, maar uit deze opsomming wordt niet duidelijk *waarom* deze kenmerken uitval voorspellen. Waarom stoppen juist gezinnen met de bovengenoemde kenmerken vaker dan andere gezinnen? Als aan de kinderen (en de ouders) zelf gevraagd wordt wat de redenen zijn om voortijdig te stoppen met de behandeling, wordt het vaakst gezegd dat het probleem kleiner is geworden, er praktische redenen zijn die voortzetting van de behandeling belemmeren, of dat er ontevredenheid is over de behandeling (Pekarik, 1992). Het is dus belangrijk om ook meer zicht op deze zogenaamde 'dynamische factoren', de factoren die samenhangen met de behandeling, te krijgen.

Naar deze dynamische factoren is ook al veel onderzoek gedaan. Een belangrijke factor die samenhangt met de behandeling is gebrek aan motivatie. Uit onderzoek bij *jongvolwassenen* blijkt dat een gebrek aan motivatie is een belangrijke voorspeller van uitval (Battjes, Gordon, O'Grady, Kinlock & Carswell 2003). Vooral bij cliënten die in behandeling waren voor een verslaving is hier veel aandacht aan besteed. Het blijkt dat als een cliënt meer negatieve consequenties van zijn of haar verslavingsgedrag ervaart, de motivatie om in behandeling te gaan groter is (Battjes et al., 2003). Adolescenten zijn over het algemeen minder gemotiveerd om te stoppen met drugs of alcohol dan volwassenen (Melnick et al., 1997), en gebruikers die niet voldoende gemotiveerd zijn of niet klaar zijn voor behandeling, hebben een groot



risico vroegtijdig met de behandeling te stoppen (De Leon, Melnick, & Kressel, 1997; Schroder et al., 2009).

Naast motivatie speelt een aantal andere dynamische variabelen een belangrijke rol in de beslissing van de cliënt om de behandeling wel of niet af te maken. In onderzoek bij *volwassen* cliënten worden factoren als het hebben van positieve ervaringen met therapeuten en het gevoel betrokken te zijn bij de behandelprocedure geassocieerd met een langere behandeling (Schroder et al., 2009). Verschillen in mening over de lengte, de inhoud en de doelen van de behandeling tussen cliënt en therapeut zijn voor een deel verantwoordelijk voor grote uitval aantallen. Cliënten verwachten en willen vaak een kortere behandeling dan therapeuten (Pekarik, 1985; Pekarik, 1991; Pekarik & Wierzbicki, 1985). De beste voorspeller van hoe lang een behandeling zal duren, is de verwachting van de cliënt over de duur van de behandeling. Andere factoren, zoals de sociaal economische status of het behandel aanbod spelen hierbij een verwaarloosbare rol (Mueller & Pekarik, 2000).

In de behandeling van *kinderen* blijken de verwachtingen en de motivatie van *de ouders* belangrijke factoren voor de voortzetting van de behandeling (Nock & Photos, 2006; Pekarik & Wierzbicki, 1986; Prinz & Miller, 1994). Ook als ouders niet goed weten waar de behandeling de behandeling om gaat en daardoor de relevantie ervan niet zien, is dat een barrière voor het afmaken ervan (Lee et al., 2006).

Daarnaast wordt opvoedstress van de ouders geassocieerd met het eerder afbreken van de behandeling van het kind (Kendall & Sugarman, 1997; Prinz & Miller, 1994). Ten slotte zijn praktische problemen een grote belemmering voor ouders om hun kind aan een behandeling te laten deelnemen, zoals de beschikbaarheid van vervoer, kinderopvang voor broertjes en zusjes, tijden die aansluiten bij werk- en schoolroosters, of als de ouders te druk of te moe zijn om hun kind naar therapie te brengen (Weizs et al., 1987; Lee et al., 2006).

Veel van de beschreven onderzoeken hebben zich gericht op de factoren die leiden tot uitval bij volwassenen of bij kinderen (tot ongeveer 12 jaar). Onderzoek bij jongeren is er vrijwel niet, terwijl dit toch een groep blijkt te zijn die een groot risico

heeft om eerder met de behandeling te stoppen (Pellegrin et al., 2010), ook omdat ze vaak minder gemotiveerd zijn dan volwassenen (Melnick et al., 1997).

Onderzoek naar uitval bij jongeren met ernstige gedragsproblemen in een residentiële setting is er al helemaal niet, terwijl juist voor deze groep afmaken van de behandeling zo belangrijk is, en juist bij deze groep factoren als een lage SES, afkomst, geringe motivatie van jongere en ouders in de dagelijkse praktijk een grote rol lijken te spelen.

Het doel van het huidige onderzoek is voorspellers te vinden van uitval bij jongeren met ernstige gedragsproblematiek in een residentiële setting, aan de hand van vragenlijsten ingevuld door ouders én door de jongeren zelf. Dit in tegenstelling tot veel ander onderzoek, waarbij vaak alleen de ouders rapporteren over de (gedrags)problemen van hun kind. De ouders vullen de *Child Behavior Checklist* (CBCL) in, en de jongeren de SCL-90 en de *Youth Self Report* (YSR).

Verwacht wordt dat jongeren die de meeste problemen en klachten rapporteren, het snelst zullen stoppen met hun behandeling. Dit is in navolging van Pellegrin et al. (2010); wiens resultaten suggereren dat hoogrisico jongeren, met de grootste behoefte aan behandeling, het vaakst de behandeling niet succesvol afmaken.

Verder wordt op grond van de literatuur verwacht dat meer meisjes dan jongens de kliniek vroegtijdig verlaten en dat de wat oudere jongeren langer blijven (Beakeland & Lundwall, 1975).

## ***Methoden***

### **Design**

Het doel van dit onderzoek is het vinden van verbanden tussen vragenlijsten gericht op klachten en problemen en het verloop van de behandeling van jongeren met gedragsproblemen.

Het onderzoek is uitgevoerd bij 127 jongeren die allen aan het begin van hun opname dezelfde vragenlijsten invulden. Zij ontvingen ook dezelfde behandeling. Aan het einde van hun behandeling is op basis van hun afsluitbrief geconstateerd of er sprake was van uitval uit de behandeling of niet en of er sprake is van behandelingsucces of niet. Er is vervolgens onderzocht of er een verband bestond tussen deze uitkomstmaten en de ingevulde vragenlijsten.

### **Participanten**

Het onderzoek wordt uitgevoerd in een kliniek waar jongeren van 15 tot 21 jaar opgenomen worden met ernstige gedragsproblemen in combinatie met andere psychiatrische stoornissen. Vanwege hun complexe problematiek zijn deze jongeren vaak al van de ene naar de andere instelling gestuurd. Veelal zijn ze ook in aanraking geweest met justitie en de kindbescherming. De behandeling is erop gericht de jongeren weer mee te laten draaien in de maatschappij en bestaat uit verschillende trainingen en therapieën zoals het sociaal competentie model (gericht op het vergroten en verstevigen van sociale competenties) en FTT (Functional Family Therapy).

Alle jongeren die in de periode van september 2002 tot mei 2011 klinisch opgenomen waren, en daarvoor toestemming gaven, deden mee aan het onderzoek. Niemand van hen weigerde aan het onderzoek mee te doen. In totaal waren er in bovengenoemde periode 251 jongeren opgenomen. Ongeveer de helft hiervan is uit de steekproef verwijderd omdat niet alle gegevens noodzakelijk voor dit onderzoek bekend waren; niet alle jongeren hadden bijvoorbeeld de SCL-90 ingevuld en het verloop van de behandeling was ook niet altijd duidelijk.

In totaal waren bleven er 127 proefpersonen over. Hiervan waren 79 jongens (62,2%) en 48 meisjes (37,8%). De gemiddelde leeftijd bij opname was 16,24 jaar (SD: 1,21). De gemiddelde leeftijd van de meisjes (M: 15,98; SD: 1,08) was niet significant lager dan de gemiddelde leeftijd van de jongens (M: 16,41; SD: 1,26).

## **Procedure**

Tijdens de intake of in de eerste week van de opname vulden de jongeren en hun ouders een aantal vragenlijsten in. De jongeren vulden de *Youth Self Report* (YSR) en de *SCL-90* in en de ouders de *Child Behavior Checklist* (CBCL).

Aan het eind van de behandeling wordt aan de hand van de afsluitbrief, die wordt geschreven door de behandelaar van de jongere, bekeken of er sprake was van uitval of niet en of de behandeling als succesvol beschouwd kan worden of niet.

## **De vragenlijsten**

### *Youth Self Report*

De Youth Self Report (YSR) is een vragenlijst waarop jongeren zelf vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen. De vragenlijst is een bewerking van een Amerikaanse lijst, ontwikkeld door Achenbach in 1991 en bestaat uit een competentiedeel en een gedragsprobleemdeel. Het competentiedeel heeft 17 vragen over activiteiten, sociaal functioneren en functioneren op school. Het gedragsprobleemdeel heeft 105 items met beschrijvingen van emotionele en gedragsproblemen en 14 sociaal wenselijke vragen. De jongeren geven op een driepuntsschaal (helemaal niet – een beetje of soms – duidelijk of vaak) aan in welke mate elk van de beschreven problemen in de afgelopen zes maanden van toepassing was. De 105 items van de YSR vormen acht syndroomschalen: 1. teruggetrokken/ depressief; 2. lichamelijke klachten; 3. angstig/depressief; 4. sociale problemen; 5. denkproblemen; 6. aandachtsproblemen; 7. regelovertrekend gedrag en 8. agressief gedrag. De eerste drie syndroomschalen vormen samen de schaal Internaliseren; naar binnen gericht probleemgedrag, en de probleemschalen Regelovertrekend gedrag en Agressief gedrag vormen samen de schaal Externaliseren; naar buiten gericht probleemgedrag (Kievit, Tak & Bos, 2009;

Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994). Scores op deze schalen kunnen worden afgezet tegen Nederlandse normen.

De COTAN heeft in 1999 de psychometrische eigenschappen van de YSR beoordeeld. De begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit hebben zij *voldoende* bevonden, de overige eigenschappen (uitgangspunten bij de testconstructie, kwaliteit van het testmateriaal, kwaliteit van de handleiding, normen en betrouwbaarheid) waren *goed*.

#### *Child Behavior Check List*

De CBCL heeft als doel informatie te verkrijgen over het gedrag van het kind. De vragenlijst is bijna identiek aan de YSR, maar in dit geval wordt de lijst ingevuld door de ouders, familie of volwassenen die het kind goed kennen. De vragenlijst is een vertaling van een Amerikaans vragenlijst die is ontwikkeld door Achenbach in 1991 en bestaat uit een competentiedeel en een gedragsprobleemdeel. Het competentiedeel heeft 20 vragen over activiteiten van het kind, sociaal functioneren en functioneren op school. Het gedragsprobleemdeel heeft 120 items met beschrijvingen van emotionele en gedragsproblemen. Ouders geven op een driepuntsschaal (helemaal niet – een beetje of soms – duidelijk of vaak) aan in welke mate elk van de beschreven problemen in de afgelopen zes maanden van toepassing waren op hun kind. Net als bij de YSR kunnen met de CBCL scores berekend worden op Internaliseren en Externaliseren (Kievit, Tak & Bos, 2009; Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994). Ook deze scores kunnen worden vergeleken met Nederlandse normen. Daarnaast kan de overeenstemming met de YSR worden berekend.

De COTAN heeft de test in 1999 beoordeeld; 5 van de 7 psychometrische eigenschappen werden als *goed* beoordeeld, alleen de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit waren *voldoende*.

#### *SCL-90*

De SCL-90 is een zelfrapportage lijst die psychopathologie bij psychiatrische patiënten beoogt te meten (Derogatis, Rickels & Rock, 1976). De lijst bestaat uit 90 items die ingevuld worden op een 5-puntsschaal. De antwoorden reflecteren de klachten die de patiënt in de afgelopen week heeft ervaren. Verschillende

symptoomgebieden zijn in de lijst opgenomen, waaronder Somatisatie, Depressie, Angst. De totale score geeft een weergave van psychiatrisch disfunctioneren (Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994).

### **Uitkomstmaten**

In dit onderzoek wordt drop out als volgt gedefinieerd: als een jongere zonder overeenstemming met de therapeut de behandeling voortijdig verlaat, bijvoorbeeld door weg te lopen en niet meer terug te komen, dan wordt dat als een drop out beschouwd. Als een jongere, in overleg met de therapeut, ontslagen wordt uit de kliniek, bijvoorbeeld wegens incidenten of omdat de jongere (te) weinig inzet laat zien voor de behandeling, of wordt overgeplaatst naar andere (zwaardere) kliniek of naar de gevangenis, wordt dit *niet* als drop out beschouwd. Echter, in deze gevallen kan men ook niet spreken van een geslaagde behandeling. Er wordt daarom nog een tweede uitkomstmaat in het onderzoek betrokken: namelijk of de behandeling effect heeft gehad of niet. In de eerder beschreven gevallen is de behandeling dus niet succesvol geweest. De behandeling wordt wel als succesvol beschouwd als er in overleg met de therapeut wordt besloten dat de patiënt weer thuis of zelfstandig kan wonen. Ook als de patiënt na opname in deeltijd behandeld wordt of een lichte vorm van ondersteuning krijgt (zoals bij begeleid of beschermd wonen), is dit een verbetering en dus succesvol.

### **Statistische analyses**

Voor de analyse van de vragenlijsten en de uitkomstmaten werd het computerprogramma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 17.0 gebruikt. De gegevens van elke participant werden geïmporteerd in SPSS, waarna begonnen werd met het analyseren van de data. Er is gebruik gemaakt van t-toetsen om verbanden te vinden tussen de vragenlijsten en de uitkomstmaten. Voor het berekenen van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid is gebruik gemaakt van Cohen's Alpha en door middel van een  $X^2$ -test zijn eventuele verschillen tussen sekse en leeftijd van de jongeren gecontroleerd. Ten slotte is een logistische regressie gebruikt om te berekenen of de verbanden uitval en behandelingsucces konden voorspellen.

## **Resultaten**

### **Interbeoordelaarbetrouwbaarheid**

Nadat de behandeling van een jongere is afgerond, schrijft de behandelaar een brief over hoe de behandeling is verlopen; de afsluitbrief. Aan de hand van de in het methodenonderdeel geformuleerde definities voor uitval en behandelings-effect zijn de afsluitbrieven van alle deelnemers beoordeeld op deze twee uitkomstmaten. Er werd dus gekeken of de betreffende jongere de behandeling in overleg heeft verlaten of niet, en of er verbetering is opgetreden (al dan niet door de behandeling).

Omdat een beoordeling als deze subjectief kan zijn, is de interbeoordelaarbetrouwbaarheid hiervan uitgerekend met Cohen's Kappa. Hieruit bleek dat de beoordeling betrouwbaar genoeg was om mee te werken. Voor *uitval* was het percentage dat gelijk werd beoordeeld 95,2% en de kappa 0.88, wat als goed beoordeeld wordt. Voor het behandelings-effect was het overeenkomstpercentage 85,7% en de kappa: 0.68; dit is redelijk tot goed.

### **Beschrijvende statistieken**

In het onderzoek participeerden 127 jongeren, waarvan 79 jongens en 48 meisjes. De gemiddelde leeftijd bij opname bedroeg 16,24 jaar (SD: 1,21). De gemiddelde leeftijd van de meisjes was 15,98 jaar (SD: 1,08) en voor de jongens 16,41 jaar (SD: 1,26). Het verschil in leeftijd tussen de jongens en de meisjes was niet significant [ $t(125) = -1,95, p = .053$ , tweezijdig].

De gemiddelde opnametijd bedroeg 7,70 maanden (SD: 5,90). Meisjes verbleven gemiddeld langer in de kliniek (M: 9,06, SD: 6,79) dan jongens (M: 6,86, SD: 5,15), en dit verschil bleek ook significant te zijn [ $t(121) = 2,04, p < .05$ , tweezijdig].

Zie tabel 1 voor een overzicht van de beschrijvende statistieken.

Tabel 1

*Sekse, leeftijd bij opname en opnameduur in maanden van de participanten*

	N (%)	Leeftijd (SD)	Opnameduur (SD)
Jongen	79 (62,2)	16,41 (1,26)	6,86 (5,15)
Meisje	48 (37,8)	15,98 (1,08)	9,06 (6,79)
Totaal	127 (100)	16,24 (1,21)	7,70 (5,90)

*Uitval*

Van de 127 proefpersonen hebben er 18 (14,2%) de kliniek vroegtijdig en zonder overleg verlaten. De overige 109 (85,8%) jongeren hebben dus eerst overleg met de therapeut gehad voor ze weggingen (of weggestuurd werden). Meer meisjes (10; 20,8%) dan jongens (8; 10,1%) stopten vroegtijdig met de behandeling. Met de Pearson's Chi-kwadraat test is gekeken of die verschil significant was. Dit bleek net niet zo te zijn [ $X^2(1) = 2.81, p = .09$ ].

In tabel 2 zijn bovenstaande statistieken opgenomen.

Tabel 2

*Uitval en sekse van de participanten*

	Uitval (%)	Geen uitval (%)	Totaal (%)
Jongen	8 (10,1)	71 (89,9)	79 (100)
Meisje	10 (20,8)	38 (79,2)	48 (100)
Totaal	18 (14,2)	109 (85,8)	127 (100)

*Behandeleffect*

Bij 52 (40,9%) van de jongeren is er een verbetering opgetreden. Dat wil zeggen dat ze weer naar huis konden, of naar een andere, enigszins zelfstandige, woonvorm. Bij de overige 75 (59,1%) was dit helaas niet het geval; zij zijn bijvoorbeeld opgenomen



in een zwaardere kliniek, of zijn vanwege hun (agressieve) gedrag weggestuurd. Om te bepalen of een jongere wel of niet verbetering heeft doorgemaakt, is gebruik gemaakt van de definitie die geformuleerd is in het methoden onderdeel. Dit is dus gebaseerd op de afsluitbrief die de behandelaar aan het eind van de opname heeft geschreven. Van de jongeren waarbij er een verbetering werd gevonden, waren er 25 (52,1%) meisjes en 27 (34,2%) jongens. Bij 23 (47,9%) meisjes en 52 (65,8%) jongens was dit niet zo. Dit verschil was significant [ $X^2(1) = 3.96, p < .05$ ]; het lijkt erop dat opname en behandeling, volgens de afsluitbrieven, meer effect heeft bij meisjes.

In tabel 3 zijn het behandel-effect en de sekse van de participanten opgenomen.

Tabel 3

*Behandeleffect en sekse van de participanten*

	Verbetering(%)	Geen effect (%)	Totaal (%)
Jongen	27 (34,2)	52 (65,8)	79 (100)
Meisje	25 (52,1)	23 (47,9)	48 (100)
Totaal	52 (40,9)	75 (59,1)	127 (100)

### **Beantwoording onderzoeksvragen**

Het doel van dit onderzoek is om voorspellers te vinden van uitval en behandel-effect van de opgenomen jongeren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten (SCL-90, CBCL en YSR) die de jongeren of hun ouders invullen aan het begin van de opname. Ook wordt er bekeken of er vaststaande kenmerken (zoals leeftijd, sekse en opnametijd) van de jongeren zijn die uitval en behandel-effect kunnen voorspellen.

### *Verband uitval & Vragenlijsten*

#### *SCL-90*

Alle 127 participanten hebben de SCL-90 ingevuld. Met onafhankelijke t-toetsen is gekeken of er een verband bestaat tussen (een van de) subschalen van de SCL-90 en

het vroegtijdig verlaten van de behandeling. Dit bleek zo te zijn voor de subschalen *Depressie* [ $t(125) = -2,84, p < .05$ ] en *Overig* [ $t(125) = -2,24, p < .05$ ].

Jongeren die uitvielen hadden gemiddeld een *hogere* score op de subschaal *Depressie* (M: 33,7; SD: 12,2) dan jongeren die bleven (M: 26,5; SD: 9,6), daarnaast hadden de uitvallers ook een *hogere* score op de subschaal *Overig* (M: 16,7, SD: 5,3) dan de blijvers (M: 14,1; SD: 4,5). De subschaal *Overig* bestaat uit items die niet in de factorstructuur van de SCL-90 kunnen worden ondergebracht. Zij dragen zo bij aan de totaalscore. Voorbeelden van items zijn: 'Stemmen horen die andere mensen niet horen', 'Vaak in ruzies verzeild raken' en 'De gedachte dat je psychisch niet helemaal in orde bent'.

In tabel 4 is een overzicht van de subschalen van de SCL-90 die een verband hebben met het wel of niet in de kliniek blijven.

Tabel 4

*Gemiddelde scores op de significante subschalen bij uitval*

Subschalen	Uitval (SD)	Geen uitval (SD)
<i>SCL-90</i>		
Depressie	33,7 (12,2)	26,5 (9,6)
Overig	16,7 (5,3)	14,1 (4,5)

#### *CBCL*

Van de 127 jongeren zijn 59 vragenlijsten (46,5%) door de ouders ingevuld. Ook hier is gekeken of er een verband bestaat tussen (een van de) subschalen en uitval. Uit de t-toetsen bleek geen van de CBCL-schalen significant verband te houden met uitval.

#### *YSR*

De YSR is door 57 van de 127 (44,9%) jongeren ingevuld. Na het doen van t-toetsen bleek ook hier geen verband te vinden tussen de subschalen van de YSR en het wel of niet vroegtijdig verlaten van de kliniek.

## ***Verband uitval & Vaststaande variabelen***

### *Geslacht*

Er bleken geen verschillen tussen jongens en meisjes te zijn als er gekeken wordt naar de uitval; net zo veel jongens als meisjes verlaten de behandeling zonder overleg [ $t(125) = 1,68, p = .10$ ].

### *Leeftijd*

De leeftijd van de jongeren bleek ook geen invloed te hebben op het wel of niet vroegtijdig verlaten van de kliniek, de verschillen waren niet significant [ $t(125) = -0,20, p = 0,37$ ]. Dit komt waarschijnlijk ook omdat er maar een kleine range in leeftijd was (14 -20).

### *Opnametijd*

Ook is er geen verschil in opnametijd; de jongens en meisjes die de kliniek vroegtijdig verlieten, verbleven daar ongeveer even lang [ $t(125) = 0,17, p = .08$ ].

## **Voorspellers van uitval**

Middels een logistische regressie is geprobeerd te kijken in welke mate de verbanden die hierboven samen bleken te hangen met uitval, gezamenlijk uitval kunnen voorspellen. Uit het voorgaande bleek dat dit alleen enkele subschalen van de SCL-90 waren (zie tabel 4).

Zonder de scores op de vragenlijsten blijkt dat men 85,8% van de uitval goed kan voorspellen (dat wil zeggen: 85,8% van de jongeren gaat niet zonder overleg met de therapeut weg van de kliniek). Als daarbij de significante subschalen van de SCL-90 (*Depressie* en *Overig*) in mee worden genomen, blijkt dat dit percentage niet stijgt.

De SCL-90 die aan het begin van de opname door de jongeren wordt ingevuld, draagt niet bij aan het voorspellen of een jongere wel of niet weg zal lopen uit de kliniek.

## *Verband behandel­effect & Vragenlijsten*

### *SCL-90*

Van de SCL-90 bleek één subschaal significant samen te hangen met het behandel­effect, namelijk de subschaal *Hostiliteit*. Op de subschaal *Hostiliteit* scoorden de jongeren waarbij verbetering was opgetreden significant *hoger* (M: 13,4; SD: 5,7) dan de jongeren waarbij er geen effect te zien was (M: 11,3; SD: 3,3); [ $t(125) = -2,45, p < .05$ ]. Dat wil dus zeggen dat vijandiger binnenkomen een voorspellers van meer vooruitgang.

In tabel 5 is een overzicht te vinden van de subschaal van de SLC-90 die in verband staat met het behandel­succes.

Tabel 5

*Gemiddelde scores op de significante subschalen bij behandel­effect*

Subschalen	Wel effect/verbetering (SD)	Geen effect (SD)
<i>SCL-90</i>		
Hostiliteit	13,42 (5,7)	11,27 (3,3)

### *CBCL*

Bij de CBCL waren er geen subschalen waarbij er een significant verschil bestond tussen de jongeren bij wie wel een effect optrad en diegenen waarbij er geen verbetering te zien was.

Er was wel een trend voor de subschaal *Somatische Problemen*. De jongeren op wie de behandeling effect gehad leek te hebben, scoorden voor hun opname *hoger* op deze subschaal (4,64; SD: 4,3) dan op de jongeren waarbij geen effect te zien was (2,81; SD: 2,4), maar dit verschil was dus net niet significant [ $t(57) = -2,00, p = .052$ ].

### *YSR*

Ook bij de YSR waren er geen subschalen in verband te brengen met het behandel­effect.

## ***Verband behandeleffect & Vaststaande variabelen***

### *Geslacht*

Uit de resultaten bleek dat er meer meisjes dan jongens een verbetering lieten zien na de behandeling [ $t(125) = 2,00, p < .05$ ].

### *Leeftijd*

De leeftijd had geen invloed op het effect van de behandeling; de jongeren bij wie er een verbetering te zien was, waren niet ouder of jonger dan de jongeren bij wie er geen effect werd waargenomen [ $t(125) = 1,30, p = .20$ ].

### *Opnametijd*

Naast het geslacht bleek ook de opnameduur verband te houden met het behandeleffect. Jongeren die langer opgenomen waren, bleken vaker een verbetering te hebben doorgemaakt [ $t(121) = -5,4, p < .05$ ]. De jongeren bij wie er een verbetering te zien was waren gemiddeld 10,8 (6,4) maanden opgenomen en de jongeren waarbij geen verbetering te zien was 5,6 (4,4) maanden.

## **Voorspellers van behandeleffect**

Zonder de scores op de vragenlijsten blijkt dat men 59,1% van het behandeleffect goed kan voorspellen (dat wil zeggen, bij 59,1% heeft de behandeling *geen* effect). Als daarbij de subschaal *Hostiliteit* van de SCL-90 en het geslacht in ogenschouw worden genomen (dat zijn de enige significante verbanden; opname tijd kan niet meegenomen worden omdat dit pas achteraf te bepalen is), blijkt dat aan de hand van deze twee variabelen voor in totaal 66,1% van de proefpersonen correct kan worden 'voorspeld' of er sprake zal zijn van behandelsucces of niet. Dit is nog steeds geen hoog percentage; hieruit blijkt dat de vragenlijsten die ingevuld worden door de jongeren aan het begin van hun opname het verloop hiervan maar in zeer beperkte mate kunnen voorspellen.

## *Discussie*

Het doel van dit onderzoek was om voorspellers te vinden van uitval en het effect van de behandeling van de opgenomen jongeren. Daarbij werd gebruik gemaakt van vragenlijsten (SCL-90, CBCL en YSR) die de jongeren zelf of hun ouders invulden aan het begin van de opname. Daarnaast werd er bekeken of er vaststaande kenmerken (zoals leeftijd en sekse) van de jongeren zijn die uitval en behandel-effect kunnen voorspellen. De opnametijd werd ook gemeten, maar omdat deze pas aan het eind van de behandeling vast te stellen is, kan dit geen voorspeller zijn voor uitval of behandel-effect.

In het onderzoek participeerden 127 jongeren; 72 jongens en 48 meisjes. Zij waren bij opname tussen de 14 en 20 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 16,2 jaar (zie tabel 1). Het percentage jongeren dat de kliniek vroegtijdig verliet was 14,2% (zie tabel 2). Bij 40,9% van de jongeren is er een vooruitgang waargenomen tijdens de opname. Meer meisjes dan jongens bleken een verbetering te hebben doorgemaakt (zie tabel 3).

Het percentage jongeren dat vroegtijdig met de behandeling stopte is een stuk lager dan op basis van eerder onderzoek werd verwacht. In eerder onderzoek (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1986; Kazdin, Mazurick & Siegel, 1994) werden percentages van 30 tot 75% gerapporteerd, terwijl in dit onderzoek het aantal jongeren dat uitviel 14,2% was. Verwacht werd dat meer meisjes dan jongens de kliniek vroegtijdig zouden verlaten, maar er bleken geen verschillen; evenveel jongens als meisjes verlieten de kliniek vroegtijdig. Ook de leeftijd van de jongeren speelde geen rol in het uitvallen uit de behandeling.

Dit grote verschil in percentages uitval zou kunnen komen door verschillen in gebruikte definities voor uitval. In het huidige onderzoek is er namelijk voor gekozen uitval en behandel-effect als twee aparte variabelen te definiëren, terwijl dat in andere onderzoeken niet is gebeurd.

In het huidige onderzoek luidt de definitie voor uitval:

“Als een jongere zonder overeenstemming met de therapeut de behandeling voortijdig verlaat, bijvoorbeeld door weg te lopen en niet meer terug te komen, dan wordt dat als uitval

beschouwd. Als een jongere, in overleg met de therapeut, ontslagen wordt uit de kliniek, bijvoorbeeld wegens incidenten of omdat de jongere (te) weinig inzet laat zien voor de behandeling, of wordt overgeplaatst naar andere (zwaardere) kliniek of naar de gevangenis, wordt dit niet als uitval beschouwd.”

Omdat er veel gevallen zijn waarin een jongere niet als ‘uitvaller’ bestempeld kan worden, maar het wel duidelijk is dat de behandeling weinig effect heeft gehad, is er ook een definitie voor behandel-effect geformuleerd, die als volgt luidt:

“Als een jongere, in overleg met de therapeut, ontslagen wordt uit de kliniek, bijvoorbeeld wegens incidenten of omdat de jongere (te) weinig inzet laat zien voor de behandeling, of wordt overgeplaatst naar andere (zwaardere) kliniek of naar de gevangenis, wordt dit als niet succesvol beschouwd. De behandeling wordt wel als succesvol beschouwd als er in overleg met de therapeut wordt besloten dat de patiënt weer thuis of zelfstandig kan wonen. Ook als de patiënt na opname in deeltijd behandeld wordt of een andere lichte vorm van ondersteuning krijgt (zoals bij begeleid of beschermd wonen), is dit een verbetering en dus succesvol.”

Op basis van deze definities voor uitval en behandel-effect zijn de ontslagbrieven van 127 jongeren beoordeeld. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid hiervan is uitgerekend, waaruit bleek dat de geformuleerde definities helder genoeg zijn om uitspraken te kunnen doen over uitval van jongeren en effect van de behandeling op basis van hun ontslagbrieven.

Het is hierbij wel van belang te benadrukken dat deze verbetering door *de therapeuten van de kliniek zelf* gerapporteerd wordt. De behandelaren schrijven de afsluitbrieven van de jongeren, waarin het verloop van de behandeling staat, waardoor dit een subjectief gegeven is. De beoordeling van de brieven aan de hand van de beschreven definities is objectief, maar datgene waar de beoordeling op gebaseerd is, is in feite subjectief. Hier dient rekening mee gehouden te worden bij het interpreteren van de resultaten.

Aan de hand van deze beoordeling kan dus geconcludeerd worden dat het percentage uitvallers vrij laag is. Echter, het aantal jongeren dat baat heeft gehad bij de behandeling is minder dan de helft. Slechts 40,9% van de jongeren heeft een verbetering doorgemaakt. Het percentage waarbij de behandeling dus niets heeft geholpen (59,1%), komt meer in de buurt bij de hoge percentages die in oudere onderzoeken worden genoemd. Opvallend hierbij was dat meer meisjes dan jongens

een verbetering lieten zien. 52,1% van de meisjes maakten een verbetering door, terwijl bij dit bij de jongens 34,2% was. Het lijkt erop de geboden behandeling meer effect heeft op meisjes dan op jongens. Dit verschil is waarschijnlijk te verklaren door het feit dat meer jongens dan meisjes vanwege hun gedrag weggestuurd werden.

De jongeren die na hun behandeling een verbetering hebben doorgemaakt, blijken gemiddeld ook langer opgenomen te zijn geweest (gemiddeld 10,8 maanden) dan de jongeren waarbij de behandeling een effect had (gemiddeld 5,6 maanden). Dit is ook logisch; de jongeren die zelf wegelopen of weggestuurd worden, verblijven korter in de kliniek en hebben vaak, in de tijd dat ze er wel waren, weinig profijt gehad van de behandeling.

Het doel van dit onderzoek was met behulp van vragenlijsten (SCL-90, CBCL en YSR) die aan het begin van de opname ingevuld worden door de jongeren of hun ouders, voorspellers te vinden voor de uitval en het behandel-effect van de jongeren. Verwacht werd dat de jongeren die de meeste klachten en problemen rapporteren het snelst zullen stoppen met de behandeling (Pellegrin et al., 2010). Uit de resultaten blijkt dat eigenlijk alleen de SCL-90 een paar subschalen heeft die verband houden met uitval en behandel-effect. Voor uitval ging het om de subschalen Depressie en Overig. Deze bleken echter geen toegevoegde waarde te hebben op de voorspelling of een jongere de weg zal lopen van de kliniek of niet.

Voor het behandel-effect was de subschaal Hostiliteit een voorspeller. Deze kon, samen met het geslacht, de voorspelling of de behandeling effect zou hebben of niet, van 59,1% naar 66,1% correct brengen. Dit is nog steeds geen hoog percentage; hieruit blijkt dat de vragenlijsten die ingevuld worden door de jongeren aan het begin van hun opname het verloop hiervan maar in beperkte mate kunnen voorspellen.

Het feit dat de subschaal die depressieve symptomen meet in verband staat met uitval is wel iets om aandacht aan te besteden. Het bleek namelijk dat jongeren die wegliepen van de kliniek, meer depressieve klachten rapporteerden dan jongeren die bleven (i.e. ze hadden een hogere score op de subschaal Depressie van SCL-90). Er



zou in de behandeling bijvoorbeeld meer aandacht kunnen komen voor depressieve klachten van jongeren.

Het feit dat er geen verband werd gevonden tussen de CBCL en uitval is in tegenspraak met enkele eerdere onderzoeken (Kazdin et al., 1994; Pellegrin et al., 2010). Aan de andere kant is er ook onderzoek (Kendall & Sugarman, 1997; Pina et al., 2003) dat geen statistische verschillen vond. Al deze genoemde onderzoeken zijn echter uitgevoerd bij *kinderen*, wat ook het verschil kan verklaren met het huidige onderzoek, wat zich heeft gericht op jongeren van 15 tot 21 jaar. Daarnaast (of daardoor) gaven ouders vaak aan dat ze geen zicht hadden op bepaalde onderdelen die in de vragenlijst gevraagd werden, waardoor er veel items opgelaten werden.

Een andere verklaring waarom de CBCL en de YSR het verloop van de behandeling niet kunnen voorspellen is dat wat met de vragenlijsten wordt gemeten, namelijk klachten en problemen van jongeren, geen verband houdt met het verloop van de behandeling, in tegenstelling tot wat verwacht werd. Wellicht hebben dynamische factoren, zoals de motivatie van de jongeren, wel meer invloed op het verloop van de behandeling. Dit is ook de conclusie die door een aantal andere onderzoekers werd getrokken (Melnick et al., 1997; De Leon et al., 1997; Schroder et al., 2009). Zij vonden dat minder gemotiveerde mensen vaker met hun behandeling stopten. In vervolgonderzoek zou hier meer aandacht aan besteed kunnen worden, door vragenlijsten (of andere meetinstrumenten) te gebruiken die de motivatie voor de behandeling meten.

### **Beperkingen**

Een beperking van de vragenlijsten is dat ze niet helemaal bedoeld zijn voor de deelnemers van dit onderzoek. De CBCL is namelijk ontwikkeld voor kinderen van 6 tot 18 jaar en de YSR voor kinderen van 11 tot 18 jaar, terwijl een deel van de deelnemers boven de 18 was.

Nog een beperking van het onderzoek is dat er erg veel t-toetsen zijn uitgevoerd. De kans dat 1 gevonden resultaat toeval is, is 5%. Bij een grote hoeveelheid toetsen is er dus een grote kans dat 1 of meer bevindingen toevallige uitschieters zijn.

## Conclusies en aanbevelingen

Uit het voorgaande blijkt dat vragenlijsten die klachten en problemen van jongeren meten geen, of slechts in beperkte mate, een voorspellende waarde hebben voor uitval of het effect van de behandeling. Dit betekent voor de praktijk dat er niet een bepaalde groep jongeren is, met specifieke problemen of klachten, die bij voorbaat niet door de kliniek te behandelen is. Integendeel, het is zelfs zo dat jongeren die vijandiger binnenkomen uiteindelijk meer vooruitgang boeken.

Er zijn echter wel een paar aandachtspunten. Er zou meer opmerkzaamheid kunnen komen voor depressieve klachten van de jongeren omdat blijkt dat jongeren met meer depressieve klachten, vaker de kliniek verlieten zonder overleg met de therapeut. Dit zou kunnen door de jongeren vragenlijsten in te laten vullen die specifiek depressieve klachten meet (zoals de BDI: Beck Depression Inventory) en daar vervolgens ook de behandeling op te richten.

Daarnaast bleek dat meer meisjes dan jongens van de behandeling leken te profiteren. Dit komt waarschijnlijk omdat meer jongens dan meisjes vanwege (agressieve) incidenten weggestuurd werden. Er zou, om dit te voorkomen, meer therapie gericht op agressie-regulatie aan de jongens gegeven kunnen worden. Een kanttekening hierbij is dat de verbetering door de behandelaren zelf is gerapporteerd, door middel van de ontslagbrief. De relatie van de therapeut met de cliënt kan zijn of haar visie op de cliënt beïnvloeden, waardoor de afsluitbrief in feite subjectief is.

Ten slotte zou er in vervolgonderzoek meer aandacht besteed kunnen worden aan de dynamische factoren als motivatie. Dit zou gemeten kunnen worden door bijvoorbeeld een gestructureerd interview (Schroder et al., 2009) of met een vragenlijst als de CMRS (deze meet de 'perceptions of circumstances, motivation, readiness and suitability for therapeutic community' bij adolescenten; Melnick et al., 1997; De Leon et al., 1997). Mogelijk hebben deze dynamische factoren een grotere voorspellende waarde voor uitval en behandelings-effect dan de klachten en problemen van jongeren.

## Referentias

- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Battjes, R.J., Gordon, M.S., O'Grady, K.E., Kinlock, T.W. & Carswell, M.A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 221-232.
- Garfield, S.L. (1986). Research on clients variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3<sup>rd</sup> ed., 213-256. New York: Wiley.
- Gottschalk, L.A., Mayerson, P. & Gottlieb, A.A. (1967). Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 144, 77-96.
- Holmes, P. (1983). "Dropping out" from an adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence this process. *Journal of Adolescence*, 6, 333-346.
- Kazdin, A.E. & Mazurick, J.L. (1994). Dropping Out of Child Psychotherapy: Distinguishing Early and Late Dropouts Over the Course of Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- Kazdin, A.E., Mazurick, J.L. & Siegel, T.C. (1994). Treatment Outcome among Children with Externalizing Disorder Who Terminate Prematurely versus Those Who Complete Psychotherapy. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33, 549-557.
- Kazdin, A.E. & Wassell, G. (2000). Therapeutic Changes in Children, Parents, and Families Resulting From Treatment of Children With Conduct Problems. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39, 414-420.
- Kendall, P.C. & Sugarman, A. (1997). Attrition in the Treatment of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 883-888.
- Lee, S.S., August, G.J., Bloomquist, M.L., Mathy, R. & Realmuto, G.M. (2006). Implementing an Evidence-Based Preventive Intervention in Neighborhood

- Family Centers: Examination of Perceived Barriers to Program Participation. *The Journal of Primary Prevention*, 27, 573-597.
- De Leon, G., Melnick, G. & Kressel, D. (1997). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Cocaine and Other Drug Abusers. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 23, 169-189.
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. & Kressel, D. (1997). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Adolescents and Adult Substance Abusers. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 23, 485-506.
- Mueller, M. & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37, 117-123.
- Nock, M.K. & Photos, V. (2006). Parent Motivation to Participate in Treatment: Assessment and Prediction of Subsequent Participation. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 345-358.
- Pekarik, G. (1985). Coping With Dropouts. *Professional psychology: research and practice*, 16, 114-123.
- Pekarik, G. (1991). Relationship of Expected and Actual Treatment Duration for Adult and Child Clients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 121-125.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 91-98.
- Pekarik, G. & Wierzbicki, M. (1986). The relationship between clients' expected and actual treatment duration. *Psychotherapy*, 23, 532-534.
- Pellegrin, K.A., Costa, N.M., Weems, C.F. & Dalton, R.F. (2010). An examination of Treatment Completer and Non-Completers at a Child and Adolescent Community Mental Health Clinic. *Community Ment Health J*, 46, 273-281.
- Pina, A.A., Silverman, W.K., Weems, C.F., Kurtines, W.M. & Goldman, M.L. (2003). A Comparison of Completers and Noncompleters of Exposure-Based Cognitive and Behavioral Treatment for Phobic and Anxiety Disorders in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 701-705.

- Prinz, R.J. & Miller, G.E. (1994). Family-Based Treatment for Childhood Antisocial Behavior: Experimental Influences on Dropout and Engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 645-650.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. & Deering, D. (2009). Youth retention: Factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review, 28*, 663-668.
- Weisz, J.R., Weiss, B. & Langmeyer, D.B. (1987). Giving Up On Child Psychotherapy: Who Drops Out? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 916-918.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 4*, 190-195.